ISSN (on-line): 2448-0533

Pneumologia Paulista

Uma publicação da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia
Dezembro | 2023

Anais

20º. Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia

15 a 18 de novembro de 2023

sppt
SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Diretoria

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA
BIÊNIO 2022 | 2023

Presidente: Suzana Erico Tanni Minamoto
Vice-Presidente: Rodrigo Abensur Athanazio
Secretária Geral: Eloara Vieira Machado F. A. da Silva Campos
1ª Secretário: Aldo Agra de Albuquerque Neto
Diretor de Finanças: William Salibe Filho
Diretora de Assuntos Científicos: Liana Sousa Coelho
Diretora de Divulgação: Evelise Lima
Diretor de Informática: Alessandro Wasum Mariani
Diretor de Assuntos do Interior: Luis Renato Alves
Diretor de Relações Institucionais: Frederico Leon Arrabal Fernandes

COMISSÕES

Defesa Profissional: Marcos Naoyuki Samano
Ensino: José Leonidas Alves Júnior
Promoções: José Gustavo Barian Romaldini
Publicações: Fabio Eiji Arimura

DEPARTAMENTOS

Cirurgia Torácica
Fabio José Haddad
Ricardo Mingarini Terra
Isaac de Faria Soares Rodrigues

Endoscopia Respiratória
Ascedio José Rodrigues
Felipe Nominando Diniz Oliveira
Danielle Silva de Almeida Philipp

Pediatria
Luisa Mesquita Nunes
Maria Fernanda B. Hernandez Perez
Nathália da Costa Sousa

Fisioterapia Respiratória
Luciana Dias Chiavegato
Lara Maris Nápolis Goulart Rodrigues
Renata Ferrari Castan

CONSELHO FISCAL

Efetivos
Maria Vera Cruz de Oliveira Castellano
Maria Raquel Soares
Alberto Cukier

CONSELHO DELIBERATIVO
Frederico Leon Arrabal Fernandes
Roberto Rodrigues Júnior
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
Alberto Cukier
Carlos Alberto de Castro Pereira
Miguel Bogossian
Francisco Vargas Suso
Nelson Morrone
"In Memória" Jorge Nakatani
Manuel Lopes dos Santos
Otávio Ribeiro Rato
Mozart Tavares de Lima
Mateus Romero

REGIONAIS

Regional do ABC
Presidente: Mônica Silveira Lapa
Secretária: Viviane Vieira Passini Soares

Regional de Araraquara / Bauru / Botucatu
Presidente: Marcos Abdo Arbex
Secretário: Jacob Antônio Della Coletta

Regional de Campinas
Presidente: Paulo Roberto Tonidandel
Secretário: Laura Deltreggia

Regional de Marília
Presidente: Gisele César de Rossi Agostinho
Secretário: Fábio Kendi Yamauchi

Regional de Ribeirão Preto
Presidente: Paulo Antônio de Morais Faleiro
Secretária: Rosangela Villela Garcia

Regional de Santos
Presidente: José Eduardo Gregório Rodrigues
Secretário: Alex Gonçalves Macedo

Regional de São José dos Campos
Presidente: José Roberto Megda Filho
Secretária: Mariah Prata Soldi Passos Taube

Regional de São José do Rio Preto
Presidente: Luis Homsi
Secretário: Benedito Aparecido Caie

SUBCOMISSÕES

Asma
Lilian Serrasqueiro Ballini Caetano
Câncer
Gustavo Faibischew Prado
Circulação
Cristiano Torres da Silva
Distúrbios Respiratórios do Sono
Erika Cristine Treptow
Doenças Intersticiais
Silvia Carla Sousa Rodrigues
D.P.O.C.
Mônica Corso Pereira
Epidemiologia
André Miotto
Infecções Respiratórias e Micoses
Andre Nathan Costa
Pleura
Philippe de Figueiredo Braga Colares
Doenças Ambientais e Ocupacionais
Rafael Futoshi Mizutani
Tabagismo
Ana Carla Sousa de Araujo
Terapia Intensiva
Bruno Rocha de Macedo
Tuberculose
Laura Deltreggia
Função Pulmonar
Fernando Moacyr Fragoso Didier Neto
Imagem
Carlos Gustavo Yuji Verrastro
Doença Pulmonar Avançada
Ana Carolina Lima Resende
Exercício e Atividade Física
Mariana Lafeta Lima

20º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia

15 a 18 de novembro de 2023
Centro de Convenções Rebouças | São Paulo

anais

001 DISCINESIA CILIAR PRIMARIA EM ADULTO JOVEM PREVIAMENTE DIAGNOSTICADO COM ASMA: RELATO DE CASO

ESTAREGUI, MIGUEL DUARTE MARTINS; PUGLIESI, THAYS BRUNELLI; PEDRINI, FERNANDA FURUKAWA; OLIVEIRA, EMILLE ALVES ITAVAR; BRUNO, MARINA GIOVANNA SILVA; KALIL, MARTA ELIZABETH; CAMPOS JUNIOR, MOYSES; PERON, SONIA FERRARI;
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO: A discinesia ciliar primária é uma doença rara causada por alterações genéticas que resultam em defeitos na motilidade ciliar. A estimativa de prevalência é de 1:10000 indivíduos. É caracterizada por infecções repetidas do trato respiratório superior e inferior, bronquite e rinossinusite. RELATO DE CASO: DCB, 25 anos, sexo masculino. Encaminhado ao setor de emergência com quadro de dispneia de caráter progressivo, com piora há 5 meses, evoluindo até aos pequenos esforços (mMRC 4), associada a tosse e chiado no peito. Refere febre 38ºC (três episódios em 5 meses, noturnos), perda ponderal de 20kg no período de um ano e sudorese noturna. Encontrava-se em investigação diagnóstica, em uso empírico de prednisona, Tiotrópio + Olodaterol e Budesonida inalatória. Na admissão apresentava piora da dispnéia e da tosse, com necessidade de medidas para broncoespasmo refratário. Na ausculta, apresentava sibilos em hemitórax esquerdo, estertores grossos bibasais, saturação de 91% em ar ambiente. TCAR mostrava bronquiectasias cilíndricas esparsas predominando no lobo médio, espessamento parietal brônquico com focos esparsos de impactação mucóide terminais, micronódulos centrolobulares difusos ora com aspecto de árvore em brotamento sugerindo bronquiolite infecciosa, linfonodos mediastinais proeminentes. P-ANCA e C-ANCA não reagentes. Imunoglobulinas A, E, G e M dentro dos valores de referência. BAAR duas amostras negativas. Iniciado empiricamente tratamento com Meropenem com melhora clínica. No retorno ambulatorial paciente traz Broncoscopia normal, porém coleta de lavado broncoalveolar revelou Pseudomonas Aeruginosa acima de 100000 ufc/mL, sensível a Amicacina e Meropenem, enquanto paciente assintomático. Não visualizadas formas fúngicas. Biópsia transbrônquica com parede de via aérea apresentando moderado infiltrado linfomononuclear e espessamento de membrana basal. Espirometria com Distúrbio Ventilatório Obstrutivo acentuado (VEF1 21%) com CVF reduzida, sem incremento após uso de broncodilatador. Teor de Cloro no suor = 26 mmol (VR até 61). Espermograma com motilidade progressiva de 9% (VR > 30%) e espermatozoides imóveis de 76% (VR < 20%). Paciente segue em acompanhamento no ambulatório (atualmente com dispnéia mMRC 1) em uso de Tiotrópio + Olodaterol, Beclometasona inalatória e Azitromicina 3X/semana. Bronchiectasis Severity Index = 13 pontos. DISCUSSÃO: Os efeitos da Pseudomonas aeruginosa na destruição das vias aéreas podem ser refletidos indiretamente pelo comprometimento da função pulmonar. Escores como o BSI ajudam na estimativa da gravidade e no prognóstico da doença.

002 FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE REMODELAMENTO DAS VIAS AÉREAS EM PACIENTES COM ASMA CONTROLADA

BADDINI-MARTINEZ, JOSÉ ANTÔNIO; DE FARIAS, CAMYLA FERNANDEZ; AMORIM, MARTA; DRACOULAKIS, MICHEL; DA SILVA, MARIA AMELIA; FERNANDES, ANA LUISA;
EPM/UNIFESP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: O estabelecimento de remodelamento das vias aéreas se associa com maior gravidade da asma. Os motivos pelos quais diversos asmáticos desenvolvem quadros de obstrução fixa das vias aéreas e outros não ainda não estão completamente esclarecidos. A melhor compreensão desse fenômeno poderá contribuir para novas abordagens terapêuticas e melhor controle da doença. Objetivos: Comparar características clínicas, funcionais e alguns mediadores inflamatórios de vias aéreas em pacientes asmáticos controlados classificados quanto a presença ou ausência de remodelamento das vias aéreas. Métodos: Foram estudados, sequencialmente, 93 pacientes (73,1% mulheres; idade média: 53,8±15,4 anos), com asma controlada ou parcialmente controlada, não fumantes, com história tabágica inferior a 10 anos.maço. Eles foram submetidos a questionários clínicos, espirometria pré e pós BD, colheita de hemograma e escarro induzido. No sangue e escarro induzido foram analisados os seguintes mediadores inflamatórios: perfil de celularidade, IL-5, IL-8, IL-13, IL17A, IL17F, IL-25, IL-33 e TNF-alfa. Asma remodelada foi definida como a presença de relação VEF1/CVF inferior a 90% do previsto após uso de broncodilatador. Os resultados estão mostrados como média±desvio padrão. Os grupos foram comparados empregando-se teste de Mann-Whitney e teste exato de Fischer. Resultados: Dos pacientes estudados, 52 foram classificados como remodelados (R) e 41 como não remodelados (NR). Os grupos não diferiram quanto ao grau de controle da asma (ACT: R=22,5 X NR=22,5) e qualidade de vida (AQLQ: R=5,92 X NR=5,88). Ainda que os grupos não tenham diferido quanto a idade de inicio dos sintomas da asma, o grupo R foi significantemente mais velho do que o grupo NR (R=56,9±14,9 X NR=49,9±15,3 anos; p=0,016), além de exibir uma duração da doença também superior (R=39,9±15,7 X 31,7±14,7 anos; p=0,009). Os grupos não diferiram quanto a proporção de gênero e IMC. O grupo NR mostrou proporção significante maior de pacientes com queixas de rinite do que o grupo R (R=38,5% X NR=61%; p=0,038). Como esperado, a função pulmonar do grupo R foi pior do que a do grupo NR (CVF%prev: R=85±15,3% X NR=90,2±11,7%; p=0,042; VEF1%prev: R=65,6±13,7% X NR=83,6±11,8%; p<0,0001). O percentual de neutrófilos e eosinófilos no escarro foi similar entre os grupos (Neus: R=67,6±27,9% X NR=65,4±31,8%; Eos: R=6,1±9,7% X NR=5,9±8,2%). Do mesmo modo, não foram encontradas diferenças nas concentrações de IL-5, IL-8, IL-13, IL17A, IL17F, IL-25, IL-33 e TNF-alfa, tanto no sangue ou no escarro, entre os grupos. Conclusões: A duração do tempo da doença é determinante importante para o estabelecimento de remodelamento das vias aéreas em asmáticos. O perfil inflamatório das vias aéreas de pacientes com asma R e NR não parece diferir de modo significativo, no tocante aos marcadores estudados.

003 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES INTERNADOS POR ASMA NO ESTADO DE SAO PAULO ENTRE 2018 E 2022

BARUFFALDI, MARCO TÚLIO;
FAMERP - SAO JOSE DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil;

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias respiratórias inferiores, desencadeada por diversos estímulos alérgicos do ambiente externo. Nela, observa-se o papel da genética e de fatores externos na cascata inflamatória bronquiolar. Sabe-se que é uma doença bastante prevalente em crianças e que seus principais sintomas envolvem dispneia, ausculta de sibilos, tosse ou aperto no peito. Assim, o presente estudo buscou realizar uma análise epidemiológica de pacientes internados devido à asma no estado de São Paulo, entre janeiro de 2018 a dezembro de 2022, assim como avaliar o valor médio pago por internação hospitalar no período. Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados por asma no estado de São Paulo entre janeiro de 2018 a dezembro de 2022. Métodos: Estudo epidemiológico transversal descritivo, de caráter retrospectivo, de abordagem qualitativa e quantitativa. Realizado a partir da coleta de dados secundários da plataforma DATASUS, a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), durante o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022. As variáveis analisadas foram número de internações, faixa etária, sexo, raça e valor médio de internação no estado de São Paulo. Resultados: A partir dos dados coletados via DATASUS, obteve-se 57.572 internações por asma durante o período de 2018 a 2022. O ano de 2022 foi o com maior número (15.955), seguido do ano de 2018 (11.972), de 2021 (11.560), de 2019 (10.059) e de 2020 (8.026). Em termos de faixa etária, os mais acometidos por esta morbidade foram entre 1-4 anos, representando 22.121 internações (38,42%) e a menor incidência ficou no grupo de 15 a 19 anos, com 624 casos (1,08%). O sexo masculino apresentou 30.170 internações (52,4%), enquanto que o feminino, 27.402 (47,6%). Em relação à raça, os brancos apresentaram o maior número, com 25.115 internações (43,62%), seguido da parda 16.596 (28,82%), preta 2252 (3,91%), amarela 415 (0,72%), indígena 20 (0,03%) e 13.174 (22,88%) permaneceram sem informação. Em relação ao valor médio pago por internação hospitalar por asma, houve um aumento expressivo: R$684,85 em 2018, R$737,87 em 2019, R$770,77 em 2020, R$778,36 em 2021 e R$814,65 em 2022. Conclusões: A asma é uma patologia no estado de São Paulo com ligeira predominância no sexo masculino, na faixa etária de 1 a 4 anos e na raça branca. O estudo mostrou que houve uma diminuição do número de internações durante o período de 2020 a 2021, provavelmente devido à pandemia do COVID-19: sobrecarga do sistema de saúde, medidas restritivas e subnotificação de casos. Entretanto, há um aumento expressivo no ano de 2022 - o que exige cada vez mais recursos humanos e financeiros do SUS e desperta preocupação , tendo em vista o aumento do gasto médio de recursos pagos nas internações durante os últimos 5 anos. Dessa forma, é preciso que ocorram melhorias na gestão de casos de asma no Brasil, visando reduzir o número de internações, complicações e, consequentemente, gastos em seu tratamento que tanto oneram o SUS.

004 REDUÇAO DE EOSINOFILOS SERICOS EM PACIENTES ASMATICOS GRAVES EM USO DE OMALIZUMABE: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

MOURA, NATALIA BERNARDES; VILAS BOAS, RAFAEL LUIZ PIROLLI; SOARES, FATIMA MITSIE CHIBANA; BELLINATI, PHILIPE QUAGLIATO; MONTEIRO, DESIREE JACOB; SOUZA, FELIPE DE OLIVEIRA; SERRANO, ROSILET RONDON; CHAGAS, GABRIEL HENRIQUE NUNES; NETO, ALCINDO CERCI; RIECHI, JAMILE DA COSTA;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - LONDRINA - Paraíba - Brasil;

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, complexa e heterogênea1, apresentando hiperresponsividade brônquica, sendo sibilos, tosse, dispneia e opressão torácica os sintomas mais comuns. A asma grave é definida como asma que permanece descontrolada apesar do tratamento otimizado com alta dose de ICS-LABA, ou que requer alta dose de ICS-LABA para evitar que se torne descontrolada. O uso dos imunobiológicos na Asma Grave trouxe melhor controle da doença, somado à reduções nas exacerbações e melhor qualidade de vida. A descoberta de biomarcadores de gravidade na asma pode auxiliar na introdução dos imunobiológicos. O Omalizumabe é um anticorpo monoclonal recombinante direcionado a IgE, indicado na asma alérgica grave e urticária crônica espontânea, atua impedindo a fixação da IgE ao receptor de alta afinidade existente nos mastócitos e basófilos desde a fase aferente inicial da resposta alérgica, além de bloquear a fixação dessa imunoglobulina ao receptor de baixa afinidade existente no linfócito B e em vários tipos celulares. Estudos indicam que esta medicação é capaz de reduzir o IgE livre circulante além de reduzir eosinófilos nas vias aéreas e séricas. Objetivos: Este trabalho tem como objetivo avaliar o comportamento dos eosinófilos séricos dos pacientes asmáticos graves em uso de Omalizumabe acompanhados no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina, especificamente em paciente com eosinofilos > 300 mm. Métodos: Este é um estudo Observacional transversal retrospectivo través da análise de prontuário dos pacientes asmáticos graves em uso de omalizumabe atendidos até maio de 2023 no ambulatório de pneumologia (AEHU-UEL). Aprovado pelo CEP/UEL N0 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (67403722.3.0000.0020). Resultados: Foram avaliados, até dezembro de 2022, 79 prontuários dos pacientes do AEHU de pacientes asmáticos graves em uso de omalizumabe. A mediana da idade é 57,7 anos, destes pacientes 46 são do sexo feminino e 33 são do sexo masculino. Desses 28 pacientes apresentavam eosinófilos acima de 300mm3 sendo que 2 pacientes apresentaram aumento de eosinófilos, 2 pacientes tiveram valores flutuantes e 24 pacientes apresentaram queda significativa de eosinófilos. Sendo observado que quanto mais alto eosinófilos maior a queda após o início da medicação, que contrasta com paciente com paciente que possuem eosinófilos < que 300mm3 , onde a resposta não foi favorável. Conclusões: Apesar de haver estudos que apontem para uma redução de eosinófilos séricos de até 4,9% nos pacientes asmáticos graves que utilizam omalizumabe, tal redução foi demonstrada no nosso estudo nos pacientes com eosinófilos >300mm3 em contraste a paciente com eosinófilos abaixo desse valor. Mais estudos e com uma análise estatísticas mais acurada são necessárias para avaliarmos as alterações desse e outros biomarcadores dos pacientes que utilizam imunobiológicos, entre eles o Omalizumabe.

005 RELATO DE CASO: SINDROME PULMAO-RIM POR GRANULOMATOSE EOSINOFILICA COM POLIANGEITE

SOUZA, YURI ARAUJO DE; BAPTISTA, ANGELINE DA SILVA LOPES; PEREIRA, LARA LUIZA SILVELLO; LUZ, LUANA CABRAL; SIMONGINI , RICELLI LAIS; NETO, PAULO MIRANDA CAVALCANTE; CAU, LARISSA PRANDO;
Hospital do Servidor Público Estadual - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO: A GEPA é uma vasculite ANCA-associada que acomete pequenos e médios vasos com incidência de 0,9-2,4/milhão e prevalência de 10,7-17,8/milhão. Por se tratar de uma doença rara com acometimento multissistêmico, seu diagnóstico costuma ser definido tardiamente, cerca de 5 a 9 anos do início dos sintomas respiratórios. CASO CLÍNICO: Mulher, 74 anos; com antecedentes de HAS, rinossinusite, DRGE, depressão e asma eosinofílica grave de início tardio, difícil controle, Eos: 470, STEP 5 com terapia tripla e controle da doença após iniciar Benralizumabe. No acompanhamento ambulatorial, queixava-se de: cefaleia e mialgias. Exames: ANCA-P 1/80, anti-MPO+, creat: 1,2; ENM 02/08/22: Polineuropatia de fibras finas. Com o diagnóstico de GEPA, foi iniciado Prednisona 20mg/dia com dose constante até 04/2023. Manteve-se estável até 05/2023, quando foi ao PS após lombalgia, iniciada após estresse, e inapetência. Internada por suspeita de ITU e desidratação com Creat:1,9; leucocitúria, hematúria, proteinúria; TC abdome: consolidações pulmonares bilaterais padrão peribrônquico esq; PCR e VHS altos. Recebeu hidratação e ceftriaxona, evoluindo com piora infecciosa, sendo escalonado para Pipe+Tazo e Metilpred 40mg/dia. Apresentou disfunção renal progressiva (até Cr: 3,1; ClCr: 15); culturas neg; sorologias fungos: neg; ANCA-, anti-MPO: 33 (VN < 20); anti-PR3:neg; proteinúria 1,5g/24h; CH50: baixo; IGE:98, EFP: ndn; TC tórax: redução das consolidações; US rins: ndn. Bronco + LBA (sem crescimento de germes), biópsia de LIE: achados inespecíficos. Biópsia renal: GN pauci-imune com crescentes focais sugerindo vasculite anca-relacionada. Iniciado Rituximabe 500mg, aumento metilpred para 1,5mg/kg. Após 5 dias, Creat em queda:2,2; optado por alta com pred 60mg/dia e Azatioprina 50mg/dia. Pancitopenia em 1 semana pós-alta, sendo suspensa a Aza e mantido o desmame da pred, com melhora progressiva da creat. Em 2 meses, retorna ao ambulatório assintomática, Creat: 1,4; aguardando liberar troca de Benralizumabe para Mepolizumabe 300mg/mês. DISCUSSÃO: A patogênese da GEPA ainda não é totalmente compreendida, porém a interação de fatores genéticos e ambientais parece contribuir para o surgimento da doença. A IL-5 participa promovendo a maturação e diferenciação eosinofílica, além de impedir a apoptose dessas células. A doença se manifesta de forma diferente em cada órgão, predominando a vasculite necrosante com granulomas eosinofílicos no pulmão, porém não é esperada a infiltração eosinofílica em rins e nervos periféricos. Renal: pode-se observar GN necrosante pauci-imune com crescentes. A GEPA associada a asma (>90%), rinossinusite, neuropatia periférica e nefropatia. Acometimento pulmonar caracterizado por infiltrados irregulares, migratórios e periféricos. Presença de GN, hemorragia alveolar e neuropatia periférica são mais comuns em pacientes ANCA+; acometimento miocárdico é mais comum nos ANCA-neg. Para diagnóstico, as sociedades de reumatologia recomendaram em 2022 a aplicação de critérios clínicos, laboratoriais e histopatológicos. Devido à raridade doença, o impacto das diferentes modalidades terapêuticas propostas permanece incerto. CE é indicado por agir reduzindo os eosinófilos, inflamação e podem ser associados a imunossupressores. Dos imunobiológicos, o mepolizumabe é o mais indicado, por sua ação anti-IL5, capaz de induzir a remissão da doença em associação à CE. A terapia sequencial com rituximabe seguido de mepolizumabe é eficaz para indução e manutenção de remissão da doença.

006 SERIA O BENRALIZUMABE UM BIOLOGICO COM RESPOSTA CLINICA E FUNCIONAL MAIS PRECOCE DEVIDO SEU MECANISMO DE AÇAO PARTICULAR?

AMATUZZI, RAFAELA PEREIRA; SANTOS, GERSON DE ALMEIDA CORREIA; RACHED, SAMIA ZAHI; LIMA, RENATO MIRANDA; PINTO, REGINA MARIA DE CARVALHO; CUKIER, ALBERTO; ATHANAZIO, RODRIGO ABENSUR;
Hospital das Clínicas - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A asma é uma doença inflamatória heterogênea, em que cerca de 5% dos casos apresentam-se como graves, resultando em alta morbidade e mortalidade. O surgimento dos imunobiológicos revolucionou a terapêutica da doença e tornou-se uma realidade no longo prazo. Entretanto, ainda há incertezas quanto à resposta dessas drogas no curto prazo. O benralizumabe, um dos imunobiológicos disponíveis, tem um mecanismo de ação único que pode justificar uma resposta clínica rápida e eficaz. Objetivos: Avaliar resposta clínica, funcional e inflamatória precoce do benralizumabe em um grupo de pacientes com asma grave eosinofílica não controlada. Métodos: Trata-se de um estudo pragmático, unicêntrico, prospectivo, para avaliar a eficácia ao tratamento com benralizumabe em uma população brasileira de asma grave não controlada. Os pacientes foram avaliados antes do início do tratamento e após 2 e 16 semanas. O benralizumabe foi prescrito conforme bula aprovada no Brasil. Os desfechos de eficácia avaliados foram controle de sintomas pelo ACQ5, função pulmonar (espirometria e pletismografia) e marcadores inflamatórios (eosinófilo no sangue periférico e FeNO). Resultados: Foram avaliados 18 pacientes, sendo 77,8% do sexo feminino, com idade média de 56,5±10,3 anos, com média basal de eosinófilos no sangue periférico de 760,9±546,6 cels/mm3. O tratamento com benralizumabe associou-se a uma melhora significativa dos sintomas relacionados à asma, caracterizada por uma redução média de 2,0 pontos no ACQ5 após duas semanas da primeira dose do fármaco e de 2,9 pontos no ACQ5 após 16 semanas (basal = 3,3±1,8 / após 2 semanas = 1,3±0,7 / após 16 semanas = 0,4±0,2). Todos os pacientes zeraram os níveis de eosinófilos no sangue periférico após 2 semanas de tratamento e 16 mantiveram com níveis zerados após 16 semanas. Os níveis de FeNO não sofreram mudanças significativas durante o tratamento. Quanto à função pulmonar, os pacientes apresentaram uma melhora de VEF1 pré broncodilatador que variou de 49,5±16,4% do predito no início do estudo para 56,5±20,2% após 2 semanas e 60,5±14,9% após 16 semanas de tratamento. Houve, ainda, uma redução significativa do VR/CPT, variando de 0,61±0,05 no início do estudo para 0,46±0,04 após 2 semanas do início de benralizumabe. Conclusões: O tratamento com benralizumabe mostrou-se eficaz de forma precoce em diversos desfechos avaliados no estudo. Portanto, quando indicado de forma adequada, pacientes sob uso de benralizumabe devem apresentar uma melhora precoce em parâmetros clínicos, inflamatórios e funcionais relacionados ao mecanismo de bloqueio do receptor IL-5 e citotoxicidade mediada por células dependentes de anticorpo.

007 USO DE OMALIZUMAB EM PACIENTES COM SINDROME DA SOBREPOSIÇAO ASMA-DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA (ACOS): SERIE DE CASOS

GARCIA JUNIOR, RENATO RUBIA; DOS SANTOS, DANIEL FELIPE PIVA; DE OLIVEIRA, ISABELLE BATISTA; GEHA, YUNES AHMED KOHATSU; RIECHI, JAMILE DA COSTA; SOARES, FÁTIMA MITSIE CHIBANA;
Universidade Estadual de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil;

Justificativa da relevância do caso relatado: A síndrome da sobreposição asma-doença pulmonar obstrutiva crônica (ACOS) é uma entidade recentemente descrita, caracterizada pela disfunção respiratória persistente com a coexistência de significativos aspectos associados à asma e à DPOC. Indivíduos portadores desta síndrome são normalmente descritos como asmáticos prévios com histórico de tabagismo que desenvolveram uma limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível ou indivíduos com DPOC prévio que apresentam características compatíveis com asma, associadas a variados fenótipos clínicos. Atualmente, tal patologia vem ganhando relevância no cenário epidemiológico pela suscitação do pior prognóstico desses pacientes além da limitação da gama de medidas terapêuticas. História da doença atual e pregressa: Pacientes J.T. (masculino, 76), T.T. (feminino, 80), Y.K. (masculino, 75), M.A.F.T. (feminino, 67), I.G.S. (masculino, 80) e A.A.A.S.O. (feminino, 62), com diagnóstico prévio de asma grave, história de atopia, episódios recorrentes de dispneia, sibilância, constrição torácica e tosse desde a infância e história de exposição a biomassa por mais de dez anos. Exame físico: Os pacientes apresentavam sibilos esparsos à ausculta pulmonar. Exames complementares: Todos possuíam exame prévio de IgE total e/ou IgE para alérgeno específico aumentados e achados sugestivos de broncopatia crônica e/ou enfisema pulmonar em imagem de tomografia. À espirometria, apresentavam distúrbio obstrutivo (VEF1/CVF < 0,7). Diagnóstico: De acordo com Sin et al. (2016), os pacientes foram diagnosticados com ACOS, preenchendo os critérios maiores de disfunção respiratória persistente (VEF1/CVF < 0,7 pós-BD) em indivíduos com mais de 40 anos, exposição à poluição do ar equivalente a 10 anos-maço de carga tabágica e histórico documentado de asma antes dos 40 anos de idade, além de ao menos um dos critérios menores - histórico de atopia ou rinite alérgica e/ou contagem de eosinófilos do sangue periférico e" 300 células/µl. Evolução: Os pacientes iniciaram terapia imunobiológica com uso de Omalizumabe, anticorpo monoclonal anti-IgE, de acordo com o protocolo para o tratamento de asma grave não controlada. O acompanhamento dos pacientes demonstrou melhora clínica evidenciada na progressão positiva do Teste de Controle de Asma (ACT), redução de uso oral de corticosteróides sistêmicos e redução da procura de serviços de urgência. Discussão: ACOS refere-se a uma síndrome nova e ainda não totalmente compreendida. No estudo, todos os pacientes eram asmáticos prévios com exposição extensa a biomassa, evidenciando achados clínicos, espirométricos e radiológicos de um quadro de limitação do fluxo aéreo com características de asma e de DPOC. A melhora clínica apresentada ressalta a importância da reavaliação de pacientes com diagnóstico de DPOC para investigação de história prévia de atopia que justifique potencial benefício do uso de terapia com imunobiológicos.

câncer de pulmão

008 FIBROLEIOMIOMA METASTATICO PULMONAR BILATERAL, EM PACIENTE COM HISTORIA PREVIA DE HISTERECTOMIA E OOFORECTOMIA BILATERAL.

VIEIRA DA COSTA JÚNIOR, JOSÉ RENAN; RODRIGUES DA CUNHA STOIANOV, THIAGO; HENRIQUE AZEVEDO SANTOS, SILVIO; LAGUNA BIANCHI, LETICIA; ABREU BANDEIRA, THALYSSA; ALVES, LUÍS RENATO; IGNACIO DE PADUA, ADRIANA; ANTUNES CETLIN, ANDREA; APARECIDO FACCIO, ADILSON; TADAO WADA, DANILO; TODOROVIC FABRO, ALEXANDRE; ENRIQUE GARCIA CIPRIANO, FEDERICO;
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil;

O fibroleiomioma metastático benigno, termo introduzido por Steiner (1939), é um processo neoplásico raro, em que há uma única ou múltiplas lesões contendo células musculares lisas, que se proliferam no pulmão (sítio mais comum) de mulheres com história prévia de histerectomia. Paciente de 61 anos, com dispneia aos moderados esforços, associado a tosse crônica, desde maio de 2022. Na época, realizou radiografia de tórax, evidenciando imagem lobulada, hipotransparente, em regiões inferiores de campos pleuropulmonares, sendo encaminhada para avaliação pela equipe da pneumologia, em agosto de 2022. Hipertensa, diabética (tipo 2), com obesidade grau I e portadora de artrite reumatoide, em uso de metotrexate, leflunomida e golimumabe. Refere história de histerectomia e ooforectomia (bilateral), devido quadro de leiomiomas uterinos, em 2017. Apresentava as seguintes alterações em exame físico: sinais de artrite em metacarpofalangianas bilaterais, com frequência respiratória de 24 incursões respiratórias por minuto, sem sinais de esforço ventilatório. Realizou tomografia computadorizada de tórax (contrastada) com o achado de massas sólidas, homogêneas, lobuladas, apresentando efeito de massa em brônquios e vasos adjacentes, medindo 3,7 x 3,0 centímetros e 4,0 x 2,8 centímetros, em respectivos segmentos "X" (direito) e "VII" e "IX" (esquerdos). Após, submetida a biópsia transtorácica, guiada por tomografia computadorizada, da lesão esquerda, apresentando o seguinte resultado anatomopatológico: lençóis de células neoplásicas fusiformes, com infiltração de parênquima pulmonar em padrão sólido, raras atipias nucleares e figuras mitóticas, sem áreas de necrose, com presença de SMA (1 a 4), desmina, RE, RP e WT1. Após avaliação funcional, submetida a segmentectomia pulmonar (não regrada) de lobo inferior direito, associada a ressecção de respectiva lesão e plicatura diafragmática, via robótica. Os achados histopatológicos da lesão direita eram semelhantes aos da contralateral, com presença de receptores de estrogênio e progesterona positivos em 10% e 90% das células, respectivamente, fechando o diagnóstico de fibroleiomioma metastático benigno. Paciente segue com proposta de tratamento com bloqueadores hormonais locais (tamoxifeno e megestrol), intercalados a cada 21 dias. Em discussão sobre ressecção da massa contralateral. O quadro clínico, em geral, é assintomático. Entretanto, em alguns casos, há dor torácica, dispneia e Tosse. Estudos de clonalidade sugerem que leiomiomas metastáticos são derivados das lesões uterinas. Dados citogenéticos identificaram deleções recorrentes em 19q e 22q em ambas as neoplasias, indicando uma predisposição para disseminar via linfática ou vascular. O tempo entre o procedimento cirúrgico e diagnóstico varia entre 3 e 240 meses. O prognóstico geralmente é favorável, com tratamento consistindo em histerectomia, ooforectomia e uso de bloqueadores hormonais (centrais ou locais). Porém, em alguns casos, há significativa morbidade.

009 LINFOMA PULMONAR PRIMARIO: RELATO DE CASO

FERREIRA FRANÇA PAZETO, LAURA; COMEGNA DOS SANTOS, AMANDA; QUIRINO DE MOURA MACHADO, MARCELO;
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil;

O Linfoma de zona marginal extranodal é um subtipo incomum de linfoma não-Hodgkin. O estômago é o sítio mais comum, podendo ocorrer também na tireóide, pele, tecidos moles, e pulmões. Linfoma pulmonar pode se apresentar como infiltrados alveolares focais com broncogramas aéreos, similares à aparência radiográfica de um processo pneumônico. Os sintomas são inespecíficos, como tosse, dor torácica e dispneia. Pode ocorrer como parte de uma doença sistêmica ou doença primária. O linfoma primário pulmonar é uma doença rara, mas deve ser lembrado como diagnóstico diferencial em aparentes pneumonias ou infecções pulmonares sem resolução apesar de tratamento adequado. Nestes casos, é essencial investigar ativamente outros possíveis diagnósticos até a confirmação. Paciente sexo masculino, 62 anos, sem história de tabagismo, iniciou acompanhamento em hospital especializado em outubro de 2022. Encaminhado com história de 01 ano de tosse com expectoração escurecida e hemoptise. Ao longo do seguimento, passou a referir episódios de sudorese profusa, e perda ponderal de 10kg em 20 dias. Exame físico evidenciava estertores crepitantes à base de hemitórax direito, sem outras alterações. Buscou pronto atendimento por diversas vezes, tendo sido conduzido com antibiótico e corticóide sistêmico, sem resolução do quadro. Descartada infecção pulmonar por análise de culturas de escarro. Tomografia de tórax apresentava imagens em vidro fosco em bases bilateralmente, associada a infiltrado micronodular, além de consolidação com broncograma aéreo em lobo superior esquerdo. A fim de prosseguir investigação, submetido a 2 broncoscopias com biópsias transbrônquicas de lesão em lobo superior esquerdo, ambas com resultados inconclusivos. Devido a persistência de quadro clínico e alteração em exame de imagem, optado por biópsia via transtorácica guiada por tomografia. Análise anatomopatológica com resultado de bronquiolite linfoplasmocitária com células atípicas (inflamatórias), com expressão de CD20 difuso associado a predomínio de lambda sobre kappa, favorecendo infiltração linfomatosa. Caso encaminhado ao serviço de hematologia, e após discussão multidisciplinar da equipe, em conjunto com patologista especialista, confirmado o diagnóstico de linfoma B da zona marginal associado a mucosa brônquica, risco intermediário. Biópsia de medula óssea sem sinais de malignidade. Atualmente em realização de quimioterapia. Em casos de opacidades pulmonares, principalmente associadas a sintomas sistêmicos, sem resolução com tratamento para pneumonia, é necessário que seja feita investigação adicional. Dentre as causas neoplásicas, o linfoma pulmonar é incomum, mas deve ser lembrado como diagnóstico diferencial. O diagnóstico anatomopatológico é essencial. Biópsias transbrônquicas via broncoscopia podem não ser conclusivas, uma vez que o tumor pode infiltrar a submucosa sem afetar a mucosa.

010 METASTASE CUTANEA EM CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CELULAS: RELATO DE CASO

VIEIRA, GABRIEL BAIAO; FERREIRA, ISABELLA PEIXOTO; IDE, HUGO NAKANO; DOS SANTOS, RICARDO AFONSO ALVES; SALES, LARISSA ROLIM DE OLIVEIRA; ZANIBONI, JOAO PAULO; PISTORI, GABRIEL MARTINS; JUNIOR, MAURICIO WESLEY PERROUD; PEREIRA, MONICA CORSO;
Unicamp - Campinas - São Paulo - Brasil;

Introdução: A neoplasia de pulmão de pequenas células é uma neoplasia neuroendócrina caracterizada por alta taxa de proliferação e de metástases, sendo os sítios mais comuns o fígado, adrenais, ossos, medula marrom e cérebro. O fator de risco mais relevante é o tabagismo, raramente ocorrendo em indivíduos não fumantes. Caracteristicamente ocorre em vias aéreas centrais, infiltrando submucosa e levando à compressão extrínseca dos brônquios. Os achados mais comuns são tosse, dispneia e perda de peso, e menos frequentemente, hemoptise. Essa neoplasia é caracterizada como limitada quando o acometimento é ipsilateral, ou extensa, em casos de metástases, nódulos à distância, invasão pleural ou do pericárdio. O prognóstico é reservado em ambas as situações, variando de 15-20 meses quando limitada, ou 8 - 13 meses quando extensa. Por ser um sítio metastático incomum, descrevemos um caso de metástase cutânea de carcinoma de pequenas células. Relato: Mulher, 78 anos, hipertensa, com antecedente de tabagismo e exposição à biomassa com quadro de tosse seca e hemoptise há 6 meses. Referia aparecimento de nódulos cutâneos em região torácica, abdominal e axilar. Ao exame físico notava-se a presença de nódulos cutâneos endurecidos, dolorosos ao toque, não móveis, com diâmetro variando de 3 a 5 cm, alguns com hiperemia e aumento do calor local (Figuras). A Tomografia de tórax mostrava lesão infiltrativa peri-hilar no lobo superior esquerdo (figura). Realizada broncoscopia com biópsia da lesão brônquica, cuja análise histopatológica foi inconclusiva. Realizada então biópsia de lesão cutânea em região paravertebral, que evidenciou neoplasia maligna pouco diferenciada na derme profunda, e imuno-histoquímica compatível com neoplasia neuroendócrina de pequenas células. Além das metástases cutâneas, a paciente apresentou metástase para o sistema nervoso central. Devido à doença avançada e ao baixo status performance, foi optado por instituir cuidados paliativos proporcionais, visando oconforto da paciente, que foi a óbito após 12 dias de internação. Discussão: As metástases cutâneas podem ser o primeiro sinal de neoplasia de pulmão. Embora raras, deve haver um aumento da suspeição em casos de lesões atípicas na pele. Estima-se que se trata do 13º sítio mais comum de metástase, sendo os sítios mais frequentes os linfonodos hilares, fígado, adrenal e ossos. O adenocarcinoma é o tipo mais comum de neoplasia de pulmão que causa metástase cutânea, porém podem ocorrer em todos outros tipos histológicos de neoplasia pulmonar, sendo um indicativo de pior prognóstico. Há relatos que o tempo de vida após o surgimento dessas metástases é de cerca de 5 - 6 meses, agravando-se quando há outros sítios metastáticos além da pele. Dessa forma, apesar de não ser um local comum de metástase, a presença de alterações atípicas de pele em pacientes com fatores de risco devem ser investigadas por suspeita de neoplasia primária pulmonar, sendo indicativo de pior prognóstico e doença avançada.

011 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PULMÃO NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL, NO PERIODO DE 2017 A 2022

DE SIQUEIRA, GUSTAVO BRUNO MARTINS; INOUE , ALEXANDRE RIBEIRO; FREDRICH , RAUNI GUSTAVO; BUBANS JUNGES, SABRINA LETICÍA; OLIVEIRA, RICARDO DE;
Universidade Federal de Mato Grosso - Sinop - Mato Grosso - Brasil;

Introdução: O câncer de pulmão (CP) é uma doença crônica não transmissível responsável pela alta morbimortalidade no Estado de Mato Grosso (MT), Brasil, e no mundo. Conforme o INCA em 2021, foram registrados 28.964 óbitos por CP no Brasil. Projeções de mortalidade global apontam que de 2002 a 2030 haverá 8 milhões de mortes ao ano por CP no mundo. A maioria dos óbitos ocorrem em países subdesenvolvidos, como o Brasil, que são alvos do intenso consumo dos novos tipos de produtos do tabaco, como os dispositivos eletrônicos para fumar (DEF). Objetivos: Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo identificar o perfil epidemiológico da mortalidade por CP em MT a fim de contribuir para as atuais e futuras estratégias de combate ao Câncer de pulmão em Mato Grosso. Métodos: Estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo, a partir de dados secundários do sistema de informações da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, de acesso público. Variáveis escolhidas: número de óbitos, sexo, ano de óbito, faixa etária, cor/raça e macrorregião de residência. Foi utilizado o programa Microsoft Excel para armazenar, analisar e calcular as frequências relativas dos óbitos por CP em MT. Resultados: Resultados: Em 3 anos, de 2019 a 2022, foram registrados 1926 óbitos por CP, sendo que 61,1% dos óbitos são do sexo masculino e 39,9% do sexo feminino. O ano de 2022 registrou a maior frequência de mortes (36%), seguido por 2020 (16,8%), 2021 (16,7%), 2018 (16,5%), 2017 (15,9%) e 2019 (15,3%). A faixa etária mais afetada foi a de 60 a 69 anos (31,4%), seguida pelas faixas de 70 a 79 anos (30%), 50 a 59 anos (17,5%), 80 anos ou mais (14,6%), 40 a 49 anos (4,7%), 30 a 39 anos (1,3%) e 20 a 29 anos (0,5%). A etnia parda (47,9%) e branca (43,6%) foram as mais acometidas, seguida pela etnia preta (7,2%), amarela (1%), indígena (0,3%), em branco/ignorado (0,7%). Em relação à escolaridade, 4 a 7 anos de estudo (29,2%), 8 a 11 anos (19%), 1 a 3 anos (18,8%), nenhum (17,1%), 12 anos ou mais (7,6%) e em branco/ignorado (8,3%). A macrorregião de residência, Centro-Norte (35,8%), seguida pelas macrorregiões Norte (23,6%), Sul (17%), Oeste (9,5%), Leste (8,2%) e Centro-Noroeste (5,9%). Conclusões: O ano de 2022 foi o que apresentou maior variação no número de óbitos em MT a maior parte das vítimas eram do sexo masculino na faixa etária de 60 a 69 anos. Vale destacar que não houve grande diferença entre as etnias devido à alta miscigenação étnica presente no estado de MT. A macrorregião de residência com mais óbitos foi a Centro-Norte teve a maior concentração de óbitos, pois essa é a região que abriga a capital Cuiabá, sendo a mais habitada do estado. Sendo assim, concluímos que os resultados da presente pesquisa estão de acordo com a literatura científica, apesar das peculiaridades referentes à etnia encontradas nesse trabalho. Por fim, reflexões podem ser feitas a partir desses dados e servir de base para futuras pesquisas envolvendo o câncer pulmão no Estado de Mato Grosso.

012 RELAÇAO DA CAPACIDADE FUNCIONAL COM SINTOMAS RELATADOS POR INDIVIDUOS COM CANCER DE PULMAO OU CABEÇA E PESCOÇO EM TREINAMENTO FISICO DOMICILIAR

REGIO, LIVIA MARIA; BOAS, LETÍCIA VILAS; MARTINS, SARAH HELENA CRISTINA DA SILVA; BORGES, PALOMA; PASCHOAL, LARA; POZO, KARINA; GRIGOLETTO, ISIS; PEDROSO, MATHEUS ANDRÉ; RAMOS, ERCY MARA CIPULO;
Hospital Regional do Câncer de Presidente Prudente – HRCPP - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil; Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia – FCT/UNESP - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil;

Introdução: A quimioterapia e/ou radioterapia, consideradas tratamento oncológico usual (TOU), junto a progressão do câncer, podem causar sintomas adversos. A fadiga, fraqueza, dispneia e dores articulares e musculares podem acometer pacientes com câncer de pulmão ou cabeça e pescoço, possivelmente interferindo na capacidade funcional e no próprio TOU. A avaliação da capacidade funcional prévia ao TOU pode ser um indicador do surgimento desses sintomas. Objetivos: Verificar a frequência de sintomas de fadiga, fraqueza, dispneia e dores articulares e musculares em indivíduos com câncer de pulmão ou cabeça e pescoço primários submetidos a TOU associado a treinamento físico domiciliar (TFD) e avaliar a relação da capacidade funcional prévia ao início do TOU com a presença destes sintomas. Métodos: O estudo foi uma análise secundária de um Ensaio Clínico Randomizado, que incluiu indivíduos com câncer de pulmão ou cabeça e pescoço primários. Previamente ao início do TOU os pacientes foram aleatorizados em Grupo Treinamento (GT) e Grupo Controle (GC). O presente estudo incluiu apenas o GT, sendo estes indivíduos submetidos a TOU associado à TFD compreendendo treino aeróbico e resistido. Os indivíduos foram avaliados previamente ao início do TOU quanto a capacidade funcional pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6), teste de sentar e levantar em um minuto (TSL1), time up and go (TUG) e pelo Quality of Life Questionnaire Core30 (EORTC QLQ-C30), sendo considerado apenas o score de funcionalidade QLQ funcional, onde quanto maior, melhor. Por fim, foram entrevistados em todas as semanas de TOU com um questionário elaborado pelos autores quanto à presença de sintomas na semana anterior. A frequência de sintomas foi expressa em porcentagem normalizada com as semanas de TOU ativo de cada paciente. Correlação realizada por meio do teste de Spearman. O nível de significância foi de $p<0,05$. CAAE: 26129119.5.0000.8247. Resultados: Foram inclusos 18 indivíduos: 16 homens; 62±8 anos; Câncer de: pulmão=7; Cabeça e pescoço=11; IMC: 23,8±4,4; TC6min %predito: 93±14%; TSL1: 25±7repetições; TUG: 6,8±1,2s; QLQ funcional: 80±15 pontos. Média da frequência de sintomas durante o TOU: fadiga=37%; Dor articular=14%; Dor muscular=11%; Fraqueza=7%; Dispneia=1%. Houve correlação negativa moderada entre fadiga e distância de TC6, entre dor muscular e QLQ funcional, entre dor muscular e distância de TC6 e entre dispneia e TSL1.

013 SPREAD THROUGHT AIR SPACES (STAS): DISSEMINAÇAO ATRAVES DOS ESPAÇOS AEREOS NO ADENOCARCINOMA DE PULMAO EM ESTAGIOS INICIAIS

FERRETE JR, ANTONIO CARLOS; JAMNIK, SERGIO; ARIDA, VANESSA EL MIR; FERREIRA, RIMARCS GOMES; NETO, ERNESTO EVANGELISTA; DE MORAES, LUISA BEISMAN; RIMOLDI , VINICIUS DOMINGOS SARTORI; TAKAHASHI, LÍVIA AKEMI RAMOS; CARVALHO, DANIEL AUGUSTO XAVIER; MOTA, THALITA AMARAL; COLOMBO, LUIZA THIENE; Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Paciente do sexo feminino, 59 anos de idade, natural de Santa Catarina, procedente de São Paulo há 40 anos, viúva, 2 filhas vivas, aposentada, trabalhava como cuidadora de idosos. Antecedente de osteopenia com reposição oral de cálcio, negava uso contínuo de outros medicamentos ou alergias. Paciente encaminhada para o ambulatório de onco-tórax (pneumologia e cirurgia torácica) pela equipe de ginecologia com diagnóstico de câncer de ovário em programação cirúrgica. Em exames de estadiamento oncológico, realiza tomografia de tórax de alta resolução apresentando nódulo pulmonar de contornos irregulares e atenuação em vidro fosco localizado no seguimento posterior do lobo superior direito com dimensões de 2,4 x 2,0 cm. Negava dispneia, perda de peso, febre ou hemoptise. Ao exame físico sem dessaturação ou alterações pulmonares. Submetida a biópsia transtorácica com diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar (T1cN0M0, estágio IA3), optado pela realização de lobectomia superior esquerda com esvaziamento linfonodal. Na análise anatomopatológica, adenocarcinoma invasivo moderadamente diferenciado de origem pulmonar (padrão acinar 70%, papilífero 25%, micropapilífero 5%) com 2,5 cm no maior eixo, margens de ressecção cirúrgica brônquica, vascular e parenquimatosa livres e presença de disseminação através dos espaços aéreos (spread throught air spaces, STAS). Após o procedimento a paciente evolui sem intercorrências, recebendo alta no 6o dia de pós-operatório para seguimento ambulatorial. Estima-se que entre 2023 e 2025 ocorrerão cerca de 704 mil novos casos de câncer no Brasil, sendo o câncer de traqueia, brônquios e pulmão o quarto mais frequente entre os homens e quinto entre as mulheres. Entre os diferentes tipos histológicos de câncer de pulmão, os mais frequentes são os adenocarcinomas, representando mais da metade das neoplasias pulmonares. O diagnóstico e tratamento nos estágios iniciais da doença associam-se com melhor prognóstico e maior tempo livre de doença, com sobrevida maior que 80% em 5 anos em estágios IA. A STAS é caracterizada pela presença de células tumorais em espaços aéreos além da borda da neoplasia, classificadas em micropapilas, agregados sólidos ou células isoladas. Estudos recentes observaram a prevalência de STAS em até 49% dos adenocarcinomas de pulmão estágios T1-3N0M0. STAS associa-se também à redução de sobrevida livre de doença no adenocarcinoma de pulmão e maior recorrência locorregional e a distância no intervalo de 10 anos. Quanto ao benefício de lobectomia versus segmentectomia pulmonar, os estudos mostram resultados divergentes nesta população. A presença de disseminação através dos espaços aéreos no adenocarcinoma de pulmão em estágios iniciais apresenta-se como uma recente e importante variável na análise histopatológica dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Por se associar com maior recorrência e menor tempo livre de doença, pode auxiliar na programação terapêutica e prognóstica destes pacientes.

014 TUMOR DE PANCOAST: UM RELATO DE CASO

CONSTANTINO, GABRIELA ALMEIDA; DE AQUINO, JULIA VITÓRIA NUNES; KALIL, THALIA DE BORGES; CAZZO, ANA GABRIELA; URSICH, BRUNA NUNES; TABA, GIOVANNA MAYUMI; PETRASSO, MIRELA VALENTIM; DE SOUZA, RODRIGO BRASILEIRO; KIM, SARAH JIN HEE; DA SILVA, YOHRAN CACCIATORI; LAFETÁ, MARIANA LIMA; CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

O tumor de Pancoast representa 3 a 5% dos cânceres de pulmão e se define por uma variedade de neoplasias que acometem sulco pulmonar superior e invadem a pleura parietal podendo causar a síndrome de Pancoast: dor, parestesias ou outras disfunções neurológicas. O quadro clínico vai variar de acordo com a compressão tumoral em estruturas adjacentes e a suspeição clínica decorre, sobretudo, da presença de síndrome de Horner caracterizada por miose, anidrose facial e ptose palpebral. Diante disso é necessário investigações para identificar e tratar a causa primária. Homem, 72 anos, antecedente de tabagismo 30 maços/ano, bursite à direita, HAS e DM. História de dor escapular direita com limitação de movimentos e piora progressiva, associada à perda da força deste membro, confusão mental e alteração do comportamento. À admissão: Glasgow 14, confuso, agressivo, disártrico, desvio de rima para esquerda, ptose palpebral e miose à direita, FC: 57 bpm, f: 12 irpm em ar ambiente, dextro: 90mg/dl. Ao exame neurológico: força grau IV em membro inferior direito e grau III em membro superior direito. Devido alteração neurológica, realizado tomografia computadorizada (TC) de crânio que não demonstrou lesões hemorrágicas, mas presença de fístula óssea occipital de 1,8cm. Os exames laboratoriais evidenciaram hipercalcemia (cálcio iônico = 1,77 mEq/L) e a TC de tórax e coluna cervical: formação expansiva de contorno infiltrativo de aspecto hipoatenuante com realce heterogêneo, localizada no ápice da caixa torácica à direita medindo 8,9 x 8,3 x 5,7 cm. Iniciado durante internação medidas para hipercalcemia da malignidade com melhor controle de valores séricos, melhora de quadro de confusão e alterações de comportamento. Paciente submetido a broncoscopia pulmonar para tentativa de biopsia, com anatomopatológico em andamento, e encaminhamento para centro de referência em oncologia. As principais neoplasias relacionadas ao tumor de Pancoast são o carcinoma de pequenas células seguido de adenocarcinoma. Comumente, ocorre invasão de pleura parietal, costelas superiores, plexo braquial, fáscia endotorácica ou corpos vertebrais causando dor em ombro irradiada para braço ipsilateral que segue o nervo ulnar e, além disso, há a invasão da cadeia simpática que cursa com a síndrome de Horner descrita no caso. Deve-se suspeitar do tumor quando há clínica e através de exames de imagem como radiografia de tórax que mostra opacidade ou assimetria >5mm de ápice pulmonar, TC de tórax e ressonância nuclear magnética que permitem avaliar presença, localização e extensão da massa além das invasões anteriormente citadas. Apesar dos exames de imagem e clínica serem altamente sugestivos do tumor de Pancoast, é mandatório realização de biópsia para seguir com o tratamento oncológico necessário.

015 A COMPARAÇAO ENTRE INJURY SEVERITY SCORE (ISS) E NEW INJURY SEVERITY SCORE (NISS) NA PREDIÇAO DE MORTALIDADE DOS TRAUMAS TORACICOS ATENDIDOS EM HOSPITAL NO INTERIOR DE MINAS GERAIS.

GARCIA, MARIANA FRANC; GOMES, RENATO TALES; PUGLIESI, EDUARDO CUNHA; FERREIRA, CAROLINA GHANNAM; SANTOS, JOAO PAULO VIEIRA;
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba - Minas Gerais - Brasil;

Introdução: Há esforço científico para alcançar um sistema válido para medição da gravidade das lesões traumáticas, que definem o desfecho do evento. Injury Severity Score (ISS) possui limitações, pois lesões no mesmo local do corpo recebem uma pontuação, subestimando a gravidade. Para corrigi-las, o New Injury Severity Score (NISS) inclui no cálculo as três de maior importância, independentemente da região em que se encontram. Objetivos: Estudo no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) busca compreender o perfil clínico e epidemiológico de pacientes vítimas do trauma para, com esse contexto, comparar o ISS e NISS na predição de mortalidade. Métodos: Estudo descritivo, observacional e retrospectivo, feito pela análise de prontuários de vítimas de trauma submetidos à toracotomia entre os anos de 2000 a 2019. Analisados: sexo, idade, horário do trauma, dia da semana, mecanismo, estruturas orgânicas afetadas, tempo de internação e óbitos. As lesões foram classificadas segundo o AIS-08, calculando a gravidade do trauma pelo ISS e NISS e dados tabulados usando "Excel for Windows". No cálculo da sensibilidade, especificidade, Youden index J do ISS e NISS foi utilizada a curva Receiver Operator Characteristic (ROC) do software MedCalc versão 22.003, e nos testes estatísticos de correlação, SigmaPlot 14.0. Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM, pelo parecer 5.136.582. Resultados: Analisados 101 pacientes, com idade média de 29,6 anos e 86,13% homens. O tempo de internação teve média de 10.9 dias. Do total, 28,7% morreram. Para as escalas ISS e NISS, foram usados pontos de corte: menor que 9 (leve), 9-15 (moderado), 16-24 (severo) e maior ou igual a 25 (profundo). Quanto maior a gravidade do trauma, maior a discrepância entre os valores encontrados pelas escalas. Ambas classificaram 8 pacientes como traumatismo leve, e, no profundo, 18 pacientes pelo ISS e 48 pelo NISS. Na comparação pela curva ROC, o ISS teve sensibilidade de 68,97%, especificidade de 80,56% e área sobre a curva 0,837. Acerca do NISS, 58,62%, 94,44% e 0,855, respectivamente, havendo significância estatística em ambas, com P<0,0001. O índice de Youden atingiu os melhores pontos de corte em 0,49 no ISS e 0,53 no NISS. Entre NISS e tempo de internação, o teste de Spearman obteve coeficiente de -0,264 e valor de P de 0,0077. A correlação entre a ocorrência de cirurgia nas primeiras 12 horas e a quantidade de óbitos pelo teste do qui-quadrado obteve coeficiente de 4,972, com P de 0,026. Conclusões: O estudo demonstrou não haver discrepância entre o NISS e ISS para a predição de mortalidade, mas, quanto mais grave o trauma, maior a diferença na pontuação obtida. Estudos como este são importantes para disseminação desses escores e de suas aplicabilidades em diversos hospitais, contextos e regiões. Pode permitir que um maior número de profissionais conheçam a utilidade, resultados e limitações dessas escalas e, com isso, use-as e interprete-as de acordo com o contexto de cada paciente.

016 AMILOIDOSE NODULAR PULMONAR EM PACIENTE COM OSTEOSSARCOMA PRIMARIO

GIMENES, LARISSA LAIS GRANDE; DE BRITO E CUNHA , CRISTAL GEOVANA BARUFF; BOTTER, MÁRCIO; SAAD JUNIOR, ROBERTO; DORGAN NETO, VICENTE; FONTANA, MARIANA PRADO; SAKAE, RODRIGO TOSHIO; GOMEZ, SILVANA DANIELA CESPEDES; CASTILHO, ANDRESSA BEBER; MAKSOUD, LUIZ GUILHERME SANTOS; STANKE, PAULO FABRICIO;
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - SP - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA A amiloidose pulmonar nodular costuma manifestar-se localizadamente e não possui fácil diagnóstico, já que se apresenta em formato nodular inespecífico em radiografias de tórax. Para diagnosticar, são necessárias suspeita diagnóstica, biópsia e estudos anatomopatológicos. Formas prevalentes de amiloidose pulmonar são AL localizada (deposição de cadeia leve de imunoglobulina), AL/AH, AL sistêmica, AA localizada e ATTRwt localizada. Contudo, trata-se de uma doença rara com dados epidemiológicos insuficientes. RELATO DE CASO Paciente, 58 anos, sexo feminino, procurou serviço ortopédico devido a dor no quadril direito há 2 meses, com piora há 1 mês na região proximal do fêmur D, diagnosticada com fratura patológica. De antecedentes, refere Covid em 2021, fratura de fêmur D em 09/2021 (osteossarcoma), fratura de fêmur D em 11/2022 e ex-tabagista 70 anos/maço. Em TC de tórax 06/23, encontraram-se dois nódulos sólidos de contornos regulares e limites definidos, não calcificados, localizados em lobo superior direito, medindo 7mm, e em lobo médio D com base pleural, medindo 11mm, sem linfonodomegalias mediastinais. O caso foi discutido multidisciplinarmente, com hipótese diagnóstica de metástase pulmonar, em razão do osteossarcoma. Devido à ausência de evidência de outros sítios metastáticos, realizou-se ressecção dos nódulos via toracotomia lateral D, dado o potencial curativo do procedimento. Durante a cirurgia, contudo, identificaram-se micronódulos dispersos no parênquima, sendo realizado biópsia para complementação diagnóstica. O material coletado foi submetido ao anatomopatológico, cujo laudo mostrava nódulo subpleural e parede vascular com material amorfo e plasmócitos, sugestivo de amiloidose. A pesquisa para amiloidose pelo Vermelho de Congo mostrou-se positiva nas amostras de macro e micronódulos. O perfil imunohistoquímico associado ao quadro histológico é compatível com ausência de neoplasia, favorecendo nódulo amiloidose em todas as peças. Paciente mantem-se em acompanhamento ambulatorial para investigar outros focos de amiloidose. DISCUSSÃO No relato, observa-se paciente com osteossarcoma e nódulo pulmonar. As neoplasias ósseas podem causar metástase pulmonar e, portanto, nódulo metastático foi a hipótese diagnóstica. A amiloidose nodular pulmonar, comumente, manifesta-se com nódulo solitário. Assim, as características clínicas da paciente fortaleciam a hipótese de neoplasia metastática de mau prognóstico. No anatomopatológico, não se detectaram células metastáticas, porém, houve suspeita de amiloidose. O diagnóstico foi confirmado após coloração Vermelho de Congo. A morfologia altamente ordenada dos depósitos forma ligações ordenadas no Vermelho de Congo e coram a amostra. Conclui-se que, na suspeita de lesão pulmonar metastática potencialmente curável, a ressecção cirúrgica deve ser indicada, inclusive, com finalidade diagnóstica. Para a amiloidose localizada, a excisão cirúrgica costuma ser curativa com ótimo prognóstico.

017 ANALISE DOS RESULTADOS POS OPERATORIOS E DESCRIÇAO DE TECNICA DE TIMECTOMIAS VIDEOTORACOSCOPICA POR ACESSO SUBXIFOIDE

RODRIGUES, ISAAC FARIA SOARES; DE FARIA, CELSO MURILO NALIO MATIAS; NIETMANN, HENRIQUE; CANOVAS, THAIS DELLA ROVERI; DA SILVA, JULIANA RESENDE; DE SOUZA, EDUARDO HELIO INTELIZANO; GALVANI, MARIANA QUADROS; DA SILVA, INGRID LOUISE ALVES;
HOSPITAL DE BASE/FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil;

Introdução: A técnica videotoracoscópica subxifóidea já evoluiu para diversas variações: uniportal com ou sem uso gás insuflado; acesso videoassistida com incisão mais ampla (podendo combinar com incisão cervical); uso de retrator e elevação do esterno e mais recente com a plataforma robótica. Na abordagem cirúrgica foi realizada uma incisão para ótica 10mm na região subxifóidea e um portal subcostal de 5mm de cada lado. Utilizamos insuflação de CO2 para dissecção da gordura mediastinal. Na nossa abordagem não usamos elevador de esterno e nem ressecamos o apêndice xifóide. Objetivos: Analisar de forma descritiva resultados pós operatórios de pacientes submetidos a timectomia videotoracoscópica pela técnica subxifoide com ou sem miastenia gravis. Métodos: Análise retrospectiva de dados coletados do prontuário eletrônico dos pacientes do Hospital de Base/ FAMERP. Revisadas as timectomias pelo acesso subxifoide de novembro de 2019 até julho de 2023. Foram incluídos apenas pacientes adultos, sendo selecionados 12 para acesso subxifoide (tanto pacientes com massa mediastino anterior como miastênicos não-timomatosos). Foram analisados dados demográficos (sexo, idade, comorbidades, presença ou não de miastenia) e resultados cirúrgicos como complicações (incluindo taxa de conversão para cirurgia aberta), e tempo de internação (dias em unidade de terapia intensiva e enfermaria). Realizamos também descrição da técnica que utilizamos atualmente. Resultados: Dos 12 pacientes (6 do sexo feminino e 6 do sexo masculino) apenas 02 apresentaram complicações devido a sangramento da veia inominada, com necessidade de conversão para esternotomia para melhor controle vascular. O posicionamento em decúbito dorsal horizontal, sem lateralização facilitou o acesso em casos de complicações. A média de tempo de internação em leito de UTI foi de 01 dia e de enfermaria de 2 dias. Um dos pacientes submetido à conversão permaneceu 24 dias internado em decorrência de complicações clínicas. Conclusões: Na nossa experiência, o acesso subxifoide mostrou-se seguro e com uma boa visão para o mediastino anterior e seus limites entre ambos os nervos frênicos. Numa comparação simples com nossos casos de timectomia videotoracoscópica lateral, esses pacientes não apresentaram maior média de dias de UTI nem do tempo de permanencia do dreno ou internação total em relação ao acesso lateral. Porém salientamos que deve haver seleção de pacientes que não possuam circunferência abdominal considerável para que não atrapalhe o manuseio das pinças e ergonomia do cirurgião.

018 ASPECTOS TECNICOS DO TRANSPLANTE CARDIOPULMONAR

GALLAFASSI, ENZZO DE ALMEIDA; ARAI, EMILY MIE; CHENG, FERNANDA YOU CHIE; GOMES JUNIOR, OSWALDO; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; NAKAHIRA, EVELYN SUE; SAMANO, MARCOS NAOYUKI;
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Objetivo:Expor série de casos de transplante cardiopulmonar realizados em nosso serviço, destacando os principais aspectos técnicos desse procedimento cirúrgico Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes submetidos a transplante cardiopulmonar em 2022 em centro único nacional que realiza tal procedimento. Resultados: Caso 1 - masculino, 23 anos, com diagnóstico de hipertensão pulmonar secundário a comunicação inter-ventricular, pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 101 mmHg. Recebeu alta hospitalar no 17º pós operatório (PO). Caso 2- feminino, 33 anos, com diagnóstico de hipertensão de artéria pulmonar secundário a tromboembolismo pulmonar crônico, PSAP de 125 mmhg, ventrículo direito com dilatação importante (58mm) e desempenho sistólico reduzido em grau importante, valva tricúspide com refluxo moderado a importante e refluxo moderado em valva pulmonar. Recebeu alta hospitalar no 15º PO. Caso 3 - feminino, 47 anos, com hipertensão pulmonar associada a aneurisma de tronco de artéria pulmonar (78 mm), artéria pulmonar direita (48 mm) e artéria pulmonar esquerda (45 mm), sendo indicado o transplante cardiopulmonar pela dilatação de artéria pulmonar. Evoluiu no 3º PO com disfunção primária de enxerto pulmonar, sendo submetida a ECMO veno-venosa. Retirada de ECMO em 7º PO. Necessitou de terapia de substituição renal, mas teve recuperação de função renal ao longo da internação. Recebeu alta hospitalar no 37º PO. Na dissecção do receptor é realizada a secção da veia cava superior e do arco aórtico próximo a artéria braquiocefálica, e dissecção do mediastino posterior tendo como referências o esôfago e aorta descendente, seguida da secção e grampeamento da traquéia com os pulmões insuflados. No receptor, a incisão de escolha é a esternotomia transversa ("Clamshell") (embora seja possível realizar o procedimento com esternotomia mediana). Na extração dos órgãos do receptor, o diferencial é a preservação de um feixe de pericárdio bilateralmente onde estão localizados os nervos frênicos; e a manutenção de um fragmento da artéria pulmonar esquerda próxima ao ducto arterioso para preservação do nervo laringeo recorrente. Então, o bloco cardiopulmonar é posicionado com os pulmões posteriores aos segmentos de pericárdio remanescentes. São realizadas as anastomoses brônquicas, cobertas com fragmentos de pericárdio. Conclusões: Em recente metanálise, comparando resultados para sobrevida de 1 ano a 10 anos, estadia em UTI, tempo de internação, tempo de ventilação pós-operatória, mortalidade hospitalar e complicações cirúrgicas entre a realização de transplantes cardiopulmonares e duplo transplante pulmonar, não foram observadas diferenças significantes estatisticamente. Contudo, pacientes submetidos ao transplante cardiopulmonar são mais graves e há uma tendência a menor disfunção crônica do enxerto nesta população, o que caracteriza uma vantagem deste procedimento. A nossa série de casos exemplifica a factibilidade desse procedimento.

019 AUTOTRANSPLANTE PULMONAR PARA TRATAMENTO DE TUMORES LOCALMENTE AVANÇADOS

ARAI, EMILY MIE; CHENG, FERNANDA YOU CHIE; GALLAFASSI, ENZZO DE ALMEIDA; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; NAKAHIRA, EVELYN SUE; JUNIOR, OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI; FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN - São Paulo - São Paulo - Brasil; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Apresentamos caso de paciente submetido ao autotransplante pulmonar devido a câncer de pulmão, técnica não usual e relevante para o tratamento de lesões pulmonares Relato do caso: Homem de 66 anos de idade, um fumante (25 anos-maço), com doença pulmonar obstrutiva crônica, com tratamento há um ano sem exacerbações e sem outras comorbidades apresentou dor torácica esquerda. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou uma massa central contralateral ao longo do trajeto das fissuras, medindo 5 cm em seu maior eixo, envolvendo o brônquio lobar do lobo superior e entrando em contato com o brônquio do lobo médio, com sinais de invasão da artéria lobar inferior e de ramos segmentares do lobo médio e superior, com linfonodomegalia hilar aparente. A biópsia transtorácica revelou um Carcinoma de Células Escamosas primário. O estadiamento mediastinal invasivo através da amostragem dos linfonodos 2R, 4R e 7 por mediastinoscopia foi negativa. Devido à extensão, invasão brônquica , magnitude do acometimento da artéria interlobar e de um efeito tethering da veia pulmonar inferior, a lobectomia em manga dupla parecia tecnicamente inviável, enquanto a pneumectomia direita era um procedimento de alto risco devido à função pulmonar prejudicada do paciente. Decidiu-se pelo autotransplante de pulmão com pneumonectomia direita, lobectomia do lobo superior e médio e reimplante do lobo inferior direito (LID) Realizada toracotomia póstero-lateral direita seguida de pneumonectomia radical direita, com cuidado na manutenção do coto de vaso pulmonar. Seguiu-se com linfadenectomia radical. No back table, foi realizada a bilobectomia superior direita, com margens seguras e preparo da artéria, veia e brônquio do LID para implante. Também foi realizado o flush anterógrado e retrógrado com solução de preservação pulmonar - Perfadex® (Vitrolife; Gothenburg, Suécia), mantendo ventilação constante do LID. A técnica envolveu anastomose término-terminal do brônquio principal direito ao brônquio do enxerto; anastomose da artéria pulmonar direita e enxerto da veia inferior para a veia superior; tempo total de isquemia fria de 210 minutos. Tratava-se de um Carcinoma de Células Escamosas invasivo estágio pT3pN1 (AJCC 8ª edição), com margens de ressecção livres de tumor. Ele recebeu quimioterapia adjuvante e seu seguimento transcorreu sem intercorrências 7 meses depois. Discussão: Tecnicamente o autotransplante permite ressecção mais estendida e reconstruções broncovasculares de forma mais fácil e segura por ter o tempo em back table. Além disso, a preservação do pulmão com solução de preservação pode fornecer tempo suficiente para confirmar anatomopatologicamente as margens livres de tumor. Esse procedimento não está associado a maiores complicações precoces pós-operatórias, sendo uma alternativa a ser considerada em tumores pulmonares avançados.

020 BOLHA ENFISEMATOSA GIGANTE EM SEQUESTRO PULMONAR

DE SOUZA , MARIA ALICE; JUNIOR, ROBERTO SAAD; BOTTER , MÁRCIO; NETO, VICENTE DORGAN; STANKE, PAULO FABRICIO; SAKAE, RODRIGO TOSHIO; MAKSOUD , LUIZ GUILHERME SANTOS; DE SOUZA, KAREN GUERRA; FCMSCSP - São Paulo - São Paulo - Brasil; ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO: O sequestro pulmonar é uma malformação congênita rara (6,6%) mais comum em homens, caracterizada pela presença de massa de tecido pulmonar sem comunicação com a árvore brônquica comumente localizada em hemitórax esquerdo. Esse tecido tem suprimento arterial pela circulação sistêmica, diretamente por ramo da aorta torácica ou abdominal. Normalmente, o seu diagnóstico é feito nos primeiros 6 meses de vida e é associado a outras malformações congênitas como hérnia diafragmática, enfisema lobar congênito ou cisto broncogênico. Ainda sobre o diagnóstico, uma artéria anômala de origem na aorta indo para massa pulmonar e m USG com doppler é um sinal patognomônico e uma angiotomografia é o padrão ouro. Já a bolha enfisematosa gigante é assim chamada quando a bolha pulmonar ocupa mais de um terço do volume do hemitórax e seu tratamento é cirúrgico, devido ao risco de complicações e a dispneia é a principal indicação operatória. Considerando o quadro a ser descrito e suas manifestações comuns, nota-se a raridade da situação a ser descrita. RELATO DE CASO: G.N.S., 27 a, sexo feminino, tabagista (14 anos.maço), sem antecedentes pneumológicos, com queixa de tosse seca há 45 dias, de início súbito, com piora à noite, sem febre, com dispneia aos moderados esforços, náusea e vômito pós-prandiais. Procurou atendimento em outro serviço, quando foi feita a drenagem de tórax e antibioticoterapia para pneumonia e pneumotórax espontâneo. Entretanto, após 15 dias sem reexpansão adequada, foi encaminhada à Santa Casa de São Paulo para investigação. Ao ser avaliada no exame físico da admissão estava com MV abolidos em HTX esquerdo, expansibilidade diminuída e timpanismo à percussão. Além disso, identificou-se pelos exames de imagem uma bolha pulmonar gigante e líquido no terço inferior da bolha, indicando-se toracotomia. Desse modo, operando o que até então se achava que era apenas uma bolha gigante rota, foi observada a presença de um ramo anômalo da aorta descendente nutrindo a lesão, caracterizando assim um sequestro pulmonar extra-lobar. O estudo anatomopatológico confirmou o sequestro pulmonar e o enfisema pulmonar bolhoso com processo inflamatório crônico, associado a pneumonia em organização. A paciente evoluiu bem, sendo retirado o dreno de tórax no 4o dia e tendo alta no 5o dia de pós-operatório. DISCUSSÃO: O sequestro pulmonar extra-lobar é comumente diagnosticado na infância como uma achado incidental, mais frequente em homens e associado a outras mal-formações. Assim, o relato de caso descrito trata de um caso atípico de sequestro pulmonar em mulher com diagnóstico tardio. Contribuindo para a peculiaridade do caso, temos uma história de drenagem de um suposto pneumotórax, que era na verdade uma bolha enfisematosa gigante localizada dentro do próprio sequestro, algo nunca antes visto em literatura até o momento.

021 CISTO MEDIASTINAL GIGANTE

GARBIN, BRUNO ROCHA GOMES; GÓMEZ, SILVANA DANIELA CESPEDES; FONTANA, MARIANA PRADO; CASTILHO, ANDRESSA BEBER; CUNHA, CRISTAL GEOVANA BARUFF BRITO; STANKE, PAULO FABRÍCIO; BOTTER, MÁRCIO; SAKAE, RODRIGO TOSHIO; JÚNIOR, ROBERTO SAAD; NETO, VICENTE DORGAN;
FCMSCSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO Os cistos do mediastino são lesões pouco frequentes participando entre 12% e 18% de todas as lesões de mediastino, possuem ampla gama de origens devido à variedade de tecidos dessa região e em alguns casos a origem do cisto permanece incerta. Cistos de mediastino não neoplásicos são mais encontrados entre os 40 e 60 anos de vida por exames radiológicos de rotina, sendo 40% broncogênicos, entre 20% e 30% pericárdicos, 20% tímicos, 10% entéricos e até 10% teratomas. Neste relato, será evidenciado caso de cisto gigante de mediastino e as complicações que esse volume pode desencadear nessa região tão vital e sensível. RELATO DO CASO Paciente do sexo masculino de 42 anos de idade, obeso (IMC = 42), hipertenso, com queixa de dispneia progressiva iniciada a quatro anos. Procurou atendimento na época, descobriu a lesão cística pequena, porém não realizou acompanhamento. O quadro atual evoluiu com piora progressiva da dispneia, sendo que há dez dias da admissão procurou serviço médico devido ao quadro clínico e foi encaminhado para a Santa Casa de São Paulo, seguindo para avaliação da cirurgia torácica. A tomografia computadorizada de tórax mostra formação arredondada medindo 18,0 x 16,3 x 17,0 cm, de natureza indeterminada, hipoatenuante, homogênea, de margens circunscritas, localizada no mediastino à direita, que determina extenso efeito expansivo local, com compressões do átrio direito, do brônquio principal direito com redução do calibre, atelectasias do parênquima pulmonar adjacente e deslocamento contralateral das estruturas mediastinais. Destaca-se lobulação na sua borda inferoanterior e finas calcificações periféricas. Demais condições sem alterações. O caso foi discutido na reunião multidisciplinar no nosso serviço, sendo aventados, como principais possibilidades o diagnóstico de lesões benignas, como cisto pericárdico, cisto tímico, cisto broncogênico, cisto dermoide e teratoma cístico. Diante do quadro e da piora clínica progressiva foi indicada a ressecção cirúrgica da lesão. A conduta cirúrgica foi uma toracotomia póstero lateral direita exploradora, sendo evidenciado moderada quantidade de líquido pleural serohemático. Presença de lesão cística volumosa com cerca de 20 cm de diâmetro, com paredes espessas, conteúdo espesso marrom com detritos, com aderências firmes ao pericárdio, pleura mediastinal, diafragma e pulmão. Após a dissecção cuidadosa do cisto e sua remoção da cavidade pleural, observou-se expansão subtotal do pulmão. O paciente evoluiu satisfatoriamente no pós operatório, sem necessidade de UTI. O dreno torácico foi retirado no oitavo dia pós operatório (PO) e a alta hospitalar aconteceu no nono dia PO. DISCUSSÃO Com o advento de técnicas minimamente invasivas cistos de pequeno volume podem ser adequadamente ressecados por toracoscopia vídeo-assistida (VATS) ou robô-assistida (RATS), porém, para lesões volumosas, como a do caso em questão, a literatura recomenda toracotomia como opção segura.

022 DIETA ENTERAL NO ESPAÇO PLEURAL: UMA COMPLICAÇAO GRAVE DA SONDAGEM NASOENTERAL

DE SOUZA , MARIA ALICE; SAKAE , RODRIGO TOSHIO; GOMEZ , SILVANA DANIELA CESPEDES; BOTTER, MÁRCIO; SAAD JÚNIOR, ROBERTO; NETO, VICENTE DORGAN; DE BRITO E CUNHA , CRISTAL GEOVANA BARUFF; FONTANA, MARIANA PRADO; CASTILHO, ANDRESSA BEBER; DE MORAES, DANILO SILVA; KIMURA, MARIA BEATRIZ GARCIA;
FCMSCSP - São Paulo - São Paulo - Brasil; ISCMSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa: As sondas nasogástrica e nasoenteral são amplamente utilizadas em cuidados agudos e crônicos. Porém, os eventos adversos, em sua maioria respiratórios, são comuns no uso de sondas e resultam em hospitalização prolongada e/ou morte. Os eventos mais frequentes são pneumotórax, derrame pleural, broncoaspiração e pneumonia principalmente devido ao deslocamento indevido da sonda ou resultados inconclusivos dos métodos usados para confirmar sua posição. Entretanto, ainda não há estudos suficientes do tema no Brasil, apesar de serem eventos comuns e com desfechos graves. Desse modo, a seguir será relatado um caso de evento adverso pulmonar secundária a sonda nasoenteral, que gerou uma longa hospitalização para o paciente. Relato: 83a, masculino, com antecedentes de DM2, HAS, IC, DRC não dialítica e em uso de sonda nasoenteral. Paciente é trazido ao serviço encaminhado da UPA com quadro de pneumonia, derrame pleural e insuficiência respiratória. Na admissão encontrava-se em IOT e VM, taquipneico, com uso de musculatura acessória, MV abolidos até terço médio de hemitórax esquerdo e diminuído globalmente. Paciente instável hemodinamicamente em uso de dobutamina e noradrenalina. TC de tórax com múltiplas opacidade em vidro fosco bilaterais formando consolidações principalmente em campos posteriores do lobo superior esquerdo, espessamento pleural com calcificação grosseira em placa no terço inferior direito e derrame pleural à esquerda. A hipótese diagnóstica inicial foi de choque misto, cardiogênico e séptico de infecção pulmonar associado a derrame pleural. A equipe da cirurgia torácica foi chamada, sendo realizada drenagem pleural com saída de líquido de aspecto compatível com dieta enteral. A hipótese diagnóstica então formulada foi de dieta enteral infundida inadvertidamente no espaço pleural devido à sonda nasoenteral localizada na pleura, apesar da SNE estar aparentemente em trajeto habitual no RX inicial. Paciente evoluiu com empiema, sendo necessário tratamento cirúrgico. Então, foi realizada a higiene da cavidade, decorticação e drenagem pleural com sucesso. Após o procedimento, paciente apresentou melhora progressiva, mas lenta, permanecendo internado por 70 dias, recebendo alta após esse período. Discussão: O caso relatado mostra um paciente idoso, com múltiplas comorbidades e que precisou de suporte nutricional. A sonda foi, porém, inserida no espaço pleural e desencadeou complicações como derrame e empiema pleurais, resultando em meses de internação e procedimentos invasivos, o que poderia ter levado o paciente à óbito. Nessa situação, a radiografia não foi capaz de identificar o posicionamento incorreto e prevenir a situação, mas não foi encontrado descrição do teste de posição através da administração de ar e ausculta. Assim, é essencial o profissional da saúde estar sempre atento no procedimento e é importante que a complicações sejam relatadas a fim de conscientizar as equipes e desenvolver técnicas mais precisas.

023 DIVERSAS APLICAÇOES DA RECONSTRUÇAO 3D EM CIRURGIA TORACICA PEDIATRICA

RODRIGUES, ISAAC FARIA SOARES; DE FARIA, CELSO MURILO NALIO MATIAS; NIETMANN, HENRIQUE; CANOVAS, THAIS DELLA ROVERI; DA SILVA, JULIANA RESENDE; DE SOUZA, EDUARDO HELIO INTELIZANO; PINHO, NATHAN VELASQUEZ; DA ROCHA, ANDRE DOMENE FRANCO;
Hospital de Base / FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil;

Introdução: Existem vários contrapontos ao uso da tomografia computadorizada na população pediátrica: exposição à radiação, possibilidade de realização de outros métodos mais inócuos como radiografia ou ultrassonografia e a necessidade de sedação (muitas vezes sob o risco de intubação orotraqueal) principalmente nas crianças menores para que fiquem pouco móveis durante o exame. Há ainda as dificuldades para aquisição de boas imagens como não ter controle da imobilidade da criança, maior frequência respiratória causando um exame mais tremido e adequação de uma fase ideal do contraste endovenoso. Apesar dessas desvantagens, as imagens e detalhes que a tomografia fornece são essenciais para planejamento cirúrgico de algumas patologias. Agregando ainda mais ao planejamento cirúrgico apresentamos nossa experiência com a reconstrução 3D para algumas das cirurgias em crianças. Objetivos: DESCREVER DIFERENTES APLICAÇÕES E ESTUDOS DA RECONSTRUÇÃO 3D DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA NO PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DE CASOS VARIADOS DE CIRURGIA TORÁCICA PEDIÁTRICA Métodos: Descrição de procedimentos realizados com reconstrução 3D no Hospital da Criança da FAMERP. -Vascularização e segmentação pulmonar tradicional para ressecções pulmonares: sequestro pulmonar intralobar; lobectomia por infecção crônica e recorrente. -Tumores torácicos e cervicotorácicos -Cistos broncogênicos e CPAM (Congenital Pulmonary Airway Malformation) -Estenose traqueal congênita com longo segmento de anel completo em planejamento para Traqueoplastia Slide -Avaliação do arcabouço torácico e da volumetria pulmonar pré e pós operatório de expansão torácica lateral devido Distrofia Torácica Asfixiante (Síndrome Jeune) Resultados: Descrevemos diferente aplicações e suas particularidades de cada anatomia e cada técnica cirúrgica Conclusões: O uso da reconstrução 3D é ferramenta facilitadora da cirurgia e permite um caminho mais fácil e seguro para as cirurgias, também na dentro da população pediátrica, evitando possível complicações.

024 ENDOPROTESE DA ARTERIA PULMONAR EM CHAMINE PARA PROTEÇAO DE FISTULA BRONCO-VASCULAR EM PACIENTE COM DEISCENCIA BRONQUICA APOS TRANSPLANTE

CHENG, FERNANDA YOU CHIE; ARAI, EMILY MIE; GALLAFASSI, ENZZO ALMEIDA; JUNIOR, OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; NAKAHIRA, EVELYN SUE;
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa - Apresentar a colocação de endoprótese na artéria pulmonar, em técnica de chaminé para protecão de fístula bronco-vascular na dilatação brônquica endoscópica, em paciente que seria submetido a dilatação brônquica por deiscencia seguida de estenose de anastomose bronquica. Não há descrição na literatura. Resumo - Paciente de 51 anos, do sexo masculino, com uso prévio de oxigênio suplementar, dispneia mMRC-3, e doença intersticial fibrosante, foi submetido a transplante pulmonar bilateral com assistência circulatória (ECMO veno-arterial central). No intra-operatório, as culturas foram positivas para P. aeruginosa, e as culturas do doador mostraram Acinectobacter ursingii, K pneumoniae, S aureus MRSA e Acinetobacter baumanii. A broncoscopia no 15° dia de pós-operatório apresentou sinais de deiscência de anastomose direita e o lavado broncoalveolar foi positivo para Candida albicans, sem sinais de rejeição. Recebeu alta no 40° dia de pós-operatório após antibioticoterapia e antifúngico otimizado. No seguimento broncoscópico de rotina, foi achado estenose de 25% em brônquio principal direito com três meses de transplante. Em broncoscopias de vigilância, persistiu colonização bacteriana por P. aeruginosa e K. pneumoniae. Com oito meses de pós operatório, evoluiu com estenose subtotal à direita, comprometendo mais de 90% da luz, apresentando tecido de granulação entremeado a clips metálicos (utilizados no mediastino, o que evidencia manutenção da deiscência). Inicialmente, optou-se por dilatação da estenose. Entretanto, ocorreu recidiva da estenose em menos de um mês e a broncoscopia mostrava exposição da artéria pulmonar direita junto à estenose. A tomografia realizada após, confirmou o íntimo contato entre a área de estenose e a artéria pulmonar, caracterizando alto risco para dilatação de via aérea. Optado por proteção da artéria pulmonar com colocação de prótese vascular com implante de endoprótese Gore Excluder 26/26/33 em artéria pulmonar direita, e de stent VBX 10/59 em ramo para o lobo superior direito, sob a técnica de “chaminé” nove meses após o transplante. Arteriografia de controle demonstrou endoprótese pérvia, stent pérvio e preservação do ramo para o lobo superior. Esse reforço permitiu a dilatação do brônquio a direita com segurança, sendo a primeira após um mês da colocação das próteses e a seguinte três meses após. Esse é o primeiro relato de proteção vascular através de endoprótese com objetivo de dilatar estenose brônquica secundária a transplante pulmonar.

025 ESTENOSES EM VIAS AEREAS POS TRANSPLANTE PULMONAR - AINDA UM MANEJO DESAFIADOR

CHENG, FERNANDA YOU CHIE; ARAI, EMILY MIE; GALLAFASSI, ENZZO ALMEIDA; JUNIOR, OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; NAKAHIRA, EVELYN SUE;
Faculdade Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Transplantes pulmonares podem evoluir com complicações de vias aéreas, oas quais implicam em grande mortalidade e morbidade. a estenose brônquica é a complicação de via aérea mais comum, mas ainda não há consenso sobre a sua terapêutica. A última atualização pelo International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT), de 2018, sugere a dilatação brônquica comoprimeira medida a ser tomada por ser uma das técnicas menos invasivas, sendo a colocação de stent uma abordagem possível. Entretanto, ainda há limitada evidência na literatura sobre o manejo das estenoses pós transplante pulmonar. Objetivos: O estudo tem por objetivo avaliar o desfecho das abordagens às estenoses brônquicas pós-transplante de pulmão. Método: Estudo retrospectivo com inclusão de pacientes em pós operatório de transplante pulmonar de 2020 a 2023 que evoluíram com estenose em via aérea com necessidade de intervenção. Resultados: Foram 66 pacientes transplantados no período, desses 6 pacientes apresentaram estenose com necessidade de intervenções. O tratamento inicial foi com dilatação e, se necessário, estenotomias seriadas. Desses, três evoluíram com resposta satisfatória, sendo que um deles faleceu por complicações não relacionadas. Três pacientes tiveram falha do tratamento inicial, sendo indicada a colocação de prótese em via aérea. Um paciente se adaptou bem à prótese e se mantém sem complicações. Outro paciente, com estenose bilateral, primeiramente foi tratado com prótese à direita, mas essa migrou sendo necessária a retirada. Após, locada prótese à esquerda, no entanto, essa precisou ser retiradapor colonização fúngica. Disso submetido a nova prótese à direita. Esses 2 casos apresentaram melhora ventilatória imediata após a prótese e seguem em acompanhamento. Um terceiro paciente obteve melhora inicial, mas foi a óbito sem causa relacionada a estenose um mês após. Conclusões: O manejo com dilatação e estenotomias é o tratamento de eleição, apresentando cerca de 50% de resposta. Em casos refratários, o uso de prótese deve ser avaliado criteriosamente por equipe multidisciplinar especializada devido às complicações já descritas na literatura associadas a stents de via aérea. São necessárias várias intervenções (em especial pela necessidade de broncoscopias regulares devido ao acúmulo de secreção na prótese e monitorização de posicionamento) e eventual realocação das próteses. Mas a resposta é satisfatória, dada a melhora da condição respiratória, e evitam-se intervenções maiores, como re-anastomoses ou re-transplantes. Referências: Crespo MM, McCarthy DP, Hopkins PM, Clark SC, Budev M, Bermudez CA, et al. ISHLT Consensus Statement on adult and pediatric airway complications after lung transplantation: Definitions, grading system, and therapeutics. J Heart Lung Transplant. 2018;37(5):548-563. https://doi.org/10.1016/j.healun.2018.01.1309

026 FISTULA BRONCOPLEURAL EM PACIENTE POS-PNEUMECTOMIA

YAMADA, LUCAS HIDEKI; BARUFF DE BRITO E CUNHA, CRISTAL GEOVANA; BOTTER, MÁRCIO; SAAD JUNIOR, ROBERTO; DORGAN NETO, VICENTE; PRADO FONTANA, MARIANA; STANKE, PAULO FABRICIO; SAKAE, RODRIGO TOSHIO; CASPEDES GOMEZ, SILVANA DANIELA; SANTOS MAKSOUD, LUIZ GUILHERME; BEBER CASTILHO, ANDRESSA;
FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS DA SANTA CASA DE SAO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA DA RELEVÂNCIA: A fístula broncopleural (FBP) é uma comunicação entre o espaço endobrônquico e a cavidade pleural. Possui uma incidência de até 4% após lobectomia e de expressivos 10% após pneumectomia. Além disso, está associada a uma elevada taxa de mortalidade, próxima a 23%. Logo, é de grande relevância a avaliação diagnóstica, manejo e prognóstico da FBP. RELATO DO CASO: Paciente, sexo masculino, 36 anos, natural da Bolívia. Queixa de “fraqueza, falta de ar e tosse com sangue”. Em maio/2022 apresentou hemoptise maciça, com inundação pulmonar, evoluindo para insuficiência respiratória aguda com necessidade de encaminhamento para a UTI, intubação orotraqueal e ventilação mecânica. TC revelou presença de bola fúngica em ápice de LSE, broncoscopia identificou presença de Aspergillus sp.. Nega tabagismo, trabalha com confecção de roupas. Tuberculose tratada em 2012 e reativada em 2017. Bom estado geral, hipocorado (1/4+), hidratado, afebril, acianótico, lúcido e orientado. Murmúrio vesicular presente, reduzido à esquerda, saturação de O2 de 98% em ar ambiente. TC (15/05/2022): ausência de linfonodomegalias mediastinais. Formação de cavidade apical de 6x6 cm determinando redução volumétrica e alteração arquitetural de LSE com espessamento pleural adjacente, sugerindo processo granulomatoso em atividade. Formação arredondada preenchendo parcialmente a maior cavidade, sugerindo aspergiloma. Múltiplas opacidades em vidro fosco com distribuição centrolobular por vezes em aspecto ramificado, esparsas e bilaterais, predominando nos lobos inferiores, notadamente à esquerda, não se afastando totalmente a possibilidade de hemorragia alveolar. Indicada lobectomia superior esquerda por toracotomia posterolateral esquerda realizado em 04/07/2022. Pleura espessada, parênquima pulmonar com intensa fibrose com aderência no pericárdio e diafragma. Persistência de sangramento em grande quantidade durante dissecção de aderências. Optado por pneumectomia esquerda. Paciente evoluiu bem e recebeu alta da UTI no 11º PO. No 20º PO, apresentou piora do padrão respiratório por broncopneumonia, retorno para a UTI com nova intubação orotraqueal. No 24º PO sob ventilação mecânica, apresentou importante desconforto respiratório e intensificação do escape aéreo em dreno de tórax. Realizada broncoscopia de urgência que evidenciou deiscência completa da sutura de coto brônquico de LSE, ocasionando a FBP. Optado por uma nova sutura do coto brônquico através de esternotomia (01/08/2022). Paciente teve boa evolução recebendo alta hospitalar no 79º PO sem queixas. DISCUSSÃO: Normalmente as FBP não sofrem fechamento espontâneo, sendo a broncoscopia fundamental para o seu diagnóstico e localização, e quase sempre necessitam de intervenção cirúrgica de alto risco. São recorrentes após pneumectomia e têm como fatores de risco relacionados com o caso a presença de doenças pulmonares pré-existentes, como tuberculose e aspergiloma, que tem a ressecção pulmonar como tratamento.

027 FISTULA TRAQUEOESOFAGICA IATROGENICA: RELATO DE CASO

ROSSETTO, ANTONIETTA BRECHES; CUNHA, CRISTAL GEOVANA BARUFF DE BRITO; FONTANA, MARIANA PRADO; NETO, VICENTE DORGAN; STANKE, PAULO FABRICIO; SAKAE, RODRIGO TOSHIO; GOMEZ, SILVANA DANIELA CESPEDES; MAKSOUD, LUIS GUILHERME SANTOS; CASTILHO, ANDRESSA BEBER; JUNIOR, ROBERTO SADD; BOTTER, MARCIO;
Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO As fístulas traqueoesofágicas (FTE) são caracterizadas por uma comunicação anormal entre traquéia e esôfago. As principais causas são: intubação prolongada e trauma. O diagnóstico é feito por meio de exame físico, tomografia computadorizada e endoscopia. O planejamento cirúrgico é por meio da broncoscopia rígida e o tratamento definitivo preferencial é cirúrgico, quando clinicamente possível. RELATO DO CASO Mulher, 33 anos, encaminhada ao serviço com queixa de vômitos, engasgos e febre há 3 dias. A paciente refere internação prévia em outro serviço, por 2 meses em 2021, devido a COVID grave. Relata intubação orotraqueal por 17 dias além de traqueostomia com decanulação após 1 mês. Após 10 dias da alta hospitalar procurou serviço. Apresentava-se em REG, emagrecida, desidratada (1+/4) e cicatriz de traqueostomia prévia. No exame físico respiratório apresentava MV reduzido nas bases pulmonares. Exames laboratoriais apresentavam leucocitose e PCR elevado. A TC de tórax apresentava ectasia esofágica, com sinais sugestivos de FTE. Na endoscopia, nota-se orifício ovalado após 25cm da arcada dentária superior com 1,5 cm de diâmetro e comunicando a luz esofágica à da traquéia. Na broncoscopia, nota-se trajeto fístuloso na parede posterior da traqueia, a 3cm das pregas vocais e com 1cm de extensão. Devido aos sinais encontrados próximos à traqueostomia, o diagnóstico foi de FTE iatrogênica. A paciente foi submetida a conduta pré operatória com ATB oral, por 20 dias, e fisioterapia respiratória, por 10 meses, também foi realizada gastrostomia. A cirurgia ocorreu em um mesmo tempo anestésico, foi realizada cervicotomia em colar + traqueoplastia + esofagorrafia com drenagem em tubo T e cervical. A paciente foi extubada ao final do procedimento. A paciente evoluiu sem complicações no PO e permaneceu internada por 15 dias. A broncoscopia do 7° PO apresentou anastomose traqueolaringo-traqueal termino-terminal compatível com status pós cirúrgico sem complicações. A retirada do dreno cervical foi realizada no 30° PO e no 75° PO a gastrostomia foi retirada. Paciente apresenta-se atualmente em PO de 11 meses sem recidiva e intercorrências. DISCUSSÃO Cerca de 75% das fístulas FTEs não oncológicas são decorrentes de intubação prolongada, entretanto, é uma complicação com incidência baixa de 0.4% a 3%. A conduta pré operatória consiste na reabilitação pulmonar para evitar a ventilação mecânica no PO e a prevenção de infecções. Os pacientes sem necessidade de suporte ventilatório apresentam mortalidade entre 0.5% a 10.5%, os pacientes com demanda de ventilação apresentam mortalidade de 18.9. Além disso, a infecção pulmonar de repetição (por broncoaspiração) é a principal complicação da FTE. A cirurgia de eleição foi de tempo único, realizada por cervicotomia com ressecção + anastomose. Esta abordagem é preferível à ressecção simples pois apresenta menor reincidência. As complicações comuns são: deiscência anastomótica, enfisema e pneumomediastino.

028 GOSSYPIBOMA SIMULANDO NEOPLASIA

VAGO, LARA MARIA; ATHAYDE, LUDMILA SILVA; OLIVEIRA, FERNANDA PAZ DE; DE LIRA, JOANA MARIA BEZERRA; KANSO, MARIAN LAMANA; JUNIOR, RUBENS RIBEIRO DA SILVA; PEREIRA, RODRIGO SANTOS; FARIA, PAULA ALMEIDA; LIMA, MARIANA LAFETA; FARESIN, SONIA;
UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Gossypiboma refere-se a um material inabsorvível deixado acidentalmente dentro da cavidade do corpo de um paciente durante uma operação. Estima-se incidência 1: 1.000 a 10.000 operações, sendo o sítio abdominal o mais comum. O objetivo é de relatar o caso de uma paciente jovem portadora de massa torácica cuja suspeita inicial era de neoplasia pulmonar ou mediastinal. Relato de caso: Feminina, 40 anos, com histórico de febre reumática e acometimento cardíaco aos nove anos, submetida à três trocas valvares, sendo a última há dois anos com evolução para empiema e necessidade de decorticação pleural. Relata que há oito meses iniciou tosse seca e dispneia progressiva, atualmente aos mínimos esforços, que piora em decúbito zero, sem fator de melhora. Há três meses relato de hemoptise, principalmente após tosse, associada à perda ponderal de seis quilos e episódios de febre esporádicos. Foi transferida de serviço externo para investigação de dispneia com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada. Ao exame físico, apresentava crepitações finas em base esquerda e sopro em foco aórtico e aórtico acessório 3+/6+, click metálico mitral e aórtico, edemas de membros inferiores bilateralmente 3+/4+. No ecocardiograma observou-se fração de ejeção de 35%, hipocontratilidade difusa, câmaras cardíacas direitas aumentadas em grau importante com contratilidade do ventrículo direito diminuída em grau importante e septo ventricular retificado com movimentação paradoxal, já na tomografia de tórax havia massa mediastinal adjacente à parede lateral do ventrículo esquerdo com compressão extrínseca do mesmo e redução da luz ventricular, após duas biópsias transtorácicas e uma por radiointervenção inconclusivas, foi optado por toracotomia exploradora à esquerda, para realização de biópsia incisional e o histopatológico de congelação no intraoperatório afastou malignidade. A exploração da lesão demonstrou grande quantidade encapsulada de coágulos e fibrina. Posteriormente foi confirmado no exame anatomopatológico presença de reação gigantocelular frequente do tipo corpo estranho. No pós-operatório, paciente apresentou choque cardiogênico e necessidade de droga vasoativas em doses altas, evoluindo para óbito. Discussão: Gossypiboma deve ser incluído entre os diagnósticos diferenciais de massa torácica em pacientes submetidos a procedimento cirúrgico prévio no tórax. Em cerca de 50% das vezes seu diagnóstico ocorre antes da alta hospitalar, mas há casos descritos até 40 anos depois de uma operação. O tempo para início dos sintomas é variável e a retirada do corpo estranho está indicada em pacientes sintomáticos.

029 LESAO OSSEA ESTERNAL E COSTAL POR IMUNOGLOBULINA G4

GARCIA KIMURA, MARIA BEATRIZ; CUNHA, CRISTAL GEOVANA BARUFF DE BRITO; NETO, VICENTE DORGAN; GOMEZ, SILVANA DANIELA CESPEDES; CASTILHO, ANDRESSA BEBER; FONTANA, MARIANA PRADO; JUNIOR, ROBERTO SAAD; DE MORAIS, DANILO SILVA; DE SOUZA, MARIA ALICE; BOTTER, MÁRCIO;
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Hospital Central - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução A doenc'a relacionada à IgG4 (IgG4-RD) é uma condição sistêmica e imunomediada de caráter crônico, caracterizada por um processo fibroinflamatório. Suas características histopatológicas incluem infiltrado linfoplasmocitário denso, com plasmócitos IgG4+ abundantes, flebite obliterante e fibrose estoriforme, na qual as células inflamatórias se organizam em forma de "roda". A epidemiologia dessa condição ainda carece de precisão, porém, é observada uma maior prevalência em homens com mais de 50 anos. Relato de Caso Paciente, 53 anos, sexo masculino, foi encaminhado à Equipe de Cirurgia Torácica da Santa Casa de São Paulo após internação por abscesso esternal em um serviço parceiro. Apresenta histórico de internação prolongada por tuberculose associada a pneumonia e insuficiência respiratória em setembro de 2022 com tratamento finalizado em fevereiro de 2023. Durante essa internação, o paciente relatou o início de tosse crônica com secreção esverdeada e dispneia aos médios esforços, sintomas que persistiram até o momento da avaliação que se estende até a presente avaliação. Ao procurar atendimento médico, apresentava abscesso esternal de crescimento progressivo e secreção purulenta após tentativa de drenagem caseira. Ao exame físico, exibia regular estado geral, palidez (2+/4+), desidratação discreta (1+/4+), afebril, emagrecido, saturação de oxigênio em ar ambiente de 95%, dor e hiperemia na região do rebordo costal esquerdo, murmúrios vesiculares audíveis bilateralmente na ausculta pulmonar, presença de estertores, porém sem desconforto respiratório. A biópsia aberta do esterno foi realizada, juntamente com exames complementares, incluindo cultura e tomografia de tórax, para investigar a possibilidade de uma nova tuberculose pulmonar. A análise anatomopatológica revelou um processo inflamatório crônico, com proliferação fibrosa intensa de padrão estoriforme, infiltrado linfoplasmocitário denso IgG4+, flebite obliterante e relação IgG4/IgG<10%. Não foram identificados indícios de neoplasia. A tomografia evidenciou lesões expansivas junto às articulações esternocostais, de aparência inespecífica. O paciente encontra-se atualmente estável, aguardando a dosagem laboratorial de IgG4 para confirmação diagnóstica e definição terapêutica. Discussão A IgG4-RD pode acometer diversos tecidos, sendo pâncreas, ducto biliar, glândulas salivares maiores, glândulas lacrimais, retroperitônio e ductos linfáticos os mais frequentes. No contexto pulmonar, a manifestação varia de assintomática a sintomas como dispneia, tosse crônica, dor torácica e hemoptise. O tratamento padrão consiste em corticosteroides, geralmente administrados por cerca de 2 meses, seguidos de redução gradual. O diagnóstico é confirmado por biópsia da lesão e dosagem de IgG4, enquanto o prognóstico varia conforme o órgão afetado e a extensão do comprometimento.

030 LOBECTOMIA EM LACTENTE PARA TRATAMENTO DE CISTO BRONCOGENICO: UM RELATO DE CASO

DA SILVA, JULIANA RESENDE; RODRIGUES, ISAAC DE FARIAS SOARES; DE FARIA, CELSO MURILO NALIO MATIAS; NIETMANN, HENRIQUE; CANOVAS, THAIS DELLA ROVERI;
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil; Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil;

Este relato tem como objetivo descrever o diagnóstico e tratamento cirúrgico do cisto broncogênico congênito em lactente de dois meses, com diagnóstico intrauterino e tratamento cirúrgico precoce devido piora infecciosa. Lactente pré-termo, sexo feminino, gemelar, natural de São José do Rio Preto/ São Paulo, aos 13 dias de vida, retorna ao hospital com sintomas gripais e taquipneia Mãe relata que a mesma nasceu de parto cesariana, 36 semanas, APGAR 9/10, peso 2.920 g, sem outras intercorrências durante. Durante o pré-natal foi realizado diagnóstico de cisto pulmonar à direita em ultrassonografia o qual foi complementado com ressonância magnética, confirmando a hipótese. Ao exame físico apresentava-se ativa e reativa, com ausculta diminuída à direita. Realizada tomografia de tórax com achado de lesão cística ocupando o hemitórax direito com nível, além de exames complementares, os quais não evidenciaram qualquer alteração. Foi avaliada por equipe da cirurgia torácica e pediátrica, sendo optado por manter acompanhamento ambulatorial até ganhar peso e completar um ano para programação cirúrgica. Retorna em pronto atendimento, aos dois meses, com genitora referindo que a filha iniciou quadro de febre, tosse e coriza com piora progressiva, sendo optado por internação em leito de unidade de terapia intensiva, progredindo para insuficiência respiratória e optado por intubação orotraqueal. Descartada bronquiolite ou infecção por COVID-19, realizada nova tomografia de tórax que apresentou aumento e piora da característica do cisto e do líquido, sendo indicado tratamento cirúrgico. No intraoperatório foi realizada a punção e esvaziamento do cisto, com líquido de aspecto hemático e lobectomia superior direita. Paciente evoluiu em pós-operatório, com episódio de pneumotórax após retirada de dreno no 4º dia, sendo realizado nova drenagem de tórax. Evoluiu sem outras intercorrências e recebeu alta em 14º dia, sem dreno e sem queixas. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico foi de cisto broncogênico com margens livres. Em segmento ambulatorial vem apresentando boa evolução clínica. O cisto broncogênico é uma lesão congênita mediastinal, de comportamento benigno, que apesar de raro está entre 50-60% das lesões mediastinais. Mais comum no sexo masculino e está localizado principalmente no lobo inferior, podendo estar localizado em qualquer parte do tórax. É considerado de difícil diagnóstico no nascimento, mas em alguns casos pode ser identificado no pré-natal através do ultrassom. O tratamento de escolha é o cirúrgico para aquelas crianças sintomáticas, sendo a abreviação dele de extrema importância em casos selecionados a fim de diminuir tempo de internação e resolução de quadros infecciosos.

031 MASSA EM PAREDE TORÁCICA ANTERIOR SIMULANDO TUMOR DE MAMA

FIUZA, OTAVIO ROCHA; PERFEITO, JOÃO ALESSIO JULIANO; MIOTTO, ANDRE; TAKAHASHI, LIVIA AKEMI RAMOS; PERES, VINICIUS MANSUETO; DE ALMEIDA , VITORIA CRISTINA; DE MORAES, LUISA BEISMAN; RIMOLDI, VINICIUS DOMINGO SARTORI; DE OLIVEIRA , ANDERSON; IMAEDA, CARLOS JOGI; FERREIRA, RIMARCS GOMES; FILHO, RONALDO MODESTO DE SOUZA; ARIDA, VANESSA EL MIR; NETO, ERNESTO EVANGELISTA;
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa da relevância: Tumores próximos à região mamária deixam dúvidas sobre sua origem, esse relato mostra a dificuldade diagnóstica e também de decisão e tratamento. História atual e pregressa Paciente feminina, 62 anos, encaminhada de unidade básica de saúde ao ambulatório de mastologia, com história de nódulo na mama direita com crescimento progressivo há 3 anos e sem sintomas. A paciente foi inicialmente acompanhada pela equipe da mastologia e durante a avaliação por imagem, foi constatada que a massa de 7,0 cm de diâmetro possuía localização retropeitoral, com isso foi encaminhada à equipe de cirurgia torácica. Queixava-se de redução da mobilidade e dor à movimentação do braço direito. Foi identificada relação de proximidade com as costelas. Exame físico No exame geral não foram identificadas alterações. No exame específico das mamas e parede torácica anterior, foi identificada massa de aproximadamente 7,0 centímetros de diâmetro, localizada na face lateral do músculo peitoral maior direito e posterior à mama, móvel em maior parte. Exames complementares As mamografias prévias constataram uma lesão que simulava um tumor de mama com crescimento progressivo. Nas avaliações recentes, a ressonância magnética evidenciou uma massa de 4,4 x 5,1 x 6,5 cm de dimensão e localização retropeitoral, próxima aos arcos costais e deixando dúvida sobre o envolvimento das costelas. Realizada biópsia por agulha grossa, cujo anatomopatológico (AP) evidenciou presença de tecido adiposo, sem atipias. Diagnóstico Massa adiposa, com crescimento lento. Evolução Foi submetida à ressecção operatória. A lesão mostrava-se encapsulada, apenas com um ponto mais aderido no espaço intercostal anterior, sem sinais de invasão. Após a exérese da massa, foi realizado exame AP e estudo imuno-histoquímico, que mostrou tumor lipomatoso atípico (lipossarcoma bem diferenciado) com S100, Ki67 (presente em cerca de 2% das células) e CD34 (presente em vasos) positivos. Discussão Os tumores lipomatosos atípicos ou lipossarcomas bem diferenciados devem ser ressecados completamente quando possível. Essas lesões com crescimento lento, podem ter aspecto de benignidade nos exames de imagem, mas frente ao crescimento devemos agir. A localização retropeitoral identificada neste caso é um achado pouco frequente em doenças do tecido adiposo. A biópsia que mostrou ausência de sinais de atipias não é infrequente e pode dificultar o diagnóstico correto da lesão, principalmente pelo pouco tecido representado. O tratamento de escolha é a ressecção completa, como foi realizado nesta paciente. Chamamos atenção também à necessidade de exame cuidadoso em lesões próximas às mamas, principalmente aquelas que mostram algum grau de aderência ou maior proximidade com a parede torácica. Nem sempre lesões que se projetam na região mamária, são realmente tumores de mama. A Ressonância Magnética ajudou bastante na definição da origem neste caso.

032 NEOPLASIA CONDROBLASTICA APRESENTANDO-SE COMO NODULO PULMONAR - RELATO DE CASO

AGUIAR, IVANA TEIXEIRA DE; MARINHO, ANA RACHEL KOURY; FURLAN, ISADORA RUBIRA; XIMENES, AGLAIA MOREIRA GARCIA; REIS, TARCISIO ALBERTIN DOS; CATANEO, DANIELE CRISTINA; RUIZ JUNIOR, RAUL LOPES; CATANEO, ANTONIO JOSE MARIA; HASIMOTO, ERICA NISHIDA;
FMB-UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Objeitovo: Relatar um raro caso de neoplasia condroblástica, que se apresentou como nódulo pulmonar único. Relato: Mulher de 58 anos, com história de tosse seca e dispneia após infecção por COVID-19 há 2 anos. Relata perda de peso não intencional de 14 kg, nos últimos 8 meses. Paciente ex-tabagista (40 anos-maço) abstinente há 6 anos e sem outras comorbidades. Devido a não melhora das queixas respiratórias, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de tórax, na qual foi identificado um nódulo pulmonar de 6 mm, no lobo superior direito, sendo inicialmente optado por seguimento radiológico. Em nova TC de tórax, um ano após, as dimensões do nódulo haviam aumentado, com a maior medida de 10 mm. Foi optado por realizar biópsia percutânea guiada por TC cujo anatomopatológico foi compatível com neoplasia condroblástica de baixo grau. Apesar da lesão ser pequena e considerada benigna, devido ao aumento, foi indicada ressecção da lesão. Paciente foi submetida a quadrantectomia em lobo superior direito e linfonodomegalia mediastinal. O anatomopatológico da peça confirmou a neoplasia. O procedimento foi sem intercorrências, com saque de dreno torácico em 3° dia pós operatório e alta no 4° dia. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com a especialidade, com boa evolução pós operatória.

033 PAPEL DO INDICE DE RISCO CARDIACO REVISADO NA AVALIAÇAO PRE-OPERATORIA DE CANDIDATOS A RESSECÇAO PULMONAR PARA TRATAMENTO CIRURGICO DO CANCER DE PULMAO

TENCARTE, SARA RAMILO; SILVA, AMANDA PORTELA; DOURADO, ISABELLA METRAN; BEDIN, DANIELLE CRISTINE CAMPOS; PINHEIRO, LIANA; FARESIN, SONIA MARIA;
UNIFESP / EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Faz parte da avaliação pré-operatória de candidatos a ressecção pulmonar para tratamento cirúrgico do câncer de pulmão aplicar o índice de risco cardíaco revisado (ThRCRI), uma ferramenta de triagem para selecionar pacientes que necessitem ser encaminhados para avaliação cardiológica especializada. De acordo com o escore obtido, os pacientes podem ser agrupados em quatro diferentes classes de risco e quanto maior o escore maior o risco de ocorrência de eventos cardíacos desfavoráveis capazes de impactar nas taxas de mortalidade pós-operatória. Objetivo: Relatar o caso de um paciente idoso cujo teste de exercício cardiopulmonar máximo (TECPmáx) identificou limitações cardiocirculatórias a despeito da classificação de baixo risco obtida no ThRCRI. Relato de caso. Masculino, 79 anos, portador de HAS, DM não insulinodependente, DPOC GOLD 1A, ex-tabagista há 20 anos com carga tabagística 30 anos.maço. Refere dispneia aos médios esforços (mMRC1) e tosse produtiva com expectoração clara há vários anos. Realizou TC de tórax para rastreio de neoplasia pulmonar sendo visualizado nódulo interfissural a direita medindo 1,5 x 1,0 cm. Material obtido por biópsia transtorácica não foi conclusivo. Em virtude da forte suspeita de malignidade, o paciente foi encaminhado para avaliação pré-operatória de operabilidade, com a proposta de ressecção do lobo inferior direito e lobo médio. Aplicado o ThRCRI obteve-se pontuação igual a zero que significa baixo risco para ocorrência de complicações cardíacas no pós-operatório. A seguir, calculou-se o VEF1 ppo e o DLCO ppo, 54% e 58% do previsto, respectivamente. Valores abaixo de 60% indicam a necessidade de realizar o TECPmáx, que evidenciou os seguintes resultados: VO2 máx = 16,6 ml/Kg/min; “V’E/”V’CO2 PCR = 51; presença de sinais de limitação cardiocirculatória central caracterizado por taquicardia reflexa no período de recuperação; relação VO2/carga reduzida e desaceleração após ponto de compensação respiratório associado a resposta isquêmica eletrocardiográfica. Dessa forma, paciente foi encaminhado para avaliação cardiológica especializada antes da ressecção pulmonar. Conclusão: Embora o ThRCRI venha sendo recomendado por diretrizes internacionais como uma ferramenta de fácil aplicação e com capacidade de identificar candidatos a ressecção pulmonar que devam ser encaminhados para avaliação cardiológica especializada, convêm lembrar que a maioria dos pacientes portadores de câncer de pulmão são pneumopatas e apresentam outras comorbidades que podem dificultar a ocorrência de sintomas cardíacos que certamente indicariam avaliação especializada.

034 PERFIL CLINICO E CIRURGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A METASTASECTOMIAS PULMONARES POR SARCOMAS

MACHADO, LUCAS BRUSCATTO; SOUSA, KAREN GUERRA; BOTTER, MARCIO; JUNIOR, ROBERTO SAAD; CASTILHO, ANDRESSA BEBER; CUNHA, CRISTAL GEOVANA BARUFF BRITO; GOMEZ, SILVANA CESPEDES;
FCMSCSP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: Sarcomas são um grupo heterogêneo de tumores mesenquimais que podem ocorrer em qualquer idade e são raros, com propensão à disseminação hematogênica. Pacientes com apenas doença pulmonar parecem ter uma chance de sobrevida livre de eventos a longo prazo na ordem de 20-30%. A ressecção de metástases pulmonares é um procedimento com potencial curativo e pode resultar em aumento de sobrevida em pacientes adequadamente selecionados. Estudar os resultados dessa cirurgia contribui para a identificação dos pacientes com maior indicação para o procedimento. Objetivos: Avaliar parâmetros que podem se relacionar a uma melhor sobrevida de pacientes submetidos à ressecção pulmonar por metástases de sarcomas no Departamento de Cirurgia Torácica da Santa Casa de São Paulo, que podem identificar fatores prognósticos associados a melhor sobrevida. Métodos: Estudo restrospectivo, transversal, realizado no Departamento de Cirurgia Torácica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Através da análise de prontuários, foram avaliados os pacientes submetidos a metastasectomias pulmonares por sarcomas de diferentes tipos histológicos entre os anos 2008 e 2022. As principais variáveis estudadas foram: subtipo histológico, tempo entre o tratamento do tumor primário e o tratamento das metástases pulmonares, recorrência da doença metastática pulmonar e em outros sítios, se houve tratamento cirúrgico da recorrência pulmonar, número e tamanho das lesões pulmonares, lateralidade, história de quimioterapia e radioterapia. Resultados: Foram encontrados 24 pacientes submetidos à metastasectomia pulmonar por sarcomas de diferentes histologias, dos quais 2 foram excluídos, 1 por tratar-se de sarcoma primário pulmonar e 1 por não ter controle do tumor primário, totalizando, então, 22 pacientes avaliados. Número de nódulos retirados na primeira abordagem: um em 45,4%; dois em 27,2%; três em 18,1%; cinco em 4,5%; 7 em 4,5%. Recorrência pulmonar ocorreu em 64% dos pacientes e, destes, 42,8% realizaram nova metastasectomia pulmonar (os demais tiveram grande quantidade de novos nódulos, impedindo controle local numa segunda abordagem). Metástases extratorácicas ocorreram em 3 pacientes (13,6%). 59% dos pacientes realizaram apenas uma cirurgia pulmonar; 31,8% realizaram duas; 4,5% três; e 4,5% quatro. Foi encontrada uma mediana de 24 meses (1-168) entre a cirurgia do tumor primário e a ressecção pulmonar. Foi encontrada sobrevida global média de 40 meses e mediana de 24 meses (3-168). Conclusões: Apesar de ser um tratamento muito importante, a metastasectomia pulmonar para sarcomas precisa de uma boa indicação, pois não é isenta de riscos. Cada vez mais estudos estão avaliando como devem ser selecionados os pacientes, buscando os principais fatores prognósticos, considerando o potencial curativo do procedimento e o aumento na sobrevida dos doentes.

035 PERFIL DOS PULMOES DISPONIBILIZADOS PARA TRANSPLANTE EM SAO PAULO: ESTAMOS EVOLUINDO?

CHENG, FERNANDA YOU CHIE; ARAI, EMILY MIE; GALLAFASSI, ENZZO ALMEIDA; JUNIOR, OSWALDO GOMES; NAKAHIRA, EVELYN SUE; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI;
Faculdade Israelite de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A taxa de aproveitamento de pulmões é uma das mais baixas nos doadores de múltiplos órgãos . De acordo com o dimensionamento dos Transplantes no Brasil, realizado pela ABTO, a taxa por milhão de população (pmp) de transplantes de pulmão realizados de 2021 e 2022 foi de 0,4 e 0,5 respectivamente, um número baixo em comparação a outros órgãos transplantados. Além disso, ainda há um desequilíbrio importante entre o número estimado de transplantes necessitados e o daqueles realmente realizados. Objetivos: O objetivo do trabalho é avaliar o perfil dos doadores de pulmões notificados identificando taxa de aproveitamento dos transplantes, percentual de avaliação in loco, taxas de recusa e seus motivos e necessidade de exames adicionais, comparando-os com as informações do Sistema da Central Estadual de Transplantes de São Paulo (CET-SES/SP). Métodos: Estudo retrospectivo com inclusão das notificações (oferta ou consulta de interesse) de doadores de pulmões enviadas para centro único de julho 2021 a junho 2022. Excluídas notificações de transplante duplo coração-pulmão. Resultados: Foram 586 notificações de doadores incluídas. Dessas, 89,4% foram recusados e 10,6% foram aceitas para avaliação in loco (4,1% por outras equipes e 6,5% pela nossa equipe). De 38 doadores avaliados, 25 foram efetivados para transplante pela nossa equipe (4,2%). O motivo para recusa foi: 73,3% gasometria alterada; 52,1% imagem alterada; 16,6% infecção. Solicitada gasometria adicional em 23,7% dos doadores; radiografia de tórax em 9% e tomografia em 10,4%. A P/F (pO2/FiO2) média foi de 226,4. No mesmo período, segundo a CET-SES/SP, foram 2164 pulmões ofertados ou 1082 doadores e taxa de efetivação de 5,5%. Conclusões: Considerando utilização de 19,2% nos Estados Unidos, a do Estado São Paulo ainda se mantém baixa (5,5%). Para tentativa de aumento do aproveitamento dos pulmões, solicitamos exames adicionais além dos dados da notificação. Porém, os motivos de recusa ainda permanecem, baixa razão PaO2/FiO2, alteração radiológica e infecções, denotando cuidado inadequado aos doadores. Preocupante é o fato desta taxa de utilização não ter melhorado com os anos, mantendo estabilidade desde 2005, apesar do aumento do número de doadores notificados. Portanto, é fundamental a melhoria dos cuidados ao potencial doador, especialmente de pulmão, para aumento real do número de pacientes beneficiados pelos transplantes.

036 RECUPERAÇAO DE LESAO BILATERAL DO NERVO FRENICO APOS TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL

ARAI, EMILY MIE; CHENG, FERNANDA YOU CHIE; GALLAFASSI, ENZZO DE ALMEIDA; NAKAHIRA, EVELYN SUE; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; JUNIOR, OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI;
Faculdade israelita de ciências da saúde albert einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Objetivo: Relato de caso de paciente com paralisia diafragmática pós transplante pulmonar, sendo essa, uma complicação que aumenta a morbi-mortalidade. Entretanto, apesar dessa intercorrência, paciente apresentou evolução satisfatória a longo prazo. Resumo: O diafragma contribui com 30 a 60% do volume corrente e o nervo frênico é o único suprimento motor. A incidência de lesão do nervo frênico após transplante pulmonar é relatada de 3% a 40%. Este caso descreve um paciente com paralisia diafragmática bilateral e dificuldade de desmame da pressão positiva. Paciente do sexo feminino, de 44 anos, com doença pulmonar intersticial associada à artrite reumatoide listada para transplante pulmonar. Apresentava dispneia para atividades diárias, porém, sem necessidade de oxigênio suplementar. Apresentava como prova de função pulmonar VEF1 de 0,8 e CVF 1. Durante a cirurgia, não houve dificuldade em identificar os pontos anatômicos. Gelo triturado envolto por compressa foi colocado na cavidade torácica do receptor para evitar que o enxerto aquecesse durante o implante. O implante foi realizado da direita para a esquerda com um tempo de isquemia de 360 minutos e 585 minutos, respectivamente. Os enxertos tiveram funcionamento adequado. No pós-operatório evoluiu com paralisia diafragmática bilateral, sendo o lado direito mais afetado que o esquerdo. Oito dias após o transplante, foi realizada traqueostomia por dificuldade em desmame de ventilação mecânica. Logo após, o paciente ficou confortável com o uso do BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure). Gradualmente, o diafragma esquerdo voltou à contração adequada, mas nenhuma alteração satisfatória foi observada no lado direito. Ademais, a paciente desenvolveu intensa ansiedade relacionada à respiração sem BiPAP. A eletroneuromiografia realizada dois meses após o transplante, revelou ausência de condução no nervo frênico direito e reduzido potencial de ação motora no esquerdo. Após três meses de transplante a paciente passou a respirar sem necessidade de pressão positiva. A traqueostomia foi removida e a paciente recebeu alta no 112º dia de pós-operatório, sem suplementação de oxigênio ou pressão positiva. Seis meses após o transplante realizou nova prova de função pulmonar com VEF1 1,4 e CVF 1,73. Isso mostrou que apesar da paralisia diafragmática bilateral em pós operatório imediato, houve aumento significativo da função pulmonar em relação aos valores pré transplante. A paralisia diafragmática é uma complicação do transplante pulmonar que aumenta a morbi-mortalidade, e uma das causas de lesão do nervo frênico é o dano térmico causado pelo gelo utilizado na cirurgia. A paralisia diafragmática pode ter recuperação gradual pós transplante. Em casos de dependência de pressão positiva a longo prazo, considera-se tratamento cirúrgico com plicatura ou implante de marca-passo diafragmático.

037 RESSECÇAO CIRURGICA DE CANCER DE PULMAO EM SITUAÇAO DE ALTA COMPLEXIDADE CLINICA

HARATI , WASSIM ZAYAN; BOTTER, MARCIO; FONTANA, MARIANA PRADO; JUNIOR, ROBERTO SAAD; GOMEZ, SILVANA DANIELA CESPEDES; CUNHA, CRISTAL GEOVANA BARUF BRITO; SAKAE, RODRIGO TOSHIO; CASTILHO, ANDRESSA BEBER;
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)) - São Paulo - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO Há varias décadas a lobectomia tem sido a principal abordagem cirúrgica ao câncer de pulmão, todavia, estudos recentes têm mostrado a igual eficiência da segmentectomia em pacientes com baixa reserva cirúrgica. O presente trabalho tem como objetivo descrever uma ressecção cirúrgica de câncer de pulmão em situação de alta complexidade clínica RELATO DE CASO Paciente OFS, masculino, 75 anos chega ao PS do nosso hospital há um ano com queixa de 5 episódios de febre na última semana, astenia, inapetência e tremores. Refere HAS, DM e como antecedentes pessoais uma nefrectomia por FAF- 1988, transplante de fígado (2011) por hepatite C, transplante renal (2013) por insuficiência renal crônica não dialítica por imunossupressores, criptococose cutânea resolvida- 2015 Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax com a identificação de algumas pequenas áreas com opacidades em vidro fosco, esparsas, inespecíficas. Surgimento de múltiplos nódulos pulmonares esparsos e bilaterais, de contornos irregulares, alguns escavados, inespecíficos, levantando suspeita de embolia séptica ou acometimento neoplásico secundário. Foi encaminhado para a equipe de cirurgia torácica que solicitou TC de tórax que identificou um aumento da quantidade e das dimensões dos múltiplos nódulos pulmonares esparsos e bilaterais de contornos irregulares, alguns com maior componente escavado, o maior localizado na base esquerda medindo 1,7 x 1,4 cm. Foi optada mini toracotomia esquerda, nodulectomia e dreno tubular N28 em selo d'água com a biópsia de congelação com resultado confirmado para criptococose pulmonar, iniciando tratamento com fluconazol por um ano Retorna após tratamento para avaliar eficácia sendo pedido TC de Tórax evidenciando significativa redução no número e nas dimensões dos nódulos pulmonares, nódulos raros e esparsos. Destaca-se um deles, no segmento basal medial do lóbulo inferior esquerdo (LIE) apresentou discreto aumento e contornos mais irregulares com algumas estriações em direção a pleura, medindo 1,3 cm, suspeito para lesão neoplásica primária. Nódulo em vidro fosco no segmento basal posterior do lobo inferior direito medindo 0,7 cm, inespecífico. Nódulo calcificado no lobo superior direito, residual Efetuada biópsia de urgência com diagnóstico anatomopatológico e histoquímico de adenocarcinoma papilífero de provável sítio primário em pulmão em LIE, TTF1 +, CK7 +, CK20 -, tireoglobulina negativa. Foi indicada toracotomia esquerda, segmentectomia basal de LIE, linfadenectomia de cadeia 7 e 9 e drenagem de tórax; congelação com margens cirúrgicas livres Paciente evoluiu satisfatoriamente recebendo alta após 1 semana DISCUSSÃO Em primeiro momento, o diagnóstico de criptococose pulmonar mascarou nódulos malignos no pulmão esquerdo que foram diagnosticados, posteriormente, como adenocarcinoma papilífero. Devido à complexidade clínica do paciente, foi optado pela realização da segmentectomia basal de LIE à lobectomia, a fim de minimizar complicações

038 RESSECÇAO CIRURGICA DE LESAO ACTINICA DE PAREDE TORACICA POS-RADIOTERAPIA: RELATO DE CASO.

KOURY, ANA RACHEL; KOURY, ANA RACHEL; AGUIAR, IVANA TEIXEIRA; AGUIAR, IVANA TEIXEIRA; HASIMOTO, ERICA NISHIDA; HASIMOTO, ERICA NISHIDA; FURLAN, ISADORA RUBIRA; FURLAN, ISADORA RUBIRA; XIMENES, AGLAIA MOREIRA GARCIA; XIMENES, AGLAIA MOREIRA GARCIA; REIS, TARCISIO ALBERTIN; REIS, TARCISIO ALBERTIN; LIMA, MONICA LOUISE OLIVEIRA; LIMA, MONICA LOUISE OLIVEIRA; RUIZ JR, RAUL LOPES; RUIZ JR, RAUL LOPES; CATANEO, DANIELE CRISTINA; CATANEO, DANIELE CRISTINA; CATANEO, ANTONIO JOSE MARIA; CATANEO, ANTONIO JOSE MARIA; MORANGAS, WEBER RIBOLLI; PALHARES NETO, ARISTIDES AUGUSTO;
Universidade Estadual Paulista - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Objetivo: Relatar o caso de paciente com lesão actínica em parede torácica anterior, pós-radioterapia por câncer de mama, submetida a toracectomia e reconstrução da parede torácica com tela e retalho. Relato do caso: Mulher de 47 anos, parda, com histórico de carcinoma ductal invasivo de mama à esquerda, submetida a mastectomia e linfadenectomia axilar há 3 anos, seguido de hormonioterapia e 25 sessões de radioterapia com proposta curativa. Ao término da radioterapia evoluiu com queimadura na parede anterior do hemitórax esquerdo, na altura do 4º arco costal esquerdo, de aspecto ulcerado, com exposição óssea, de difícil cicatrização. A paciente referia aumento progressivo da lesão e dor crônica intensa. Devido risco de recidiva tumoral foi realizada biópsia em dois momentos, que demonstrou lesão livre de neoplasia. Foi encaminhada pela equipe da mastologia para a cirurgia torácica para avaliação quanto a possibilidade de ressecção da lesão. O caso foi discutido em conjunto com a cirurgia plástica sendo decidido por abordagem cirúrgica. A paciente foi submetida a costectomia parcial do 3º, 4º e 5º arcos e retirada da peça em bloco, devido aderências firmes do parênquima pulmonar na topografia da lesão, optou-se por alocar dois drenos de tórax para melhor vazão da fístula aérea. Foi aplicada tela de polipropileno dupla face em toda a área da parede torácica ressecada. Em seguida foi abordada pela equipe da cirurgia plástica para reconstrução da parede com retalho do músculo reto abdominal. No pós-operatório paciente evoluiu com isquemia e deiscência na borda supero-medial do retalho, com necessidade de reabordagem pela cirurgia plástica após 2 meses para desbridamento e ressutura do retalho. Evoluiu novamente com necrose e deiscência da borda superior do retalho, com cicatrização sem sucesso mesmo após o uso de curativo à vácuo. Após um mês apresentou saída de secreção purulenta, com culturas positivas para pseudomonas e E. coli. Optado, então, por reabordagem em conjunto para retirada da tela infectada e novo desbridamento e ressutura do retalho. Paciente evoluiu com nova deiscência da borda superior da ferida operatória, porém sem sinais infecciosos. Mantém seguimento ambulatorial, com realização periódica de curativo, apresentando boa cicatrização e redução progressiva da área de deiscência. Paciente apresentou melhora da dor local e resultado estético satisfatório.

039 RESSECÇAO TUMORAL DE CONDROSSARCOMA RARO EM PAREDE TORACICA: UM RELATO DE CASO

BACHICHI, THIAGO GANGI; PAZETTI, THAMIRES FERNANDES; KUCHARSKI, GABRIELA YAMADA; SANTOS, TIAGO DA SILVA; BACHICHI, DAVI GANGI; JUNIOR, TONY TOBIAS; MARCHI, EVALDO;
Faculdade de Medicina de Jundiaí - Jundiaí - São Paulo - Brasil; Hospital de Caridade São Vicente de Paulo - Jundiaí - São Paulo - Brasil;

Os condrossarcomas são tumores malignos prevalentes entre a quarta e sexta décadas de vida, ocupando 20% dos sarcomas ósseos e, identificam-se o mais comum em adultos. A ressecção cirúrgica do condrossarcoma primário de parede torácica leva a um bom desfecho, com menores probabilidades de recidivas e metástases. Deste modo, o trabalho oferece uma abordagem bem sucedida a ser utilizada como precedente em futuros casos e que contribuirá para aprimorar o diagnóstico e a abordagem terapêutica garantindo uma melhor qualidade de vida aos indivíduos acometidos. Neste trabalho é descrita ressecção de condrossarcoma em arcos costais realizado no Hospital de Caridade São Vicente de Paulo – Jundiaí, em paciente feminina, 23 anos, com história prolongada de diagnostico de osteocondroma, ressecções anteriores, recidiva tumoral e histórico genético familiar, que procurou atendimento devido percepção do novo tumor torácico há um ano com crescimento importante nesse tempo. Refere que iniciou dor em hemitórax esquerdo com irradiação para região interescapular e parestesia de MSD. Ao exame físico, apresentava abaulamento proeminente em região torácica superior esquerda e RNM indicou lesão expansiva em arco costal com reação osteohipertrofica, e cintilografia óssea com projeção do arco costal de aspecto insuflativo e grau acentuado. Realizada biópsia por videotoracoscopia, com anatomopatológico e imunohistoquimica indicativos de tumor cartilaginoso de baixo grau, sem diferenciação. Devido evolução para piora dos sintomas, optou-se por toracotomia para ressecção de tumor e toracoplastia através de incisão paraesternal e inframamária. Foi retirada lesão após desinserção do músculo peitoral maior e ressecada massa e arcos costais, que foram fixados com placas metálicas. A reconstrução da parede torácica foi realizada com tela de marlex. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou condrossarcoma grau 1, lesões bem diferenciadas e de baixo grau que acometem principalmente ossos longos e crescem lentamente com recidiva local. No caso estudado, após avaliação oncológica, foi excluída a necessidade de quimio ou radioterapia, tendo sido a excisão cirúrgica ampla com margens livres de tumor suficiente. A paciente apresentou boa recuperação devido reconstrução da parede torácica estável e preservação de funcionalidade do membro superior. Conforme descrito na literatura, a boa cobertura muscular e a estabilização do gradil costal, oferecem redução do tempo de internação. A paciente evoluiu com princípio de quadro infeccioso abordado por videotoracoscopia e vigilância infecciosa, sem outras intercorrências e boa evolução.

040 RESULTADOS DA CIRURGIA TRAQUEAL DOS PACIENTES COM INTUBAÇAO PROLONAGADA DEVIDO COVID-19

RODRIGUES, ISAAC FARIA SOARES; DE FARIA, CELSO MURILO NALIO MATIAS; NIETMANN, HENRIQUE; CANOVAS, THAIS DELLA ROVERI; DA SILVA, JULIANA RESENDE; DE SOUZA, EDUARDO HELIO INTELIZANO; GRAZIANO, MARIANA CARVALHO; CRISAFULLI, MARIA ISABEL SILVA; NOBRE, ANA LUISA MACHADO;
Hospital de Base/FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil;

Introdução: Avaliação das estenoses subglóticas no período do covid-19 Objetivos: Avaliar resultado pós operatório das cirurgias realizadas em pacientes com estenose laringotraqueal, através da decanulação da traqueostomia. Analisamos a taxa final de retiada da traqueostomia, complicações e tempo de internação (UTI e enfermaria convencional) e procuramos fatores que poderiam ter pior impacto nesse desfechos. Métodos: Revisão do banco de dados dos pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de estenose laringotraqueal. Foram identificados 26 pacientes que tiveram intubação prolongada por Covid-19, desenvolveram estenose subglótica ou traqueal e tratados cirurgicamente. Nenhum paciente foi operado em vigência da fase aguda da infecção por SARS-CoV-2. Coletados dados demográficos, status performance no momento da cirurgia, presença de traqueostomia prévia, tempo de intubação, grau da estenose (classificação Myer-Cotton); dados cirúrgicos como extensão da estenose, uso de manobra de liberação supra-hioidea ou emprego de enxerto de cartilagem costa; dados do pós-operatório como: dias em UTI, dias em enfermaria convencional, complicações (incluindo óbito), uso de traqueostomia ou tubo T após a cirurgia, e avaliado a decanulação como resultado final. Resultados: Dos 26 pacientes 15 eram do sexo feminino, a média de idade de 50,46 anos (32-69), com tempo médio de intubação de 17,22 dias (8-39) e 20 tiveram traqueostomia prévia. O grau de estenose mais comum foi Myer-Cotton III (71-99%) com 15 pacientes (57,7%) e apenas dois tinham via aérea em fundo cego (Myer-Cotton IV). Em 16 pacientes foram anastomoses e ressecções traqueais, em 9 foram anastomoses cricotraqueais (técnica Pearson) e apenas um teve laringofissura com interposição de enxerto de cartilagem anterior e posterior. O tempo médio em UTI for de 3,04 dias (1-22) e posteriormente na enfermaria de 3,57 dias (1-29). Os maiores preditores de internação prolongada em UTI ou no quarto foram complicações clínicas como pneumonia, hipercapnia/hipoxemia com necessidade retorno à ventilação mecânica. Dos 26 pacientes, apenas 1 teve traqueostomia ao término da cirurgia. Outros dois pacientes a traqueostomia foi feita dias após, sendo que um deles foi colocado tubo-T. Destes três pacientes, um permanece com traqueostomia, um foi a óbito, o paciente em que foi colocado o tubo-T foi decanulado 2-3 meses após. Da casuística total tivemos 3 óbitos, que tiveram internação total maior que 20 dias. O principal fator para pior resultado (internção prolongada e óbito) foi performance status/ECOG 3 Conclusões: Apesar de um taxa de óbito de cerca de 11,5%, ressaltamos a redução da performace status dos pacientes pós-covid como fator para pior resultado e desfecho com complicações e óbito. Ainda assim a traqueoplastia nesses pacientes pode ter bons resultados com taxa de decanulação de 92,3%. Excluindo os pacientes que tiveram complicações como pneumonia e necessidade retorno à ventilação mecânica (3 pacientes), nossa média de dias em UTI foi 1,57 e 2,0 dias em enfermaria.

041 SÍNDROME DA ENDOMETRIOSE TORÁCICA COM PNEUMOTÓRAX: SERIA O CICLO MENSTRUAL O PONTO CHAVE DO DIAGNÓSTICO?

DE ALMEIDA, VITORIA CRISTINA; PERFEITO, JOAO ALESSIO JULIANO; MIOTTO, ANDRE; TAKAHASHI, LIVIA AKEMI RAMOS; PERES, VINICIUS MANSUETO; FIUZA, OTAVIO ROCHA; RIMOLDI, VINICIUS DOMINGOS SARTORI; CARVALHO, DANIEL AUGUSTO XAVIER; FILHO, MARCO AURELIO MARCHETTI; JUNIOR, ALTAIR DA SILVA COSTA; DE SOUZA, RODRIGO CAETANO; LEAO, LUIZ EDUARDO VILLAÇA; ARIDA, VANESSA EL MIR; NETO, ERNESTO EVANGELISTA;
DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa da relevância: Diagnóstico diferencial de pneumotórax espontâneo deve ser pautado numa anamnese detalhada, mas em alguns casos só pode ser confirmado com cirurgias. História da doença atual e pregressa: Paciente do sexo feminino de 39 anos foi encaminhada com história de pneumotórax espontâneos de repetição durante 6 anos. Em um dos episódios foi realizada drenagem pleural com melhora completa. Há 3 anos, ocorreram mais cinco episódios, todos à direita, e sempre associados ao ciclo menstrual. Durante os episódios, paciente refere dispneia concomitante com dor em pontada no hemitórax direito. O tratamento escolhido em outros serviços foi conservador, sem cirurgias. Possui histórico de endometriose sem acompanhamento constante com ginecologista. Atualmente está assintomática. Exame físico: Bom estado geral, sem alterações nos sinais vitais. Murmúrios vesiculares presentes e sem ruídos adventícios. Exames complementares: A tomografia computadorizada de tórax não mostrava bolhas, blebs ou alterações pulmonares. Ainda assim, a dúvida diagnóstica persistia e pelo risco de novo episódio foi indicada cirurgia. Evolução: A paciente foi submetida à Cirurgia com Vídeo com hipótese diagnóstica de pneumotórax catamenial. Durante o inventário da cavidade não foram visibilizadas bolhas ou outras alterações, mas uma pequena quantidade de líquido sanguinolento e múltiplos implantes avermelhados na área anterior do diafragma, de formato concêntrico. Esse segmento do diafragma foi ressecado e suturado, em seguida foi realizada pleurectomia parietal para pleurodese. O exame anatomopatológico mostrou células correspondentes ao estroma endometrial no fragmento de diafragma ressecado. A doente teve uma boa evolução sem recidivas do pneumotórax, sendo encaminhada à ginecologia para tratamento da endometriose. Diagnóstico: Pneumotórax catamenial. Discussão: Pneumotórax catamenial deve ser uma hipótese diagnóstica para as pacientes em idade fértil com pneumotórax espontâneo de repetição. É descrito que atinge mulheres predominantemente entre 17 a 45 anos, com maior prevalência a partir da terceira década. A fisiopatologia dessa síndrome ainda não é totalmente conhecida, mas acredita-se que através das tubas uterinas, o ar e o tecido endometrial ectópico alcancem o peritônio e, posteriormente, o espaço pleural através das fenestrações diafragmáticas. Com isso, o endométrio ectópico pode levar a perfuração do tecido em que ele está aderido, inclusive diafragma e pulmão. Neste relato, a paciente tinha uma história de 6 anos de pneumotórax espontâneo de repetição sem investigação e tratamento. Apesar do diagnóstico definitivo do pneumotórax catamenial ser através da cirurgia com confirmação anatomopatológica, é de extrema importância uma análise completa da história clínica. Neste caso, havia uma correlação temporal dos sintomas com o ciclo menstrual, além do diagnóstico prévio de endometriose.

042 SINDROME DE DOEGE-POTTER: TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA ASSOCIADO A HIPOGLICEMIA – RELATO DE CASO

GIAQUINTO, MARCO ANTONIO; BOTTER, MÁRCIO; FONTANA, MARIANA PRADO; LIMA JUNIOR, JOSE VIANA; SCALISSI, NILZA MARIA; SAAD JUNIOR, ROBERTO; DORGAN NETO, VICENTE; BARUFF DE BRITO E CUNHA, CRISTAL GEOVANA; STANKE, PAULO FABRICIO; TOSHIO SAKAE, RODRIGO; GOMEZ, SILVANA DANIELA CESPEDES; MAKSOUD, LUIZ GUILHERME SANTOS; CASTILHO, ANDRESSA BEBER;
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa da relevância: O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia mesenquimal com características fibroblásticas e vascularização ramificada, incomum e, muitas vezes, descrita como rara. Possui etiologia ainda desconhecida, não apresentando relação com tabaco e asbesto ou predisposição genética. O TFS, em sua grande maioria, manifesta-se de forma assintomática nos pacientes, porém, a depender de seu tamanho, podem ocasionar dor torácica, tosse e perda ponderal. Quando o TFS acomete a pleura e está associado à hipoglicemia por secreção de IGF-II, temos a chamada Síndrome de Doege-Potter. Relato de caso: Sexo feminino, 54 anos, procedente de São Paulo/SP, apresentava queixas de desmaios associados a episódios de hipoglicemia há 7 meses, com diversas passagens pelo pronto-socorro. Ao exame físico, paciente com bom status-performance, apresentava apenas ausculta pulmonar diminuída em terço médio e abolido em base à esquerda, associado a queixas de dispneia aos médios esforços. Realizada TC de tórax, evidenciou-se um tumor sólido de 18,6cm x 16,5cm x 15cm, em amplo contato com a superfície pleural adjacente, sendo que o conjunto de achados é sugestivo de lesão neoplásica de provável origem pleural à esquerda. A partir do início da investigação etiológica pela Endocrinologia, foi observado um quadro de hipoglicemia hipoinsulinêmica, associado à níveis reduzidos de peptídeo C, glicemia e hormônio GH, e níveis normais de IGF-II. Foi realizada uma biópsia transparietal, que revelou um tumor fibroso solitário da pleura, caracterizando-se a Síndrome de Doege-Potter. O caso foi avaliado pela Cirurgia Torácica e optou-se por uma toracotomia esquerda com ressecção cirúrgica de tumor pleural (tratamento de escolha para a retirada do tumor e correção da hipoglicemia). Após o procedimento, a paciente do caso evoluiu em resolução completa e imediata da hipoglicemia, recebendo alta hospitalar no 6° dia pós operatório. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recidiva. Discussão: O diagnóstico de Doege-Potter foi estabelecido por meio da associação da hipoglicemia com os achados de tumor fibroso solitário da pleura, além de achados laboratoriais, como a queda dos níveis de peptídeo C e GH. Após o diagnóstico da síndrome, a ressecção em bloco com margem cirúrgica foi o tratamento escolhido para o caso por apresentar uma resolução completa da hipoglicemia e se mostrar eficiente na remoção do tumor.

043 SITUAÇAO CRITICA: DRENAGEM DE EMERGENCIA EM PNEUMOMEDIASTINO HIPERTENSIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

DE MORAIS, DANILO SILVA; FONTANA, MARIANA PRADO; STANKE, PAULO FABRÍCIO; CUNHA, CRISTAL GEOVANA BARUFF DE BRITO E; SAKAE, RODRIGO TOSHIO; GOMEZ, SILVANA DANIELA CESPEDES; MAKSOUD, LUIZ GUILHERME SANTOS; CASTILHO, ANDRESSA BEBER; JUNIOR, ROBERTO SAAD; NETO, VICENTE DORGAN; KIMURA, MARIA BEATRIZ GARCIA; DE SOUZA, MARIA ALICE; BOTTER, MÁRCIO;

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Hospital Central - São Paulo - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO O pneumomediastino (PNM) e o enfisema subcutâneo (ESC) eram tidos como raros, mas têm apresentado um grande aumento em suas incidências desde o surgimento da COVID-19. Além deles, o pneumomediastino hipertensivo, uma complicação grave, que pode exigir descompressão cirúrgica de emergência, também aumentou. Tais enfermidades podem ser um desafio em centros de nível primário que não possuem especialistas e/ou grandes recursos à prontidão. Frente a isso, a drenagem do PNM por via cervical aparece como uma importante alternativa, pois é um procedimento menos invasivo que outras intervenções, podendo ser realizado à beira-leito na UTI, e tem demonstrado uma resolutividade positiva em 75% dos casos. RELATO DE CASO Paciente do sexo feminino, com 62 anos de idade, procurou o hospital por meios próprios, referindo febre, dispneia, tosse seca, astenia e sonolência há 6 dias. Ao exame físico, apresentava frequência respiratória de 28 rpm e saturação de 80% em ar ambiente. A paciente foi internada e submetida aos seguintes exames complementares: PCR para COVID-19 e tomografia computadorizada de tórax. Ambos os exames foram compatíveis com COVID-19. Após 2 dias de internação, a paciente evoluiu com Insuficiência Respiratória Aguda, necessitando de Intubação Orotraqueal e internação na UTI. Passados 5 dias, desenvolveu PNM e ESC, que evoluíram para instabilidade hemodinâmica. A equipe de UTI acionou o grupo de cirurgia torácica, que, em virtude do estado crítico da paciente, optou por realizar a drenagem mediastinal por via cervical à beira-leito. O procedimento consistiu na realização de uma pequena incisão localizada 1cm acima da borda superior do manúbrio esternal. Em seguida, os tecidos foram divulsionados de forma romba até a fáscia pré-traqueal. Depois, realizou-se a dissecção digital no sentido crânio-caudal até que houvesse a formação de uma comunicação com o mediastino anterior. Finalmente, um dreno túbulo-laminar foi fixado para permitir a saída de ar. Não houve intercorrências ou sangramentos. No pós-operatório (PO), a paciente evoluiu bem, recuperando a estabilidade hemodinâmica. O acompanhamento foi feito a partir de radiografias diárias. Após dois dias, foi perceptível a redução do PNM e do ESC, o que levou a equipe a retirar o dreno cervical e realizar uma traqueostomia. No sétimo dia do PO, a radiografia demonstrou uma melhora considerável do PNM e do ESC, havendo reversão do quadro de choque. DISCUSSÃO O presente caso exemplifica como a drenagem mediastinal por via cervical pode ser uma alternativa interessante para o tratamento emergencial dos casos de pneumomediastino hipertensivo (PNM). O método adotado na disciplina de Cirurgia Torácica da Santa Casa tem se mostrado eficaz, seguro e mais simples que outras alternativas invasivas utilizadas. Além disso, essa metodologia pode ser realizada à beira-leito, na UTI, e com anestesia local, não dependendo de uma estrutura hospitalar complexa.

044 TECNICA PARA RECONSTRUÇAO DE CUFF ATRIAL EM ENXERTO PULMONAR COM LESAO VASCULAR POR EXTRAÇAO INADEQUADA DE PULMAO PARA TRANSPLANTE.

CHENG, FERNANDA YOU CHIE; ARAI, EMILY MIE; JUNIOR, OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI; GALLAFASSI, ENZZO ALMEIDA; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; NAKAHIRA, EVELYN SUE;

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa - Casos com órgãos com cuff atrial insuficiente por lesão vascular devido a extração inadequada durante a captação de órgãos são considerados como cirurgicamente marginais ao transplante ou muitas vezes inviabilizados. Dessa forma, o estudo visa demonstrar a técnica de reconstrução de cuff atrial, aumentando a difusão da factibilidade da técnica. E assim, visa-se aumentar o aproveitamento de órgãos doados e consequentemente, de pacientes beneficiados. Resumo Paciente do sexo masculino, de 29 anos, foi submetido ao transplante pulmonar bilateral por fibrose cística. Na captação dos pulmões a serem transplantados também foi extraído o coração, mas esse para outro receptor. Não foi possível margem adequada de “cuff” atrial para as veias pulmonares direitas. Disso, o pulmão direito a ser implantado tinha veias pulmonares completamente separadas. Dadas as boas características globais de ambos pulmões, foi optado pela reconstrução de cuff atrial para seguimento ao transplante. Não era possível a sutura primária das duas veias pulmonares pelo cotos serem extremamente curtos. Optamos por interposição de patch de pericárdio do doador às veias através de sutura contínua com fio inabsorvível monofilamentar. O resultado final foi um novo “cuff” de formato ovalado com pequeno excedente lateral de pericárdio, sendo uma técnica diferente das previamente descritas na literatura. A sutura do cuff reconstruído ao átrio esquerdo do receptor ocorreu sem intercorrências, e o transplante bilateral prosseguiu conforme técnica cirúrgica já consagrada. O paciente evoluiu sem complicações relacionadas às anastomoses vasculares e, atualmente, tem seguimento de 14 meses de pós operatório de transplante. Quando há coto de cuff atrial esquerdo exíguo em sua parede anterior, é possível o aumento de cuff com patch parcial do pericárdio do doador e sutura contínua. Se a margem é circunferencialmente exigua, é possível aumento circunferencial com pericárdio do doador em sutura contínua. No caso de separação completa de veias pulmonares superior e inferior, é realizada dissecção distal das veias para aumento de coto e, então, as duas veias separadas podem ser suturadas de modo a recriar um cuff único ovalado. Devido a raridade dos casos, as complicações a longo prazo da reconstrução de cuff atrial são desconhecidas. Em uma série de 17 casos de reconstrução (Oto, 2006), nenhum paciente faleceu de complicações de anastomose venosa e a reconstrução não alterou a sobrevida de 5 anos. Órgãos com cuff atrial insuficiente são considerados como cirurgicamente marginais ao transplante. Ressalta-se a importância da difusão da factibilidade da reconstrução para aumentar o aproveitamento de órgãos doados a serem utilizados.

045 TORACOSCOPIA ROBOTICA PARA O DIAGNOSTICO DE LESOES INTRAPERICARDICAS

ARAI, EMILY MIE; GALLAFASSI, ENZZO DE ALMEIDA; CHENG, FERNANDA YOU CHIE; NAKAHIRA, EVELYN SUE; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; JUNIOR , OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI;
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Relevância do caso: As massas cardíacas têm difícil diagnóstico etiológico. E uma parcela significativa de pacientes com linfoma de hodgkin apresentam lesão cardíaca secundária.A seguir, apresentamos um caso de diagnóstico de lesão intrapericárdica através de cirurgia robótica. Caso: Paciente do sexo feminino, na faixa dos 50 anos, diagnosticada com linfoma difuso de grandes células (DLBCL) em remissão total da doença após a primeira linha de tratamento com R-CHOP (rituximab com ciclofosfamida/doxorrubicina/vincristina/prednisona) por 6 ciclos. Embora tenha apresentado remissão incompleta após terapia, o intervalo livre da doença foi de 9 meses. Ela foi internada devido a paralisia facial, mioclonia e paresia do braço esquerdo. Após exame de ressonância magnética (RM) cerebral e cervical normal, foi realizada punção lombar que evidenciou recidiva do DLBCL no espaço subaracnóideo. A tomografia por emissão de pósitrons (PET)-FDG mostrou intensa captação focal entre as veias pulmonares esquerdas e o apêndice atrial esquerdo com leve densificação focal da gordura epicárdica(SUV – 9,9). Assim, após discussão em reunião multidisciplinar, decidiu-se avaliar a lesão mediastinal histologicamente, uma vez que, o tratamento quimioterápico iria variar se houvesse acometimento restrito ao sistema nervoso central ou também lesão mediastinal (caracterizando recidiva sistêmica). Realizada toracoscopia robótica usando a plataforma cirúrgica Da Vinci Xi® com o uso de quatro braços iniciando pela dissecção do ligamento pulmonar e linfadenectomia até a veia pulmonar inferior esquerda. Todos os nódulos foram negativos à seção congelada. Após a dissecção pelo espaço entre as veias pulmonares esquerda superior e inferior, notou-se ausência de lesão extrapericárdica, como era previsto. Em seguida, procedemos à abertura do pericárdio e, surpreendentemente, a lesão estava infiltrando a parede do átrio esquerdo. Depois de estabelecer uma margem segura, fizemos uma biópsia incisional sem complicações. O segmento congelado sugeriu doença linfoproliferativa, confirmando tecido suficiente e recidiva DLBCL pela patologia final. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências e o tratamento sistêmico foi iniciado logo após a recuperação cirúrgica. Discussão: As massas cardíacas podem ser letais, embora 75% delas sejam benignas. Dentre as malignas, as metástases representam a grande maioria. O envolvimento cardíaco por linfoma foi descrito na autópsia de 18% dos pacientes com doença não-Hodgkin, ocorrendo, em média, 20 meses após o diagnóstico inicial. O diagnóstico das massas cardíacas é difícil, mas as novas plataformas robóticas permitem-nos ir mais longe nos acessos e na extensão dos limites cirúrgicos.

046 TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL EM PACIENTE COM FIBROSE PULMONAR IDIOPATICA COM CALCIFICAÇAO PLEURAL BILATERAL EXTENSA

CHENG, FERNANDA YOU CHIE; ARAI, EMILY MIE; GALLAFASSI, ENZZO ALMEIDA; JUNIOR, OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; NAKAHIRA, EVELYN SUE;
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa - apresentar um caso anedótico de fibrose pulmonar extensa, o que não é uma associação usual com a fibrose pulmonar idiopática Resumo - Relatamos um caso de calcificação pleural extensa e bilateral em paciente com fibrose pulmonar idiopática (FPI) que necessitou de transplante pulmonar bilateral. Paciente do sexo masculino 41 anos, com antecedente de doença de Still há 11 anos e carcinoma embrionário testicular tratado com orquiectomia há 8 anos sem recidiva. Evoluiu com dispneia progressiva, com diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática, e foi listado para transplante bilateral pulmonar. Porém, apresentava extensa calcificação pleural bilateral, mesmo sem exposição à amianto, trauma local, tuberculose ou empiema prévio. Na cirurgia, havia importante espessamento pleural bilateral circunferencial e calcificação na pleura visceral e parietal. Isso levou a uma difícil pneumonectomia bilateralmente, e uma pleurectomia parietal. A análise do explante foi pneumonia intersticial fibrosante crônica com fibrose pleural e calcificação. O transplante pulmonar foi sequencial direito-esquerdo com um tempo de isquemia de 450 minutos e 770 minutos, respectivamente. O paciente recebeu alta hospitalar no 51º dia de pós-operatório sem uso de oxigênio suplementar ou outras disfunções orgânicas. A fibrose pleural geralmente não está relacionada à FPI, tornando a associação nesse paciente uma combinação única de achados, sendo o primeiro caso a ser descrito em literatura médica. Embora o padrão restritivo possa ser dado em parte ao componente pleural, nesse caso houve comprovação pela anatomia patológica de que a doença pulmonar de base era a fibrose pulmonar idiopática. A despeito da dificuldade técnica, o transplante pulmonar em pacientes com calcificação pleural extensa é factível e a remoção da calcificação parietal é importante para melhora da mecânica respiratória.

047 TRANSPLANTE PULMONAR BILATERAL EM PACIENTE COM FIBROSE PULMONAR IDIOPATICA COM CALCIFICAÇAO PLEURAL BILATERAL EXTENSA

ARAI, EMILY MIE; GALLAFASSI, ENZZO DE ALMEIDA; CHENG, FERNANDA YOU CHIE; NAKAHIRA, EVELYN SUE; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; JUNIOR, OSWALDO GOMES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI; Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa - apresentar um caso anedótico de fibrose pulmonar extensa, o que não é uma associação usual com a fibrose pulmonar idiopática Resumo Relatamos um caso de calcificação pleural extensa e bilateral em paciente com fibrose pulmonar idiopática (FPI) que necessitou de transplante pulmonar bilateral. Paciente do sexo masculino 41 anos, com antecedente de doença de Still há 11 anos e carcinoma embrionário testicular tratado com orquiectomia há 8 anos sem recidiva. Evoluiu com dispneia progressiva, com diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática, e foi listado para transplante bilateral pulmonar. Porém, apresentava extensa calcificação pleural bilateral, mesmo sem exposição à amianto, trauma local, tuberculose ou empiema prévio. Na cirurgia, havia importante espessamento pleural bilateral circunferencial e calcificação na pleura visceral e parietal. Isso levou a uma difícil pneumonectomia bilateralmente, e uma pleurectomia parietal. A análise do explante foi pneumonia intersticial fibrosante crônica com fibrose pleural e calcificação. O transplante pulmonar foi sequencial direito-esquerdo com um tempo de isquemia de 450 minutos e 770 minutos, respectivamente. O paciente recebeu alta hospitalar no 51º dia de pós-operatório sem uso de oxigênio suplementar ou outras disfunções orgânicas. A fibrose pleural geralmente não está relacionada à FPI, tornando a associação nesse paciente uma combinação única de achados, sendo o primeiro caso a ser descrito em literatura médica. Embora o padrão restritivo possa ser dado em parte ao componente pleural, nesse caso houve comprovação pela anatomia patológica de que a doença pulmonar de base era a fibrose pulmonar idiopática. A despeito da dificuldade técnica, o transplante pulmonar em pacientes com calcificação pleural extensa é factível e a remoção da calcificação parietal é importante para melhora da mecânica respiratória.

048 TRANSPLANTE PULMONAR POR COVID - UMA SERIE DE CASOS DE CENTRO DE REFERENCIA EM TRANSPLANTES PULMONARES DE ALTA COMPLEXIDADE

ARAI, EMILY MIE; GALLAFASSI, ENZZO DE ALMEIDA; CHENG, FERNANDA YOU CHIE; NAKAHIRA, EVELYN SUE; JUNIOR, OSWALDO GOMES; DE CARVALHO, GUILHERME VIEIRA SOARES; SAMANO, MARCOS NAOYUKI; Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A pandemia de COVID-19, levou à um impacto global na saúde pública, desafiando sistemas de saúde e demandando soluções médicas inovadoras para enfrentar suas consequências graves, incluindo pneumopatias avançadas. Assim, centros de referência em transplantes de alta complexidade foram fundamentais na abordagem desses casos. Este estudo visa trazer à luz a experiência de uma instituição de referência em pneumopatia avançada e Transplante de Pulmão, com o contexto das infecções por Sars-COV-2 e a fibrose pulmonar secundária associada a esse patógeno. Objetivos: Relatar a experiência de um centro de referência em transplantes de alta complexidade em transplante pulmonar por pneumopatias grave avançada secundária a COVID 19. Métodos: Estudo retrospectivo de transplantes realizados em pacientes com pneumopatia terminal secundária a COVID 19 em centro único referência de transplante pulmonar no período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2022. Resultados: No período do estudo foram realizados 63 transplantes pulmonares, sendo 55 transplantes bilaterais, 5 unilaterais e 3 transplantes cardiopulmonares. Destes, 4 transplantes bilaterais foram em pacientes com lesão pulmonar aguda relacionada a Covid-19 (CARDS) e 1 transplante bilateral por fibrose pulmonar pós-Covid. O primeiro caso foi relacionado a um paciente masculino submetido a um transplante bilateral, mas, infelizmente, o desfecho foi fatal. O segundo também era um paciente masculino, porém com um um resultado positivo. Teve alta hospitalar no 141º dia após o transplante. O terceiro caso, apesar de apresentar complicações infecciosas, recebeu alta em 62 dias após o transplante. O quarto caso, lamentavelmente, cursou com insuficiência renal e óbito. Já o paciente do quinto e último caso, sem antecedente de pneumopatias, teve infecção aguda por COVID com necessidade de intubação orotraqueal por 15 dias, alta em uso de O2 domiciliar. Recebeu diagnóstico de fibrose pulmonar secundária à COVID-19 e inserido na fila de Transplante. Em 2022 foi transplantado e no 39º PO teve alta hospitalar com expressiva melhora. Conclusões: Este estudo permite evidenciar a experiência de um centro de referência em transplante pulmonar com situações de sucesso e desafios enfrentados devido a COVID-19 em pneumopatias graves, apesar das contraindicações tradicionais para o transplante em presença de infecção desafiadora. Ele tem como objetivo contribuir para o maior entendimento tanto sobre a viabilidade do transplante nessas circunstâncias quanto sobre a gestão de pacientes com fibrose pulmonar secundária à COVID-19, contribuindo para o avanço contínuo da medicina de transplante em um cenário tão desafiador. Esta série de casos foi criada no contexto de reconhecer a coorte histórica de um serviço referência em transplante de pulmão, bem como, elucidar os dados relacionados aos melhores resultados em termos de sobrevida do enxerto em pacientes portadores de fibrose pulmonar secundária à Covid-19.

049 TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA EM POS-OPERATORIO TARDIO DE PNEUMONECTOMIA POR ADENOFIBROMA PULMONARTA

DA SILVA, JULIANA RESENDE; NIETMANN, HENRIQUE; RODRIGUES, ISAAC DE FARIA SOARES; DE FARIA, CELSO MURILO NALIO MATIAS; CANOVAS, THAIS DELLA ROVERI;
FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil; HOSPITAL DE BASE DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil;

O adenofibroma pulmonar é um tumor benigno e raro, com baixa incidência, sendo um diagnóstico diferencial do tumor solitário de pleura. Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso de paciente com diagnóstico prévio de adenofibroma, que após cinco anos evoluiu com nova neoplasia, além da importância dos marcadores na imuno-histoquímica para o diagnóstico. Paciente sexo feminino, 58 anos, costureira, natural e procedente de José Bonifácio- SP, procurou atendimento com cirurgião torácico, após perder seguimento, devido a achado em tomografia de tórax. De antecedentes pessoais a paciente é hipertensa e em 2019 foi submetida a pneumectomia à direita por achado de massa pulmonar, com diagnóstico final em anatomopatológico de adenofibroma pulmonar multifocal. No período do pós-operatório evoluiu bem, com perda de seguimento devido a pandemia. Ao exame físico atual apresenta-se em bom estado geral, eupneica em ar ambiente, sem dor a palpação abdominal ou outras alterações a ausculta. Aos exames de imagem prévios apresentava cavidade torácica preenchida por líquido, com tomografia de tórax atual, com achado de lesão torácica, de aspecto amorfo, herniando para abdome. Optado por realizar biópsia percutânea e ressonância magnética para melhor avaliação, com diagnóstico inicial de proliferação mesenquimal fusocelular. Em ressonância de tórax lesão expansiva pleural, com invasão diafragmática à direita com comportamento supra e infradiafragmáticos, se insinuando para hipocôndrio direito. Devido ao achado de exames e biópsia inconclusiva, sendo principal suspeita de recidiva tumoral, foi optado por procedimento cirúrgico. A cirurgia foi realizada por técnica convencional, sendo optado por toracotomia póstero lateral direita com achado de lesão aderida a parede torácica em direção ao abdome por uma hérnia diafragmática, procedida ressecção da peça e correção do diafragmática com sutura primária. Paciente foi encaminhada para leito de unidade de terapia intensiva em 1 º dia pós-operatório, devido ao grande porte do procedimento, e recebeu alta hospitalar em 4 º dia. Em anatomopatológico foi descrito achado de tumor fibroso solitário de pleura, com invasão de saco herniário até o parênquima hepático. Na ocasião foram testados marcadores em imuno-histoquímica que confirmaram o diagnóstico e foi descartada a possibilidade de recidiva de neoplasia inicial. O tumor fibroso solitário de pleura é tem como definição pela OMS (WHO 2021), neoplasia com aspecto histológico ferroelástico, com perfil imuno-histoquímico com gene NAB2-STAT6. Que tem como principal sítio de acometimento a pleura, mas podem acometer o parênquima. Já o adenofibroma pulmonar é uma neoplasia, que não era classificada pela OMS, em vista de sua raridade e baixa incidência de casos. Têm o mesmo padrão de células fusiformes, porém com marcadores diferentes, sendo de grande importância para diferenciação não só o diagnóstico histológico, mas também o molecular.

050 TUMOR RARO NO MEDIASTINO - CISTO DE PARATIREOIDE

HAMUCHE, CAROLINA FAUZI; BOTTER, MÁRCIO; DORGAN NETO, VICENTE; SAAD JUNIOR, ROBERTO; MAKSOUD, LUIZ GUILHERME; STANKE, PAULO FABRÍCIO;
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Tumores do mediastino anterior são raros e possuem etiologias heterogêneas, com apresentação assintomática. A prevalência de lesões nessa região é de 0,49%-0,89%. As causas mais comuns são os timomas, linfomas, tumores de células germinativas, massas de tireoide e aneurismas da aorta. Entre as menos reportadas estão os cistos de paratireóide, que representam 0,5% de lesões paratireoideanas. O diagnóstico diferencial pode ser feito com exames de imagem, estudos anatomopatológicos e imunohistoquímicos. Em cistos de paratireóide de localização ectópica, imagens de TC e RM evidenciam cisto unilocular de parede fina. Relato de caso: Homem, 59 anos, com quadro de dispnéia há dois meses e disfonia há 14 dias, procurou serviço de saúde em São Paulo. Foi realizado broncoscopia que constou paresia de prega vocal à direita. Em sequência, realizou tomografia de tórax e ressonância magnética do tórax, que evidenciaram tumoração de conteúdo cístico no mediastino anterossuperior, medindo cerca de 6,0 cm no seu maior eixo. O paciente foi submetido a videotoracoscopia direita, com ressecção completa da lesão mediastinal cística evidenciada nos exames de imagem. O exame anatomopatológico revelou lesão cística com áreas de hemorragia associada a proliferação de células claras, podendo corresponder a tecido paratireoideano ou tireoideano ectópicos, além de carcinoma renal metastático, ou mesmo neoplasia neuroendócrina. Realizado estudo imunohistoquímico com positividade para cromogranina A e GATA3, sendo o exame conclusivo para o diagnóstico de tecido paratireoideano ectópico. Paciente evoluiu sem complicações, com alta hospitalar no 4o PO. Atualmente encontra-se em seguimento ambulatorial, sem queixas respiratórias e com progressiva melhora da disfonia. Realizada cintilografia de paratireoide, que não evidenciou outras lesões ectópicas. Discussão: Há 359 casos reportados na literatura de cistos de paratireóide, configurando lesões raras que se apresentam em sua maioria em mulheres (1:1,85), e ocorrência aos 55 anos, em média. Em relação a localização dos cistos de paratireóide, apenas 10% são encontrados no mediastino. Estudos evidenciam que os cistos encontrados no mediastino variam entre 0,5 cm e 12 cm de diâmetro, sendo que os sintomas aparecem devido a compressão local da lesão por cistos maiores. A dificuldade de diagnóstico de cisto da paratireóide no mediastino anterior deve ser contemplada na avaliação pré-operatória, principalmente em casos de cistos não funcionantes, por não estarem associados ao hiperparatireoidismo e hipercalcemia, e por serem, em sua maioria, assintomáticos, podendo ainda serem confundidos com quadros tireoideano ectópicos. No caso de quadros sintomáticos, com apresentação de dispneia, disfonia, disfagia ou paresia do nervo laríngeo recorrente, como observado no caso relatado, o tratamento cirúrgico é indicado.

051 VIDEOTORACOSCOPIA ASSISTIDA PARA REMOÇAO DE LANÇA METALICA NO TORAX

PARRA CHAKMAKIAN, CAROLINA; PRADO FONTANA, MARIANA; SAAD JUNIOR, ROBERTO; BOTTER, MARCIO; DORGAN NETO, VICENTE; BARUFF DE BRITO E CUNHA, CRISTAL GEOVANA; STANKE, PAULO FABRICIO; TOSHIO SAKAE, RODRIGO; CESPEDES GOMEZ, SILVANA DANIELA; SANTOS MAKSOUD, LUIZ GUILHERME; BEBER CASTILHO, ANDRESSA;

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA DA RELEVÂNCIA A penetração de corpo estranho em vítimas de trauma torácico apresenta uma alta mortalidade, sendo imprescindível verificar o tratamento mais adequado ao paciente. O presente trabalho apresenta um caso raro de indicação de videotoracoscopia assistida (VATS), procedimento cirúrgico minimamente invasivo que permite a remoção de corpo estranho retido no tórax de forma mais eficiente e segura, evitando a realização de toracotomia em um número expressivo de doentes, a qual é considerada, muitas vezes, a abordagem padrão para lesões torácicas. RELATO DO CASO Paciente, 38 anos, sexo masculino, vítima de trauma penetrante na região anterior do hemitórax esquerdo por lança metálica, em decorrência de queda da escada sobre portão, com diagnóstico principal de hemopneumotórax traumático. Veio encaminhado de outro serviço para o nosso PS 3 dias após o acidente, para avaliação da Cirurgia Torácica. Paciente já havia sido avaliado pela cirurgia geral na origem. À admissão, apresentava-se em bom estado geral, orientado em tempo e espaço, hidratado, normocorado, anictérico, acianótico. Quanto ao aparelho respiratório: MVF, dreno em hemitórax esquerdo, não borbulha, oscilante, com conteúdo serohemático (drenagem total de 200 ml de sangue). Apresentava abdome plano, indolor a palpação superficial e profunda, DB -, RHA +. MMII: sem sinais de empastamento e sem edema. Foram solicitados uma TC de tórax e exames laboratoriais, além de se comunicar a equipe da cirurgia torácica. Na TC, verificou-se volumoso derrame pleural à esquerda e corpo estranho metálico de aspecto pontiagudo, medindo 10,0 x 1,6 cm, no interior do hemitórax esquerdo, determinando laceração e transfixação do parênquima pulmonar atelectasiado do lobo inferior esquerdo, apresentando orientação oblíqua cranial e medial com extremidade distal tangenciando o processo transverso esquerdo de T5, determinando fratura com fragmento deslocado de 0,7 cm do respectivo arco costal à cerca 1,5 cm da junção costovertebral. O paciente foi submetido a VATS à esquerda para retirada de corpo estranho, evoluindo bem sem intercorrências e recebendo alta no 5º dia PO. DISCUSSÃO Tendo em vista que no caso relatado o corpo estranho se trata de um objeto pontiagudo e maior que 2 cm, sua remoção se fazia certamente necessária. Para isso, poderia ter se utilizado da toracotomia convencional ou da VATS, sendo a segunda opção a escolhida. Nessa situação, são indispensáveis requisitos como a estabilidade hemodinâmica do doente e a experiência do profissional com técnicas videotoracoscópicas e pleuroscópicas. Desse modo, permitiu-se uma operação menos invasiva, que, quando feita com segurança, pode reduzir drasticamente a morbidade pós-operatória, uma vez que alivia a dor, conduz a uma boa expansão pulmonar e reduz o tempo de internação hospitalar. Contudo, a sua utilização no trauma torácico ainda não está bem definida, sendo a toracotomia muito presente no tratamento de lesões torácicas penetrantes.

distúrbios respiratórios do sono

052 APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E QUEDAS EM INDIVIDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL E FOLLOW- UP

DE CENSO, CAROLINE MASCHIO; PASSINI, VIVIANE VIEIRA; VERRI, BARBARA APARECIDA TEODORO ALCANTARA; CARVALHO-PINTO, REGINA MARIA; XAVIER, RAFAELLA FAGUNDES; LORENZI-FILHO, GERALDO; CARVALHO, CELSO RICARDO FERNANDES;

Faculdade de Medicina da USP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil; Instituto do Coração - Sao Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresentam pior equilíbrio postural e alta prevalência de apneia obstrutiva do sono (AOS). No entanto, a associação entre estas comorbidades é pouco conhecida. Objetivos: Avaliar o equilíbrio postural e a ocorrência de quedas em indivíduos com DPOC com apneia obstrutiva do sono. Métodos: O estudo foi dividido em duas fases: I (transversal) e II (follow-up) e incluiu indivíduos com DPOC moderada a muito grave. Na fase I, houveram duas visitas num intervalo de sete dias. Na primeira visita, os indivíduos foram avaliados quanto à qualidade do sono (Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh) e a sonolência (Escala de sonolência de Epworth). Em seguida, realizaram o exame de polissonografia (PSG) tipo I no hospital para avaliar a presença e gravidade da AOS. A partir do índice de apneia-hipopneia (IAH) laudado na PSG, os participantes foram divididos nos grupos sem AOS (sAOS), leve (AOSl) ou moderada a grave (AOSmg). Na segunda visita, realizada no hospital, o equilíbrio postural foi avaliado através de um teste laboratorial, utilizando uma plataforma de força para análise do centro de pressão (CoP) e do teste clinico Mini BESTest. Na fase II, foi feito o follow-up dos participantes por seis meses por meio de ligações telefônicas mensais e as quedas foram registradas num diário de quedas a cada contato telefônico. Os participantes foram classificados como “caidores recorrentes” (CR) se relatassem duas ou mais quedas dentro de três meses durante esse período de seis meses. A normalidade foi realizada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov e, para a análise estatística dos grupos, foi utilizado a ANOVA de um fator ou teste de Kruskal Wallis. Resultados: Setenta indivíduos foram avaliados (sAOS, n=30; AOSl, n=25; AOSmg, n=15). O AOSmg era mais velho (71,3±7,1 vs 64,8±7,1 anos) e tinha melhor função pulmonar (55,8±17,1 vs 42,2±14,0 do VEF1% predito) do que sAOS ($p<0,05$), mas não houve diferença com o grupo AOSl. O grupo AOSmg apresentou maiores deslocamentos do CoP (42,2±16,1 vs 31,9±12,5 cm), maior deslocamento sentido anteroposterior do CoP (2,45±0,5 vs 1,98±0,66 cm) e maior velocidade média do CoP durante os ajustes posturais (1,41±0,5 vs 1,06±0,4 cm/s) na plataforma de força do que o grupo sAOS ($p<0.05$). Nos primeiros três meses de follow-up, o grupo AOSms apresentou maior número de caidores recorrentes, seguido pelos grupos sAOS e AOSl, respectivamente. Porém, no último trimestre de follow-up, todos os grupos apresentaram 100% de quedas dos CR. Não houve diferença entre os grupos em relação à qualidade do sono, à sonolência e ao teste clínico do equilíbrio postural. Conclusões: A gravidade da AOS está associada ao equilíbrio postural e ao risco de quedas recorrentes em indivíduos com DPOC.

053 DISPNEIA E HIPOXEMIA PROGRESSIVA SECUNDARIO A SINDROME DE OBESIDADE-HIPOVENTILAÇAO

SILVA, THIAGO DARLAN SILVEIRA DA; FILHO, ALFREDO PEREIRA LEITE DE ALBUQUERQUE; FORTES, HENRY MARTINS SOARES; SILVA, RAISSA CAROLINNE BORBA ALVES DA; CAVALCANTE, GABRIELA MACEDO EGIDIO; MEDEIROS, RAYANNE ALVES DE CARVALHO; COSTA, DEMETRIUS SILVA; LOPES, DANYLO FERNANDES IGLESIAS LEITE;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - RECIFE - Pernambuco - Brasil; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - RECIFE - Pernambuco - Brasil;

Justificativa: A Síndrome da obesidade-hipoventilação (SOH) é uma condição encontrada em torno de 10-20% dos pacientes com a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), caracterizada por hipoventilação relacionada à obesidade e distúrbios respiratórios durante o sono com alta morbimortalidade associada quando não tratada. Apresentamos o relato de um paciente idoso, ex-tabagista, com múltiplas comorbidades, apresentando dispneia e dessaturação com melhora clínica significativa após instituição do tratamento para SOH. Relato do caso: Paciente, masculino, 70 anos, obeso (IMC 33 Kg/m²), ex-tabagista, portador de doença renal crônica (estágio IIIb) e doença arterial obstrutiva periférica, internado em enfermaria de pneumologia com queixas de dispneia persistente e dessaturação em repouso. Durante o último ano, relatou limitações nas atividades cotidianas devido à claudicação vascular intermitente e dispneia leve. No entanto, nos últimos quatro meses, a dispneia tornou-se progressiva, culminando em idas para emergência tratadas como infecções do trato respiratório e uso de oxigenoterapia, sem melhora dos sintomas. Em tomografia computadorizada (TC) do tórax foi evidenciado leve enfisema parasseptal e centrolobular, além de atenuação em mosaico no parênquima pulmonar. Pletismografia identificou distúrbio ventilatório restritivo leve com redução moderada da difusão de monóxido de carbono (DLCO). Ao exame físico, observado redução difusa do murmúrio vesicular, edema simétrico em membros inferiores e pulsos reduzidos. Hipoxemia e acidose respiratória foram confirmadas por gasometria arterial (pH 7,40 pCO2 47,9 pO2 48 HCO3 27,1 SpO2 85%). Demais exames laboratoriais mostrando apenas aumento de escórias nitrogenadas (Ur 72 e Cr 1,7). TC de tórax com protocolo para embolia pulmonar e ecodopplercardiograma transtorácico sem achados adicionais. Realizada polissonografia que evidenciou apneia obstrutiva do sono em grau moderado, com SpO2 mínima de 52% durante o exame. Iniciado uso de BiPAP nasal com ótima resposta da oxigenação (SpO2 em torno de 95%) e alívio dos sintomas respiratórios. O diagnóstico final foi de Síndrome de obesidade-hipoventilação associada à Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono. Discussão: A SOH é uma doença de prevalência incerta pela ausência de estudos populacionais, além de comum sobreposição com outras comorbidades como síndrome da apneia obstrutiva do sono e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que dificultam o diagnóstico. Cerca de 90% dos pacientes com SOH possuem SAOS. A tríade diagnóstica da doença é caracterizada por obesidade, hipercapnia diurna e ausência de outras anormalidades clínicas que justifiquem o quadro clínico. Este último critério foi o principal motivo para dificuldade diagnóstica no paciente relatado, por comorbidades que poderiam estar associadas ao quadro clínico. Após a instituição do tratamento o paciente evoluiu com ótima resposta clínica, corroborando com hipótese diagnóstica realizada.

054 EFEITO DO ESFORÇO FISICO NO EQUILIBRIO POSTURAL DE INDIVIDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA E APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

DE CENSO, CAROLINE MASCHIO; PASSINI, VIVIANE VIEIRA; VERRI, BARBARA APARECIDA TEODORO ALCANTARA; CARVALHO-PINTO, REGINA MARIA; XAVIER, RAFAELLA FAGUNDES; LORENZI-FILHO, GERALDO; CARVALHO, CELSO RICARDO FERNANDES;
Faculdade de Medicina da USP - Sao Paulo - São Paulo - Brasil; Instituto do Coração - Sao Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Individuos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) possuem pior equilibrio postural, maior prevalência de apneia obstrutiva do sono (AOS) e pior capacidade física quando comparado a individuos saudáveis. Entretanto, não está claro o que ocorre com o equilibrio postural após o esforço em pessoas que tenham DPOC e AOS concomitantemente. Objetivos: Avaliar os efeitos do esforço físico sobre o equilibrio postural em individuos com DPOC e AOS. Métodos: Este é um estudo transversal e indivíduos com DPOC moderada a muito grave foram avaliados em duas visitas. Na primera visita, eles realizaram o exame de polissonografia (PSG) tipo I no hospital para avaliar a presença e a gravidade da AOS. A partir da PSG, os indivíduos foram classificados em: sem AOS (sAOS), AOS leve (AOSl) e AOS moderada ou grave (AOSmg), baseado no índice de apneia-hipopneia. Na segunda visita após uma semana, o equilibrio postural foi avaliado através de uma plataforma de força para análise do centro de pressão (CoP) em duas posições de apoio: 'natural' e 'semi tandem'. Os indivíduos foram avaliados no repouso e depois realizaram esforço físico no teste do degrau incremental (intensidade de 4 a 7 avaliado pela escala de Borg modificada). Logo após, o CoP foi novamente avaliado pela plataforma de força. A oscilação total, área percorrida e sentidos mediolateral (ML) e anteropostrior (AP) do CoP dos grupos foram comparados entre si e antes e depois do esfoço pela Análise de Variância (ANOVA) de dois fatores com medidas repetidas, seguido pelo teste pos hoc de Tukey. Resultados: Setenta individuos foram avaliados: trinta no grupo sAOS (64,8±7,1 anos, 50,0% masculino e VEF1 42,2±14,0% do predito), vinte e cinco no grupo AOSl (67,4±5,6 anos, 52,0% masculino e VEF1 43,6±13,3% do predito) e quinze no grupo AOSmg (71,3±7,1 anos, 73,3% masculino e VEF1 55,8±17,1% do predito). Na posição 'natural' e após esforço, foi observado aumento da oscilação total, área percorrida e oscilações MP e AP do CoP nos grupos sAOS e AOSl ($p<0,05$). Na posição 'semi tandem', o grupo AOSl também mostrou aumento da área percorrida e oscilação AP do CoP ($p<0,05$) após o esforço. Antes do esforço, não foram observadas diferenças do equilibrio postural entre os grupos e o grupo AOSmg não apresentou diferença do CoP após a realização de esforço físico em ambas posições sobre a plataforma de força. Conclusões: Podemos concluir que individuos com DPOC sem AOS e com AOS leve apresentam alteração do equilibrio postural estático após a realização de esforço físico. Além disso, em indivíduos com DPOC moderada a muito grave, o equilíbrio postural não é diferente após o esforço físico.

055 HAP E APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: DUAS DOENÇAS HIPOXÊMICAS

COLOMBO, LUIZA THIENNE; JUNIOR, ANTONIO CARLOS FERRETE; DOURADO, ISABELLA METRAN; MOTA, THALITA AMARAL; FERREIRA, ELOARA VIEIRA MACHADO; RIZZATTI, FABIOLA PAULA GALHARDO;
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) caracteriza-se pela obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores (VAS) durante o sono, resultando em despertares frequentes, hipoxemia e hipercapnia intermitentes, ativação simpática e inflamação. Pode causar Hipertensão Pulmonar (HP) do Grupo III - associada a doenças pulmonares e/ou hipoxemia ou pode apresentar-se como doença comórbida e influenciar a apresentação da Hipertensão Pulmonar de outras etiologias. RELATO DO CASO: Paciente feminina, 57 anos, diagnosticada, há 6 anos, como portadora de Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática (HAPi), encontrava-se em tratamento regular com Ambrisentana e Sildenafila, com boa resposta clínica e hemodinâmica ao tratamento. Mantinha-se estável em classe funcional NYHA II há anos. Apresentava AOS leve e sintomática, nunca tratada. Apesar da boa resposta clínica ao tratamento da HAPi, notou-se, há 2 anos, piora progressiva da hipoxemia em repouso e ao exercício. A piora da hemodinâmica vascular pulmonar e da função cardíaca foram descartadas como causadoras da hipoxemia observada. Como a paciente já tinha diagnóstico de AOS não tratada e mantinha queixas de ronco, pausas respiratórias presenciadas, noctúria, cansaço e sonolência diurna excessiva, aventou-se a possibilidade de hipoxemia piorada pela AOS e optou-se pelo tratamento da doença. Após titulação da pressão ideal de tratamento com aparelho de pressão positiva (PAP), iniciou CPAP com máscara nasal na pressão de 14 cmH2O. Houve ótima adesão à terapia e abolição dos eventos respiratórios obstrutivos, com melhora dos sintomas e da hipoxemia. DISCUSSÃO: Trata- se de uma paciente com HP Grupo I – HAPi medicada com terapia vasodilatadora e boa resposta clínica e hemodinâmica ao tratamento. Durante seguimento, evoluiu com piora da hipoxemia, que não pôde ser explicada por piora da hipertensão arterial pulmonar. Neste caso, a presença de AOS comórbida foi eventada como possível causadora da piora da hipoxemia apresentada pela paciente. O manejo da AOS com CPAP tratou a obstrução da VAS, melhorou os sintomas e contribuiu para recuperação da saturação da oxihemoglobina. A relação entre AOS e hipertensão pulmonar é bidirecional: a AOS é fator de risco para a HP (Grupo III), enquanto paciente com HAP grupo I apresentam maior risco de distúrbios respiratórios do sono. Neste caso, a paciente apresenta HAP grupo I e a AOS é uma comorbidade que contribuiu para a piora clínica quando não tratada adequadamente. Pacientes com HAP e AOS não tratada apresentam pior qualidade de vida e pior prognóstico quando comparados a pacientes com HAP sem AOS. Todos os pacientes com HAP e AOS sintomática devem ser tratados, preferencialmente, com pressão positiva, com objetivo de abolir os eventos respiratórios obstrutivos, corrigir a hipoxemia noturna, melhorar os sintomas e a qualidade de vida.

doenças intersticiais pulmonares

056 A INTER-RELAÇAO ENTRE SILICOSE E SARCOIDOSE - RELATO DE CASO

GARCIA, MARIANA FRANC; PUGLIESI, EDUARDO CUNHA; FERREIRA, CAROLINA GHANNAM; SILVA, JULIA NEVES BATISTA; CYRINO, LARISSA SILVA; BOTELHO, GUSTAVO POLIZEL; YAMAMOTO, LEANDRO RESENDE; WINTER, DANIEL HUGO;
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba - Minas Gerais - Brasil;

Relevância: O caso ilustra a complexidade da relação entre exposição à sílica, silicose e sarcoidose, acarretando em dificuldade na distinção diagnóstica. Portanto, pode haver tanto subdiagnóstico de silicose, com perda da possibilidade de indenização profissional, quanto o não diagnóstico de sarcoidose, comprometendo a chance de tratamento que vise a possibilidade de remissão da doença. História da doença atual e pregressa: Masculino, 59 anos, marmoreio, com história de duas internações em 2023 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, devido à dispneia aos pequenos esforços, dessaturação, adenomegalia e síndrome consumptiva. Em primeira internação, por padrão radiográfico de lesões e exposição ocupacional, foi aventada a hipótese de silicose e feita biópsia de linfonodo mediastinal. Após melhora clínica, alta com oxigênio domiciliar e retorno ambulatorial. Antes do retorno, houve segunda internação por piora clínica e maior acometimento pulmonar, sendo questionado o diagnóstico de silicose e reforçado o diferencial de sarcoidose. Exame físico: REG, murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo. Estertores finos difusamente, taquipneico, saturação de 94% em cateter nasal de oxigênio a 4l/min. Exames complementares: Cálcio: 9.1mg/dl, ECA: 20U/l. TC de tórax em primeira internação: Alterações fibrocicatriciais em pulmões, retrações parenquimatosas e bronquiectasias, espessamento pleural. Micronódulos difusos, linfonodos subaórticos e paratraqueais medindo 1,1cm. Acentuação dos achados de TC anterior em segunda internação. BAAR negativo. Ecocardiograma: Pressão em artérias pulmonares de 69mmHg. FEVE: 47%. Biópsia de linfonodo: Linfadenite granulomatosa não-necrotizante, com fungos e micobactérias ausentes. Sem detecção de cristais de sílica. Diagnóstico: Hipótese inicial de silicose, mas provável sarcoidose. Evolução: Pela suspeita de sarcoidose, realizada prova terapêutica com corticóide, com melhora do quadro respiratório, além de avaliação de reumatologia. Optado por alta hospitalar com prednisona (60mg/dia) e seguimento ambulatorial. Discussão: Sarcoidose é uma doença sistêmica autoimune marcada por granulomas não caseosos em órgãos afetados e a silicose constitui um quadro pulmonar intersticial difuso, crônico e incurável, relacionado à exposição à sílica. O caso apresentou TC de tórax compatível com fibrose maciça progressiva de provável etiologia de silicose, pelo histórico de exposição. Entretanto, a evolução clínica e a biópsia tornaram a sarcoidose como o diagnóstico mais provável. Tal quadro remete à inter-relação entre essas doenças. A exposição às micropartículas é descrita como fator de risco de desenvolver doenças autoimunes, como a sarcoidose. Para o diagnóstico da mesma, por ser doença idiopática, há necessidade de excluir outras moléstias de causas conhecidas, fato realizado em segunda internação. Assim, pode ser difícil distinguir essas doenças com base apenas na exposição e em exames de imagem.

057 ACOMETIMENTO PULMONAR SECUNDARIO A SINDROME ANTI SINTETASE - RELATO DE CASO

SILVA, THIAGO DARLAN SILVEIRA DA; REGIS, PAULA ADRIANA PRADO MELO; BARROS, PEDRO PINHEIRO; SILVA, RAISSA CAROLINNE BORBA ALVES DA; COSTA, DEMETRIUS SILVA; LOPES, DANYLO FERNANDES IGLESIAS LEITE; MEDEIROS, GABRIELA MACEDO EGÍDIO; FREITAS, LETICIA LIMA; FORTES, HENRY MARTINS SOARES; MEDEIROS, RAYANNE ALVES DE CARVALHO;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - RECIFE - Pernambuco - Brasil; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - RECIFE - Pernambuco - Brasil;

Justificativa: A síndrome anti sintetase é uma patologia heterogênea e rara caracterizada pela positividade de anticorpos anti-sintetase e de autoanticorpos cursando com artrite, miosite e acometimento intersticial pulmonar, evoluindo com elevada morbimortalidade. Todavia, ainda não há consenso na literatura acerca do tratamento de tal apresentação. Nesse sentido, relatamos a seguir o manejo de um paciente com acometimento pulmonar secundário à síndrome anti sintetase. Relato de caso: Paciente, 43 anos, masculino, professor, inicia quadro de dispneia aos esforços, tosse e febre em dezembro de 2022, com radiografia de tórax evidenciando infiltrado reticular difuso. Diagnosticado como portador de pneumonia e abordado com múltiplos esquemas antibióticos, porém sem melhora. Nesse contexto, encaminhado ao serviço de pneumologia apresentando piora progressiva da dispneia (mMRC 3), tosse, febre, artralgia em mãos e joelhos e perda de força em musculatura proximal. Ao exame físico, apresentava ausculta pulmonar reduzida difusamente, sem ruídos adventícios. Tomografia de tórax evidenciou comprometimento difuso do parênquima pulmonar sobretudo nos campos médios e inferiores por nódulos centrolobulares, áreas de pavimentação em mosaico e zonas de aprisionamento aéreo, achados sugestivos com o padrão de pneumonia intersticial não específica. Ademais, provas de função pulmonar evidenciaram padrão ventilatório obstrutivo acentuado com capacidade vital forçada reduzida com resposta à prova broncodilatadora, sendo iniciada terapia com broncodilatação de longa duração e corticóide inalatório com resposta clínica parcial. Solicitada pesquisa de autoanticorpos, cujo resultado demonstrou anti-Ro de 20,4 (VR<20), anti sintetase 85 (VR<25) e CPK em elevação (350, 490 e 530). Diante disso, aventado o diagnóstico de síndrome anti sintetase, com início de pulsoterapia com ciclofosfamida e prednisona. Após a instituição do tratamento, o paciente relatou melhora gradual dos sintomas supracitados evoluindo com alta hospitalar e seguimento de pulsoterapia mensal com ciclofosfamida, além de altas doses de corticoterapia. Discussão: Dada a ausência de amplos ensaios clínicos randomizados acerca do tratamento da intersticiopatia associada a síndrome anti-sintetase, seu manejo é baseado no uso de imunossupressores de escolha para as demais miopatias inflamatórias. Dessa forma, a corticoterapia é a base da terapêutica no período de maior atividade de doença, com manutenção de doses elevadas por cerca de seis a oito semanas e com posterior redução de tais doses conforme a tolerância clínica. Para a indução de imunossupressão e prevenção de recidivas, pode-se ainda lançar mão de drogas imunossupressoras, sendo a ciclofosfamida uma das drogas de escolha, principalmente em contextos de acometimento mais severo da doença, levando-se em conta a necessidade de manutenção da imunossupressão por longos períodos, dada sua potência satisfatória e sua boa penetração pulmonar.

058 AMILOIDOSE TRAQUEOBRONQUICA – SERIE DE DOIS CASOS

LIRA, JOANA MARIA BEZERRA DE; NETO, PAULO MIRANDA CAVALCANTE; SOARES, MARIA RAQUEL; OLIVEIRA, FERNANDA PAZ DE; KANSO, MÁRIAN LAMANA; PEREIRA, CARLOS ALBERTO DE CASTRO;
Unifesp - São Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: A amiloidose é uma doença heterogênea incomum caracterizada pela deposição extracelular de amiloide de forma sistêmica ou localizada. Cerca de metade dos casos localizados são no sistema respiratório. A amiloidose traqueobronquica (ATB) é uma forma rara de amiloidose localizada. O diagnóstico é desafiador, uma vez que os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar sibilância crônica, dispneia e tosse. A tomografia computadorizada (TC) é necessaria porém o diagnóstico padrão-ouro é uma biópsia de tecido usando corante vermelho congo. RELATO 1: Mulher, 59 anos, previamente diagnosticada com amiloidose traqueobrônquica por biópsia transbrôquica em 2006 tratada com dez sessões de radioterapia (RT). A paciente não retornou às consultas. Em outubro de 2021, evoluiu com sintomas de insuficiencia respiratoria e hemoptise. TC do tórax identificou espessamento difuso da mucosa da traqueia e brônquios com predominância no brônquio lobar superior esquerdo, com atelectasia do segmento anterior da lobo superior esquerdo. Excluídas causas infecciosas sendo submetida a mais dez sessões de RT e os sintomas se estabilizaram. No entanto, houve perda de VEF1: 1,72L / 51% queda absoluta em 17 anos. RELATO 2: Homem, 57 anos, refere dispneia iniciada há 1 ano com piora progressiva, atualmente aos mínimos esforços, mMRC 4, associado a tosse seca e sibilância. Refere episódios de hemoptóicos 3 x no último ano. Relata perda de 13 kg em 5 meses. VEF1: 2,21L/60%. TC de tórax evidenciou espessamento circunferencial da traqueia e brônquios principais, além de áreas de espessamento da parede brônquica do brônquio do lobo médio com calcificações focais. Biopsia laríngea confirmou amiloidose sendo paciente encaminhado a RT. DISCUSSÃO: Não há cura conhecida para amiloidose traqueobronquica. O tratamento com RT pode ser eficaz na redução dos sintomas, pelo menos temporariamente, especialmente com envolvimento primário das vias aéreas distais, embora os amilóides possam retornar com o tempo, exigindo intervenções recorrentes ao longo dos anos. O acompanhamento a longo prazo é, portanto, necessário para esses pacientes para procurar quaisquer sintomas e/ou progressão da doença pela TC. A doença proximal tem mais recorrências e altas taxas de progressão da doença. O prognóstico dos pacientes com ATB é variável com mortalidade variando de 30% a 50% após cinco a 10 anos.

059 ASPECTOS TOMOGRAFICOS DA IMUNODEFICIENCIA COMUM VARIAVEL SUGESTIVOS DO DIAGNOSTICO DE DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL LINFOCITICA GRANULOMATOSA: UMA REVISAO SISTEMATICA

AMARAL DE SOUSA, LUCAS COSTA; HUNT, SHANNON DE OLIVEIRA; MARQUES, DANILO DE SANTANA; MOTTA, DANIELA DE LUCENA; DE SANTANA, JULIANA SILVA; AMORIM, CAROLINE ALENCAR;
Universidade Federal de Pernambuco - Recife - Pernambuco - Brasil;

Introdução: A Imunodeficiência Comum Variável (CVID) é uma deficiência primária de anticorpos, que se manifesta por hipogamaglobulinemia, o que propicia o surgimento de infecções e, em situações mais incomuns, há o desenvolvimento de lesões difusas de características granulomatosas e padrões histopatológicos linfoproliferativos. A Doença Pulmonar Intersticial Linfocítica Granulomatosa (GLILD) é uma forma rara de doença pulmonar intersticial de exclusão, em que os exames de imagens são de grande importância para o diagnóstico diferencial. A tomografia computadorizada (TC) de tórax é o principal exame de imagem utilizado na avaliação inicial, porém, não há achados típicos que possam sugerir o diagnóstico conclusivo da doença granulomatosa. Objetivos: Este artigo consiste de uma revisão sistemática com o objetivo de verificar o padrão dos achados tomográficos em pacientes com CVID, com enfase nos achados de bronquiolite e vidro fosco, para o diagnóstico de GLILD. Métodos: Revisão sistemática realizada com cinco descritores em quatro bases de dados, de publicações entre 2012 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol. Tendo sido utilizado os protocolos CoCoPop para desenho da revisão sistemática e protocolo PRISMA para seleção dos artigos encontrados. Resultados: A British Lung Foundation, em 2017, realizou um consenso onde os achados esperados para o diagnóstico de GLILD foram a presença de nódulos, opacidade em vidro fosco, esplenomegalia e linfadenopatia. A partir de 234 resultados iniciais, 26 artigos foram incluídos, o que equivale a um total de 775 pacientes com CVID analisados e diversas alterações radiográficas com anormalidades, destacando-se os achados de bronquiectasia, pneumonia, atelectasias, entre outros. Após a avaliação dos dados encontrados, se observou que 9,55% do total dos pacientes com CVID possuíam nódulos sólidos ou semisólidos, 7,74% linfadenopatía e 4,39% opacidades em vidro fosco. A esplenomegalia foi mencionada em 3 artigos. Como achado incomum, foi observado que a bronquiectasia, que não é uma característica típica da GLILD, foi a modificação mais comum observada nos artigos. Contudo, visto que a correlação deste achado com infecções do trato respiratório e dada a limitação do estudo onde não havia descrição quanto a infecções nos pacientes observado, pode-se supor a correlação deste achado com as infecções recorrentes na CVID. Conclusões: Os resultados mostraram que o percentual de pacientes que apresentaram tais comorbidades em exames de TC de tórax foram inexpressivos, não havendo, nas literaturas revisadas, evidências epidemiológicas expressivas que sugerissem a importância da introdução dos achados de opacidade em vidro fosco e de bronquiolite na classificação dos casos de CVID. Assim como, os achados provaram-se extremamente diversos de modo que não se é possível traçar um padrão dos achados tomográficos observados.

060 ASSOCIAÇAO DE POLIANGEITE MICROSCOPICA E SINDROME DE LANE-HAMILTON: UM RELATO DE CASO

CAUZZO, ISABELA SCHOENACKER; KAWASSAKI, ALEXANDRE DE MELO; KAIRALLA, RONALDO ADIB; AMARAL, ALEXANDRE FRANCO;
USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO A Poliangeíte Microscópica (PAM) é uma vasculite necrosante relacionada ao ANCA que acomete pequenos vasos, podendo cursar com hemorragia alveolar e glomerulonefrite rapidamente progressiva, eventualmente acometendo outros órgãos. A síndrome de Lane-Hamilton, por sua vez, é uma rara associação entre doença celíaca e hemossiderose pulmonar. Relatamos o caso de uma paciente com doença celíaca e hemossiderose pulmonar, porém com biópsia pulmonar característica de PAM. CASO CLÍNICO Paciente do sexo feminino de 44 anos e antecedente de anemia ferropriva, com quadro de 3 anos de tosse seca, fadiga, dispneia progressiva aos esforços e perda ponderal. Exame físico normal. Apresentava, em tomografia de tórax, lesões em vidro-fosco difusas. Exames laboratoriais mostraram FAN positivo 1/160 nuclear pontilhado fino e pANCA reagente 1/20 (porém com anti-MPO negativo). Realizada broncoscopia, com achado de 30% de siderófagos no lavado broncoalveolar, compatível com hemossiderose pulmonar. Investigação da anemia ferropriva revelou a presença de anticorpos anti-transglutaminase tecidual e anti-gliadina e biópsia de duodeno demonstrou atrofia vilosa com linfocitose intra-epitelial. Os diagnósticos de doença celíaca e hemossiderose pulmonar (síndrome de Lane-Hamilton) foram estabelecidos. Foi iniciado tratamento com dieta sem glúten, corticóide e ciclofosfamida; porém, devido à ausência de resposta clínica, optado pela realização de biópsia pulmonar cirúrgica, que, surpreendentemente, revelou a presença de infiltrado neutrofílico compatível com PAM. Atualmente, encontra-se em tratamento com Rituximabe, com estabilidade da doença. DISCUSSÃO Descrevemos uma associação incomum de uma paciente que recebeu, inicialmente, o diagnóstico de síndrome de Lane-Hamilton (associação de hemossiderose pulmonar idiopática com doença celíaca), cuja biópsia pulmonar, no entanto, foi compatível com PAM (também descrita como capilarite pauci-imune quando restrita ao pulmão). O diagnóstico de PAM é baseado na associação de características clínicas com as da biópsia, no tipo de ANCA e na avaliação de outros órgãos acometidos, sendo a principal manifestação pulmonar a hemorragia alveolar. A hemossiderose pulmonar idiopática, por sua vez, é uma condição rara que, quando associada à doença celíaca, caracteriza a síndrome de Lane-Hamilton. Existem raros relatos na literatura de pacientes que receberam diagnóstico de hemossiderose pulmonar idiopática e, posteriormente, evoluíram com vasculites relacionadas ao ANCA. No entanto, os autores desconhecem relatos que incluem a associação também com a doença celíaca. Pode-se especular que alguns quadros de hemossiderose pulmonar associados à doença celíaca podem representar, na realidade, a presença de vasculite pauci-imune, corroborado pela descrição de boa resposta ao tratamento imunossupressor. Alternativamente, a eventual exposição de antígenos pulmonares poderia explicar o desenvolvimento da doença auto-imune a posteriori.

061 AVALIAÇAO CLINICA, DEMOGRAFICA E FUNCIONAL DE PACIENTES COM PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE E SUA COMPARAÇAO BASEADA NOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS ATUAIS

BRIDI, GUILHERME DAS POSSES; SILVA, BIANCA FREIRE; CUNHA, MARIETA CABRAL AMARAL; QUEIROZ, DOUGLAS SILVA; ALVES-JR, JOSÉ LEONIDAS; SALGE, JOÃO MARCOS; CARVALHO, CELSO RICARDO FERNADES; KAIRALLA, RONALDO ADIB; SOUZA, ROGÉRIO; BALDI, BRUNO GUEDES;
InCor - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar intersticial (DPI) imunomediada. Os critérios diagnósticos atuais são baseados em um nível de confiança de diagnóstico moderado, alto ou definitivo. Objetivos: Descrever e comparar a qualidade de vida e as características clínicas, demográficas e funcionais de pacientes com PH de um grande centro de São Paulo, segundo o nível de confiança no diagnóstico. Métodos: Estudo transversal que incluiu pacientes com PH maiores de 18 anos com nível de confiança diagnóstico moderado, alto ou definitivo com base nas diretrizes ATS/JRS/ALAT de 2020. Foram realizados questionários de qualidade de vida K-BILD, testes de função pulmonar e teste de caminhada de 6 minutos (TC6M). A comparação entre os grupos foi realizada por meio de análise de variância unidirecional (ANOVA) Resultados: Foram avaliados 70 pacientes, 61 (88%) com PH fibrótica. A média de idade foi de 66 anos e 62% eram do sexo feminino. 41 (67%), 11 (18%) e 9 (15%) tiveram confiança moderada, alta confiança e diagnóstico definitivo, respectivamente. Pacientes com confiança moderada tinham capacidade vital forçada (CVF) de 51% do previsto, capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO) de 39% do previsto, distância percorrida no TC6M de 310 m e pontuação K-BILD de 58. Pacientes com alta confiança tinham CVF de 45% do previsto, DLCO de 39% do previsto, distância percorrida no TC6M de 277 m e K-BILD de 61, enquanto aqueles com diagnóstico definitivo tinham CVF de 51% do previsto, DLCO de 41% do previsto, distância percorrida no TC6 de 411 m e escore K-BILD de 57. Não houve diferença na CVF (p=0,192), DLCO (p=0,426), distância percorrida no TC6M (p=0,068) e escore de qualidade de vida (p=0,909) entre os grupos. Conclusões: Em nosso estudo, não houve diferença na qualidade de vida, características clínicas e funcionais entre os grupos diagnósticos atuais de pneumonite de hipersensibilidade.

062 BIOPSIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA NO DIAGNOSTICO DE DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR: RESULTADOS CLINICOS, ANATOMOPATOLOGICOS E FINANCEIROS EM HOSPITAL DE MEDIA COMPLEXIDADE.

DE NADAI, TALES RUBENS; CIRINO, CAIO CESAR INACO; AMATE NETO, ANDRE; CAMARGO PRETO, FELIPE RAMOS; SANTOS, MARCEL KOENIGKAM; FABRO, ALEXANDRE TODOROVIC; MARTINEZ, JOSÉ ANTONIO BADDINI;
Hospital das Clínicas de Bauru - Bauru - São Paulo - Brasil;

Introdução: A biópsia cirúrgica em doenças intersticiais pulmonares é instrumento importante para diagnóstico e tratamento clínico neste grupo heterogêneo de doenças. A biópsia por videotoracoscopia, após a ineficiência do diagnóstico broncoscópico, é o método de escolha para obtenção de amostra tecidual em nosso serviço. Objetivos: Analise dos resultados clínicos, anatomopatológicos e financeiros das biópsias pulmonares cirúrgicas de pacientes com doenças intersticiais fibrosantes. Métodos: Coorte retrospectivo das biópsias pulmonares por videotoracoscopia realizadas em hospital de referência de média complexidade. Resultados: Em 24 meses, 45 pacientes foram operados, sendo 24 do sexo feminino (53,3%) e 21 masculino (46,6%), idade média de 59 anos (33-75), prova de função pulmonar prévia a cirurgia com médias de VF1 de 75,2% (45–111) e CVF de 72% (40-102). Todos pacientes foram submetidos ao procedimento com anestesia geral, intubação não seletiva, uso de CO2 para pneumotórax intra-operatório, bloqueio anestésico intercostal intratorácico, acesso cirúrgico com três portais e uso de Staplers. O tempo cirúrgico médio foi de 42 minutos (25–65). Foram biopsiados 61 lobos pulmonares, sendo 14 procedimentos bilobares (31,1%) e 30 unilobares (66,7%) e um tri-lobar (0,02%). Onze procedimentos (24,4%) abordaram o hemitórax esquerdo e 34 o direito (75,5%). O lobo inferior direito foi o mais abordado (28 vezes (62,2%), seguido do superior direito e inferior esquerdo, ambos com 12 abordagens cada (26,6%). A média de cargas de staplers foi de 2,86 por cirurgia (2-5). O tempo médio de internação foi de 3,68 dias (1-19), sendo que dois casos permaneceram internados por um período maior para volta e acerto terapêutico de anticoagulação oral. A taxa global de complicações foi de 11,11%, entre elas um pneumotórax, um derrame pleural, um escape aéreo prolongado e dois pacientes com pneumonia. Nenhum óbito em 90 dias. Os diagnósticos resultados pela biópsia pulmonar associada a discussão multidisciplinar foram: Pneumonia por Hipersensibilidade (PH) 12 casos (26,6%) seguido de Fibrose Pulmonar Intersitical (FIP) secundária a broncoaspiração 10/45 (22,2%), FIP secundária a outros agentes Medicamentosos 8/45 (17,78%), Fibrose Pulmonar Idiopática 4/45 (8,8%), Sarcoidose 2/45 (4,4%). A Linfangioleiomiomatose, a Histocitose, a PB Micose e a hemorragia intersticial secundário a SAAF somaram quatro casos no total. Conclusões: A biópsia pulmonar por videotoracoscopia para doenças intersticiais é um método de excelência com sensibilidade diagnóstica alta, níveis de complicações clínicas aceitáveis, porém com custo por procedimento elevado comparado ao de cirurgia de médio porte, custo este alavancado pelo alto custo dos Staplers no Brasil. Mesmo assim, a economia financeira pode acontecer se extrapolarmos para menor tempo de internação e rápido diagnóstico associado ao procedimento.

063 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DA MORTALIDADE POR PNEUMOCONIOSE NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL, NOS ANOS DE 2013 A 2022

RIBEIRO, ANTONIO JOSÉ ROCHA; CABRAL, MAURO ANDRÉ AZEVEDO SILVA KAISER; GARCIA, JÉSSICA CRISTINE DA SILVA; REIS, IZABELA DE FIGUEIREDO; VIEIRA, LUCAS SOUSA; SIQUEIRA, GUSTAVO BRUNO MARTINS DE; NASCIMENTO, CARLOS EDUARDO DA CUNHA; SILVA, ELVIRA DOS ANJOS TORQUATO DA; CASTRO, AGNES ELOHIM NICOLAU DE; GIUSTI, JOÃO ANTÔNIO ZANETTE; OLIVEIRA, PALOMA SOARES; ALMEIDA, ARTUR MENEGAZ DE; DAVID, YONARA RIVELLE NEVES;
Universidade Federal de Mato Grosso - Sinop - Mato Grosso - Brasil;

Introdução: A pneumoconiose é um grupo de doenças pulmonares causadas pela inalação de partículas de poeira, como sílica, carvão e amianto, de modo que é considerada uma doença ocupacional evitável que afeta trabalhadores envolvidos no manejo desses produtos. A doença pode causar danos pulmonares irreversíveis e levar à insuficiência respiratória. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por pneumoconiose no estado do Mato Grosso durante os anos de 2013 a 2022. Métodos: Estudo epidemiológico descritivo retrospectivo em série com base na coleta de dados secundários do sistema de informações da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Variáveis selecionadas foram: ano de óbito, sexo, faixa etária, cor/raça, anos de estudo, causa básica (CID10 3C: J44, J44.0, J44.1, J44.8 e J44.9) e assistência médica. Os dados foram tabulados e feitos os cálculos das frequências absolutas e relativas no programa Microsoft Excel. Os aspectos éticos estão de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 510/2016. Resultados: Foram registrados 43 óbitos por pneumoconiose no período analisado. O maior percentual foi no ano de 2013 (20,9%), seguido pelos anos de 2019 (18,6%), 2016 (13,9%), 2017 (9,30%), 2018 (6,97%), os anos de 2014, 2021 e 2022 (ambos com 4,65%) e 2020 (2,32%). Quanto ao sexo, a maioria dos óbitos foram no sexo masculino (76,7%), enquanto no sexo feminino foi de 23,3%. A principal faixa etária acometida foi de 50 a 59 anos (25,6%), em sequência temos acima de 80 anos (21%), 40 a 49 anos (18,6%), 60 a 69 anos (16,3%), 70 a 79 anos (11,5%) e 20 a 39 anos (7%). A etnia com maior mortalidade foi a parda (51,2%), seguida pela branca (32,5%), preta (14%) e indígena (2,3%). Os óbitos em relação aos anos de estudo ocorreram principalmente no grupo com 1 a 3 anos (30,2%), seguidos pelos com 4 a 7 anos (23,3%), nenhum ano de estudo (20,9%) e 8 a 11 anos (18,6%), em branco ou ignorado (7%). Entre os óbitos, 74,4% receberam assistência médica , 4,6% não tiveram assistência médica e em 21% essa informação não foi encontrada. Em relação às macrorregiões com maior mortalidade, temos primeiro a Centro-Norte (37,1%), Norte (23,3%), Oeste (21%), Sul (14%) e Leste (4,6%). Conclusões: O estado do Mato Grosso, entre 2013 e 2022, registrou 43 óbitos por pneumoconiose, com maior incidência em 2013 e 2019. O sexo masculino foi mais afetado, principalmente na faixa etária de 50 a 59 anos e a etnia parda apresentou maior mortalidade. Observou-se que a baixa escolaridade e falta de assistência médica especializada aumentaram a mortalidade. As macrorregiões Centro-Norte e Norte foram as mais afetadas. Assim, torna-se importante intensificar ações preventivas e conscientização para reduzir a ocorrência desta doença ocupacional e preservar a saúde dos trabalhadores.

064 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR RELACIONADA AO IGG4: RELATO DE CASO

PASSOS, HOMERO RODRIGUES DOS; BANDEIRA, CESAR PIRAJA; ALMEIDA, BEATRIZ VILACIAN; ORIAS, RODRIGO URRESTI; STOIANOV, THIAGO RODRIGUES DA CUNHA; KAIRALLA, RONALDO ADIB; AMARAL, ALEXANDRE FRANCO;
USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução A doença relacionada ao IgG4 é uma condição rara multissistêmica caracterizada por fibroinflamação imunomediada dos tecidos, podendo atingir diversos órgãos, dentre eles o pulmão. As principais manifestações pulmonares da doença incluem acometimento de pequenas vias aéreas, pleura, mediastinite fibrosante, linfadenopatia mediastinal, nódulos ou massas e acometimento intersticial, tipicamente com áreas de consolidação, vidro fosco e/ou acometimento peribroncovascular. Por sua vez, o padrão PIU típico na tomografia de tórax, mais comumente associado à fibrose pulmonar idiopática, admite diversos diagnósticos diferenciais, incluindo pneumonite por hipersensibilidade, asbestose, artrite reumatoide, vasculites relacionadas ao ANCA e doenças pulmonares induzidas por drogas. Descrevemos um paciente com doença relacionada à IgG4 e padrão PIU típico em tomografia de tórax. Apresentação do Caso Homem de 72 anos, com antecedente de doença renal crônica grave não dialítica, de etiologia até então desconhecida, ex-tabagista (carga tabágica de 28 anos-maço), com exposição remota a pássaros em domicílio (havia cessado 2 anos antes de avaliação inicial). Iniciou investigação de quadro de tosse seca há cerca de 5 anos, associada a dispneia progressiva aos esforços. Ao exame físico, apresentava estertores em velcro bilateralmente com grasnido à ausculta e sem dessaturação em ar ambiente. Tomografia de tórax demonstrava padrão radiológico compatível com Pneumonia Intersticial Usual (PIU). Revisão de biópsia renal realizada previamente em 2010 revelou infiltrado inflamatório intersticial linfoplasmocitário, com reação imuno-histoquímica mostrando a presença de aumento difuso de IgG total e relação IgG4/IgG acima de 50%. Optado pelo início de prednisona 40 mg/dia em conjunto com equipe de Nefrologia. Durante desmame de tratamento, apresentou exacerbação aguda da doença intersticial. Optado por reinício de corticoterapia oral e associação de imunossupressão com micofenolato, cursando com estabilidade. Discussão Em nosso caso, descrevemos uma rara associação entre doença relacionada à IgG4 e padrão PIU na tomografia de tórax. A princípio, a única outra manifestação que o paciente apresentou em relação à doença de base foi renal, o que também é incomum. O papel da IgG4 no desenvolvimento de processo inflamatório é indeterminado. Nos pacientes com a doença, há elevadas populações de células CD4+ citotóxicas, levando à ativação e recrutamento de macrófagos, eosinófilos e fibroblastos, desenvolvendo inflamação e fibrose, o que poderia explicar a associação com a doença pulmonar intersticial. Em resumo, o padrão tomográfico de PIU típico engloba um universo importante de diagnósticos diferenciais que devem ser apropriadamente investigados. A doença relacionada à IgG4, por sua vez, possui diversas manifestações torácicas e nosso caso reforça a possível associação entre as duas entidades.

065 ENDOMETRIOSE TORACICA SE APRESENTANDO COMO DOENÇA PULMONAR CISTICA DIFUSA: UM RARO RELATO DE CASO

BRIDI, GUILHERME DAS POSSES; OLIVEIRA, MARTINA RODRIGUES; CARVALHO, CARLOS ROBERTO RIBEIRO; NASCIMENTO, ELLEN CAROLINE TOLEDO; BALDI, BRUNO GUEDES;
InCor-HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

A endometriose é caracterizada pela presença de glândulas semelhantes ao endométrio e estroma fora da cavidade uterina. As principais manifestações da endometriose no tórax incluem pneumotórax catamenial, hemotórax catamenial, hemoptise catamenial com opacidades em vidro fosco e nódulos pulmonares, conhecidas coletivamente como síndrome da endometriose torácica (SET). A doença pulmonar cística difusa (DPCD) é caracterizada pela presença de cistos em mais de um lobo pulmonar, geralmente bilateralmente. O diagnóstico diferencial inclui etiologias neoplásicas, inflamatórias e infecciosas. Pela primeira vez relatamos um caso de endometriose torácica como doença cística pulmonar. Uma mulher de 34 anos foi admitida em nossa clínica com queixas de dispneia aos esforços há 4 anos associada a dor pélvica crônica. Apresentou três pneumotóraces espontâneos, dois no pulmão esquerdo e um no pulmão direito, sendo a maioria deles relacioados ao ciclo mesntrual. Foi realizada pleurodese bilateral em ambos os hemitóraces. Ela usava contraceptivos orais combinados de forma crônica. A TC de tórax mostrou cistos pequenos, regulares e de paredes finas em ambos os pulmões, sem outras manifestações como derrame pleural ou pneumotórax. Os exames laboratoriais eram normais, incluindo autoanticorpos negativos. A RNM de tórax mostrou discreto espessamento pleural posterior bilateral com sinal intermediário em T1 e T2, podendo corresponder ao conteúdo sanguinolento. A RNM abdominal e pélvica mostrou espessamento na região retrocervical uterina compatível com endometriose. Após discussão multidisciplinar, a segmentectomia pulmonar direita foi realizada para estabelecer o diagnóstico. A análise histopatológica demonstrou células estromais do tipo endometrioide ao redor do cisto subpleural bem representado, com imunohistoquímica negativa para HMB45 e beta-catenina. No entanto, foi positivo para WT1, CD10 e receptor de estrogênio, o que confirmou o diagnóstico de endometriose torácica. Após abordagem multidisciplinar, iniciou-se tratamento com análogo de GnRH (goserelina) e a paciente permaneceu estável no seguimento em 3 meses. A fisiopatologia dos cistos não foi completamente definida. No entanto, alguns autores postulam que um implante endometrial intrapulmonar local aumenta durante a menstruação, constringindo os brônquios mais próximos. Assim, criando um mecanismo de obstrução em válvula, levando à formação de cistos. Nesse caso, o tratamento sistêmico para a endometriose parece ser mais adequado quando comparado ao tratamento local com ressecção, reservado para implantes focais.

066 FIBROSE PULMONAR SECUNDARIA A COVID-19

PACHER, SARAH; LIMA, MARIANA LAFETA; FARESIN, SONIA MARIA;
Unifesp - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A doença causada pelo novo coronavírus (Covid-19) foi declarada como pandemia pela OMS em março de 2020 e acometeu milhões de pessoas em todo o mundo. A fibrose pulmonar pós-COVID-19 é definida como a presença de sequelas tomográficas fibróticas persistentes observadas no período de acompanhamento, que podem ou não estar relacionadas com sintomas persistentes. Objetivo: Relatar o caso de um paciente jovem, previamente hígido, que apresentou queda de funcionalidade e achados característicos de fibrose pulmonar em TC de tórax após infecção grave pelo SARS-CoV-2. Relato de caso. Masculino, 47 anos, atleta, ficou internado 98 dias após Covid-19 grave em 2021. Necessitou de ventilação mecânica prolongada, traqueostomia e apresentou várias complicações incluindo pneumotórax e pneumomediastino. Recebeu alta pesando 34 kg, com fraqueza intensa, incapacidade para a deambulação e recebendo oxigenoterapia contínua. A medida que apresentou recuperação do peso (88kg) observou piora de funcionalidade com dispneia aos mínimos esforços (mMRC 4), associada a episódios de tosse e sibilância e necessidade de manter 1 a 1,5 litros de O2 durante os esforços, fez uso de corticoterapia sistêmica por aproximadamente 12 meses após alta hospitalar. Exame físico: sons pulmonares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios e SpO2 de 94% em ar ambiente. TC de tórax: espessamento de septos interlobulares bilaterais, opacidades em vidro fosco, estrias fibróticas densas pulmonares de aspecto retrátil e distorção da arquitetura pulmonar. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo leve confirmado pela redução de CPT (57% previsto) e capacidade difusiva do monóxido de carbono moderadamente reduzida (48% previsto). Gasometria arterial em repouso e ar ambiente: pH = 7,38, PaO2 = 75,4, PaCO2 = 35; HCO3 = 21,5, BE = -4, SaO2 = 97,1%; D(A-a)O2 = 17,3 (prevista = 12,4). Teste do degrau com duração de 4 min, cessado por dispneia e dessaturação até 86%. PImáx =134 cmH2O (113% prev); PEmáx = 50 cmH2O (41% prev). Força de preensão palmar D: 50 kgf E: 40 kgf . Holter de ECG: Atividade ectópica supraventricular isolada e atividade ectópica ventricular monomórfica isolada. Ecocardiografia transtorácica: Desempenho sistólico do VE preservado e disfunção diastólica do VE tipo 1. Devido a persistência de fraqueza muscular realizou teste de exercício cardiopulmonar que permitiu afastar a suspeita de síndrome da fadiga crônica e presença de limitação ventilatória e trocas gasosas com padrão taquipneico no exercício. Paciente segue em acompanhamento no ambulatório pós-covid do Hospital São Paulo. Discussão: Diferente de outras causas de fibrose pulmonar, na fibrose pós-COVID-19 ainda não está claro se haverá progressão da mesma ao longo do tempo, como e por quanto tempo deverá ser realizado o seguimento dos pacientes que apresentam esta sequela, bem como quais medicações poderiam ser utilizadas nesta eventualidade.

067 HEMOSSIDEROSE PULMONAR IDIOPATICA EM MULHER DE MEIA IDADE COM ANTECEDENTE DE GASTROPLASTIA

SALVIANO, ANA LAURA GOES; FERNANDES, ANA LUIZA CAMPOS; TSUCHIYAMA, YUKA; MORAES, VINICIUS PAPA MILANI DE; ROSALINO, RAFAEL DEYRMANDJIAN; LUZ, LUANA CABRAL; CAVALCANTE NETO, PAULO MIRANDA; COLETTA, ESTER NEI APARECIDA MARTINS; BOTINI, LUCAS NOCETI; SANTOS, MARILIA RAGHIANTE SAMORA; NOMURA, FERNANDA MAYUMI; RIBEIRO, VANESSA DA PENHA; RODRIGUES, SILVIA CARLA SOUSA; RODRIGUES, MAURI MONTEIRO;

IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa: A hemossiderose pulmonar idiopática (HPI) é uma doença rara caracterizada por episódios recorrentes de hemorragia alveolar difusa (HAD) na ausência de capilarite ou depósito de imunocomplexos na biopsia pulmonar. Com etiopatogenia indeterminada, existe a hipótese de haver um mecanismo imunológico, tóxico ou alérgico subjacente; alguns casos foram associados ao fungo Stachybotrys atra. A HPI é mais prevalente em crianças e homens, podendo coexistir com a doença celíaca (DC) – a denominada síndrome de Lane-Hamilton (SLH). O diagnóstico é feito por exclusão e o tratamento envolve o uso de corticoide e/ou imunossupressores (principalmente a azatioprina). Apresentamos um caso de HPI numa mulher de meia idade com antecedente de gastroplastia. Não há descrição de DC nem de HPI após gastroplastia. Caso: Mulher, 57 anos, apresentou-se no serviço de Pneumologia com queixa de tosse com hemoptoicos, dispneia e fadiga. Antecedente de epilepsia e gastroplastia havia 3 anos. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Seus exames complementares mostravam TC de tórax com opacidades em vidro fosco nas bases pulmonares; anemia ferropriva, marcadores autoimunes/ sorologias virais não reagentes e bioquímica urinária sem alterações; endoscopia digestiva: esofagite grau A de Los Angeles; e ecocardiograma com hipertrofia de ventrículo esquerdo e disfunção diastólica grau I. Prosseguindo a investigação, foi realizada broncoscopia, que foi normal, com LBA e biopsia transbrônquica mostrando macrófagos xantomatosos com pigmentos castanhos dourados, confirmando HAD. O diagnóstico definitivo de HPI foi feito após biópsia cirúrgica que evidenciou HAD sem capilarite ou imunocomplexos. Anticorpos séricos para o diagnóstico de DC foram negativos. Houve estabilidade clínica após tratamento com prednisona e azatioprina. Discussão: Existem relatos de vários distúrbios alimentares, alteração da microbiota intestinal e risco de desenvolvimento de doença inflamatória intestinal após gastroplastia. A modulação da microbiota intestinal, disbiose viral e fúngica aliadas a fatores ambientais parecem atuar como cofatores na etiopatogenia da DC, apesar de a patogênese da SLH ser desconhecida. Neste caso, o diagnóstico da HPI três anos após gastroplastia chamou-nos a atenção. Se, a priori, tal associação parece ser mera coincidência, a hipótese de haver uma patobiologia unificadora subjacente não pode ser descartada. Devido a sua raridade, apresentações e associações variadas, o diagnóstico da HPI pode ser um verdadeiro desafio. Palavras-chave: hemoptise; hemossiderose; gastroplastia; patogênese. Referências: http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2004.04.007 http://dx.doi.org/10.1093/crocol/otac013 http://dx.doi.org/10.7759/cureus.23482 https://doi.org/10.3390/nu15112499

068 NODULOSE PULMONAR SECUNDARIO AO DA LEFLUNOMIDA EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATOIDE OVERLAP BRONQUIOLITE FOLICULAR

PEREIRA, RODRIGO SANTOS; NETO, PAULO MIRANDA CAVALCANTE; SOARES, MARIA RAQUEL; PEREIRA, CARLOS ALBERTO DE CASTRO;

UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença reumática autoimune que se caracteriza por poliartrite simétrica aditiva que pode levar à destruição articular. Há uma redução da expectativa de vida em 5 a 10 anos quando há manifestações extra-articulares. Os fatores de risco para envolvimento pulmonar incluem meia-idade, sexo masculino, artrite erosiva grave, altos títulos de fator reumatoide, nódulos subcutâneos, tabagismo e genética predisposição (HLA-DRB1). Todos os compartimentos torácicos podem ser afetados e as manifestações pleuropulmonares incluem doença pulmonar intersticial (padrão PIU, PINE, PO), derrame pleural, hipertensão arterial pulmonar, nódulos reumatoides pulmonares, doença de via aérea (bronquiectasia e bronquiolite) e vasculite. RELATO DO CASO: Paciente sexo feminino, de 62 anos, parda, natural e procedente de São Paulo, refere há 4 meses quadro de tosse produtiva mais intensa pela manhã, acompanhada de 1 episódio autolimitado de hemoptise há 60 dias, dispneia mMRC 2. Nega edema de MMII, chiado, dispneia paroxística noturna ou ortopneia. Possui antecedentes de Bronquiolite folicular (diagnóstico há 6 anos), Artrite Reumatoide soropositiva (há 30 anos) e Sjögren secundário, fazendo uso de Leflunomida 20mg/dia (há 2 anos) e Tocilizumabe 320mg uma vez ao mês além de terapia tripla com LABA+LAMA+CI. Submetida a tomografias de tórax sequenciais, observou-se surgimento de nódulos pulmonares com investigação infecciosa negativa para tuberculose e/ou fungos. Pelas características tomográficas entre os diagnósticos diferenciais aventou-se a hipótese de nodulose pulmonar por uso de leflunomida. Após a suspensão da droga, houve melhora importante das lesões nodulares com remissão do quadro de hemoptise. Optou-se por tratamento alternativo da AR com Tocilizumabe sem novos efeitos colaterais. DISCUSSÃO: Os nódulos reumatoides ou nódulos pulmonares necrobióticos são descritos em até 20% dos pacientes com AR. Geralmente são assintomáticos, mas podem causar tosse e escarro sanguinolento, com acometimento bilateral. A TC tem papel fundamental na identificação, no entanto o diagnóstico é desafiador pelos diagnósticos diferenciais como doenças granulomatosas, fúngicas e neoplasias. Histologicamente, os achados são de nódulos reumatoides compostos por necrose fibrinoide central circundada por histiócitos epitelioides em paliçada. No presente caso, os nódulos estavam relacionados ao uso da Leflunomida uma vez que a paciente tinha história de AR de longa data, não apresentava sinais de envolvimento pulmonar antes do tratamento com Leflunomida e a investigação para causas secundárias foi negativa. Outras medicações descritas na literatura que causam nodulose pulmonar são Azatioprina, Etanercepte, Metotrexato e inibidores Anti-TNF. O acompanhamento clínico e radiológico pode demonstrar tanto estabilidade quanto regressão dos nódulos pulmonares.

069 PERFIL DE INDIVIDUOS ADULTOS COM BRONQUIOLITE EM UM CENTRO DE CUIDADOS TERCIARIOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

LUZ, LUANA CABRAL; NOMURA, FERNANDA MAYUMI; SIMONGINI, RICELLI LAIS; FERNANDES, ANA LUIZA CAMPOS; RIBEIRO, VANESSA DA PENHA; RODRIGUES, MAURI MONTEIRO; RODRIGUES, SILVIA CARLA SOUSA;
Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - Sao Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A bronquiolite é um processo inflamatório e/ou fibrótico envolvendo bronquíolos respiratórios e membranosos. Árvore em brotamento, opacidades centrolobulares e atenuação em mosaico podem aparecer na tomografia computadorizada (TC) de tórax. Temos poucos estudos sobre o perfil de adultos portadores de bronquiolite. Objetivos: Avaliar o perfil de indivíduos com bronquiolite num centro de doenças pulmonares intersticiais. Métodos: Estudo observacional e transversal. Realizamos uma análise de dados demográficos, clínicos e funcionais, além de informações sobre procedimentos diagnósticos e classificação da doença. Foi utilizada estatística descritiva: para variáveis numéricas, média ± desvio-padrão ou mediana (intervalo-interquartil) e para variáveis categóricas, frequência. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética. Resultados: 68 de 103 casos com suspeita de bronquiolite foram selecionados, 57 (84%) mulheres e 47 (69%) de cor branca, idade 63,5 anos (20-85) e IMC 28,77 Kg.m2 (20,0-46,7). Tosse, sibilância e expectoração foram relatados em 50 (74%), 35 (52%) e 21 (31%). 23 (34%) referiram tabagismo e 50 (74%), exposição ambiental. A ausculta pulmonar estava alterada em 29 (43%). Na TC foram observados: nódulos centrolobulares em 26 (38%), espessamento brônquico em 51 (75%), mosaico em 42 (62%) e aprisionamento aéreo em 29 (43%). Os dados funcionais em % do predito foram: CVF 83% (72-92%); VEF1 76% (63%-84%); VEF1/CVF 68% ± 15%; CPT 93% (85%-102%); VR 104% (87%-123%); VR/CPT 45% (37-53%; DCO 84% (68%-97%). A resistência específica das vias aéreas foi 11± 8 cmH2O/L/s. Foram realizados biopsia transbrônquica em 23 (33%), lavado broncoalveolar padronizado em 15 (22%) e biopsia pulmonar cirúrgica 9 (13%). A doença foi classificada como: secundária à doença do tecido conjuntivo (DTC) em 20 (29%), associada a achados autoimunes (AAI) em 9 (13%), aspirativa em 4 (6%), pneumonite de hipersensibilidade (PH) em 7 (10%), bronquiolite respiratória em 6 (9%), pós infecciosa em 2 (3%) e criptogênica em 3 (4%). Em 6 casos, a bronquiolite foi atribuível a outras causas e em 11 não foi possível a classificação. Tratamento foi instituído em 56 (82%), broncodilatador inalado em 51 (75%), corticoide inalado em 50 (74%), corticoide sistêmico em 37 (54%), azitromicina em 11 (16%), cloroquina em 8 (12%), metotrexato em 8 (12%), leflunomida em 5 (7%), imunossupressores em 11 (16%) e imubiológico em 9 (13%). Conclusões: Nesta análise de bronquiolite realizada em um centro único, as principais causas de bronquiolite foram DTC e AAI, seguidas por PH e tabagismo. A doença foi mais frequente em mulheres. A maioria foi tratado com corticoide sistêmico e medicações inaladas, chamando a atenção o uso de citotóxicos, imunossupressores e biológicos, o que se deve ao substrato autoimune responsável pela maioria dos casos de bronquiolite nessa amostra. Exposição ambiental foi frequente e por isso imaginamos que alguns dos casos não classificados possam ser secundários à PH.

070 PNEUMONIA DE HIPERSENSIBILIDADE NAO FIBROTICA - DIFERENÇAS ENTRE AS DUAS ULTIMAS DIRETRIZES

SOUZA, YURI ARAUJO; CAVALCANTE NETO, PAULO MIRANDA; OTANI, LETICIA CALANDRINO; BAPTISTA, ANGELINE DA SILVA LOPES; LUZ, LUANA CABRAL; SIMONGINI, RICELLI LAIS; PEREIRA, LARA LUIZA SILVELLO; SALVIANO, ANA LAURA GOES; DE MORAES, VINICIUS PAPA MILANI; FERNANDES, ANA LUIZA CAMPOS; TSUCHIYAMA, YUKA; ROSALINO, RAFAEL DEYRMANDJIAN; CAU, LARISSA PRANDO; RODRIGUES, MAURI MONTEIRO; ESPÍNDULA, BIANCA FIDELIX; SCHEVZ, CATHERINE DOS REIS; REVOREDO, GABRIELA LIA DE AQUINO; RODRIGUES, SILVIA CARLA SOUSA; CASTELLANO, MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA;
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO: A Pneumonia de hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar intersticial (DPI) imunomediada, decorrente de exposição a antígenos orgânicos, sejam eles identificados ou não. A publicação de duas diretrizes de diagnóstico ATS em 2020 e CHEST em 2021 reclassificou as antigas subdivisões em Aguda, Subaguda e Crônica em Não fibrótica e Fibrótica. Relatar e classificar um caso PH não fibrótica utilizando tanto a diretriz da ATS quando do CHEST, descrevendo o poder de confiança. RELATO DO CASO: Homem, 51 anos, previamente hipertenso e diabético, sendo atendido com queixa de tosse seca, dispneia aos pequenos esforços e sibilância há 10 dias. Negava pneumopatias e tabagismo. Ao exame físico, apresentava FC=106bpm, FR=24irpm, SpO2=91% a.a. e na ausculta pulmonar apresentava grasnidos. Exames laboratoriais normais. Realizou TCAR de Tórax sem contraste com opacidades micronodulares em vidro fosco difusos bilateralmente. Foi iniciado antibiótico (Amoxicilina+Clavulanato) porém suspenso após internação na enfermaria. Após aplicação de questionário de exposição, paciente relata ter 5 pássaros em casa. Não havia características autoimunes no exame físico e os painel reumatológico foi negativo. Diante da hipótese diagnóstica de PH, foi solicitado broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) sendo identificado 44% de linfócitos e o CA 15-3 sérico = 193 (VN < 50). Paciente e familiares foram orientados a doar os pássaros para afastar o antígeno causador. O paciente realizou tratamento antiparasitário e iniciou prednisona 0,75mg/kg/dia por um mês com desmame progressivo até 20mg/dia em 3 meses sendo necessária reavaliação ambulatorial com realização de prova de função pulmonar e nova TCAR de tórax. DISCUSSÃO: Com a publicação de duas diretrizes, é necessário entender qual melhor reflete a prática clínica diária. Pela diretriz da ATS, o diagnóstico de PH não fibrótica seria de alta confiança uma vez que não foi realizada biopsia pulmonar. Já pelo CHEST, o diagnóstico de PH não fibrótica está confirmado e dispensaria a realização inclusive do LBA. No Brasil, a PH está entre as três DPIs mais incidentes sendo necessária a identificação do antígeno causador e posterior afastamento, como principal mudança prognóstica. A aplicação de questionários padronizados para identificação do antígeno é fundamental e com vasta literatura. O acompanhamento ambulatorial próximo deve ser realizado principalmente quando o antígeno é aviário pela questão sentimental existente com os animais de estimação. A corticoterapia reduz a inflamação bronquiolar existente e os poupadores de corticoide (azatioprina e micofenolato) são utilizados em caso de recidiva dos sintomas e/ou queda da função pulmonar com o desmame da prednisona.

071 PROTEINOSE ALVEOLAR - RELATO DE CASO

MONTEIRO, DESIREE JACOB; TREVISAN, ALEXANDRE; CHAGAS, GABRIEL HENRIQUE NUNES; SERRANO, ROSILET RONDON; SOUZA, FELIPE DE OLIVEIRA; RIECHI, JAMILE DA COSTA; NOGUEIRA, RAFAELA RODRIGUES SAMPAIO; CAVALHERO, LARISSA MARION GRANDE; SOARES, FATIMA MITSIE CHIBANA; NETO, ALCINDO CERCI; MAI, FLAVIO AUGUSTO;
HU-UEL - LONDRINA - Paraná - Brasil;

Introdução: A Proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma condição rara, causada pelo acúmulo de substância lipoproteica constituída por apoproteínas do surfactante e fosfolipídeos na região alveolar. Apresenta associação com o tabagismo e maior incidência em homens, com prevalência estimada em 0,37 casos em 100.000, na maioria dos casos o diagnóstico ocorre próximo aos 40 anos. O caso relatado a seguir apresenta relevância clínica e pela importância desde diagnóstico diferencial. Relato de caso: masculino, 56 anos, caminhoneiro, atendido no hospital universitário de Londrina (HU-UEL) com quadro de dispneia progressiva e dor torácica atípica há 5 meses, com piora há 3 dias, associado a perda de 5kg no período. História pregressa de HAS, dislipidemia e ex-tabagista (18 m/a, cessou há 9 anos). Sem exposições ambientais relevantes. À admissão encontrava-se em REG, saturando 87% aa e crepitações difusas à ausculta pulmonar. TC de tórax com opacidades em vidro fosco e espessamento dos septos interlobulares em ambos os pulmões, aspecto de pavimentação em mosaico. Paciente foi submetido a biópsia pulmonar aberta que confirmou o diagnóstico de Proteinose Alveolar com achado de material amorfo eosinofÍlico intra-alveolar, PAS positivo. Houve rápida progressão da doença sendo submetido a lavagem pulmonar total (LPT) através de broncoscopia 1 mês após o diagnóstico, recebendo alta com o2 domiciliar. Retornou ao hospital 6 meses após a alta com piora progressiva dos sintomas e do padrão tomográfico. Foi submetido novamente a LPT em dois tempos com aproximadamente 7 litros de soro fisiológico de aspecto leitoso com progressivo clareamento do lavado. Após o procedimento o paciente apresentou melhora clínica e recebeu alta hospitalar sem necessidade de O2 domiciliar. No seguimento ambulatorial observado estabilidade clínica e melhora tomográfica significativa persistente. Discussão: A PAP pode ser classificada em autoimune, secundária e congênita, sendo a autoimune a apresentação mais comum em adultos, causando alteração na depuração de surfactante. O quadro clínico é insidioso com dispneia, perda de peso e tosse. Suspeita-se do diagnóstico através do quadro clínico e com a imagem típica de pavimentação em mosaico na TC de tórax, o diagnóstico padrão ouro se dá através da biópsia. O tratamento mais eficaz para os casos moderados a graves que cursam com hipoxemia e dispneia grave é a LPT. No caso relatado após o segundo procedimento de LPT o paciente apresentou melhora clínica e tomográfica, além de não necessitar mais de O2 suplementar. Atualmente o tratamento de escolha é o LPT, podendo ser considerado nos casos refratários à terapia padrão o tratamento com GM-CSF recombinante e Rituximabe. O paciente foi beneficiado com a LPT e apresentou melhora radiológica, clínica e na qualidade de vida após a terapia padrão.

072 SERIE DE CASOS – TRATAMENTO DE PROTEINOSE PULMONAR COM RITUXIMABE

OLIVEIRA, FERNANDA PAZ DE; PEREIRA, CARLOS ALBERTO DE CASTRO; SOARES, MARIA RAQUEL; LIRA, JOANA MARIA BEZERRA; FUKUDA, CESAR YOSHITO; KANSO, MARIAN LAMANA;
UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Série de Casos: Relatamos abaixo série de 2 casos de proteinose alveolar acompanhados no ambulatório de doenças pulmonares intersticiais da UNIFESP. Caso 1: Feminino, 31 anos, sem comorbidades, dispneia progressiva associada à tosse seca. TC de tórax com padrão de pavimentação em mosaico e lavado broncoalveolar (LBA) de aspecto leitoso. Submetida à lavagem pulmonar bilateral em 02/2017, evoluiu com piora clínica, redução da difusão de monóxido de carbono (DCO) e capacidade vital forçada (CVF) após 31 meses, sendo iniciado tratamento com rituximabe. Após início do tratamento houve melhora clínica, radiológica e de função pulmonar. 2019: CVF 2,02L (56%), DCO 13,6 (50%). 2023: CVF 2,52 (70%), DCO 22,71 (103%). Caso 2: Feminino, 28 anos, antecedentes de asma, rinite alérgica e síndrome do ovário policístico; dispneia progressiva e tosse seca há 10 meses. Início de 2015: CVF 1,65L (48%), DCO 11,5 (43%). Hipoxemia de repouso com necessidade oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). TC de tórax: padrão de pavimentação em mosaico, LBA aspecto leitoso, com presença de estruturas globulares PAS+. Indicado lavagem pulmonar, sem resposta, iniciado rituximabe com melhora clínica e radiológica. Final de 2015: CVF 2,21L (64%), DCO 17,86 (67%) e desmame da ODP. Discussão: A proteinose alveolar pulmonar é uma síndrome rara, caracterizada por acúmulo alveolar de componentes de surfactante. Possui três etiologias: forma adquirida (autoimune): 90% dos casos, anticorpo que neutraliza o fator estimulador de colônia granulócito-macrófago (GM-CSF), diminuindo atividade macrofágica alveolar; forma genética, de transmissão autossômica recessiva na qual há um defeito na expressão do receptor da proteína GM-CSF; forma secundária a doenças como silicose, imunodeficiências e neoplasias hematopoiéticas. Manifesta-se mais comumente com dispneia progressiva, tosse e crepitações à ausculta pulmonar. Na imagem, padrão de pavimentação em mosaico: opacidades em vidro fosco com espessamento de septos interlobulares. A espirometria é normal na maioria dos casos. A DCO é reduzida e tem correlação com a gravidade da doença. O LBA de aspecto leitoso e a biópsia com material eosinofílico PAS+ contribuem para o diagnóstico. A lavagem pulmonar é o padrão ouro para tratamento, com melhora clínica em até 84% dos casos por 15 meses, em média. Outras opções são reposição de GM-CSF por via inalatória, indisponível no Brasil. Drogas imunossupressoras como rituximabe, que atuam reduzindo células B e, portanto, reduz produção de anticorpos anti-GM-CSF, podem ser usadas. A evolução é variável, desde insuficiência respiratória crônica hipoxêmica à resolução espontânea do quadro, e o tratamento irá depender da etiologia e manifestações da doença. No relato, apresentamos dois casos com boa resposta após uso de rituximabe. Por se tratar de medicação de difícil acesso, torna-se fundamental a descrição da experiência de centros de referência para ampliar as opções terapêuticas da proteinose alveolar.

073 SINDROME DO PULMAO ENCOLHIDO COMO CAUSA DE DISPNEIA EM PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

KANSO, MÁRIAN LAMANA; OLIVEIRA, FERNANDA PAZ DE; DOURADO, ISABELLA METRAN; SOARES, MARIA RAQUEL; PEREIRA, CARLOS ALBERTO DE CASTRO;
Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP-EPM - Sao Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) pode estar associado a diversos mecanismos de dispneia, ocasionando desde miosites e serosites até doenças intersticiais e associado a vasculites e eventos tromboembólicos. A síndrome do pulmão encolhido (SPE) é uma complicação raramente descrita, de mecanismos fisiopatológicos ainda não completamente estabelecidos, caracterizada por dispneia inexplicada, redução volumétrica pulmonar, elevação de cúpulas diafragmáticas e ausência de comprometimento parenquimatoso. RELATO DO CASO: feminino, 34 anos, branca, diagnóstico de LES com dispneia há um ano e piora progressiva há três meses, mMRC 4, associada a dor ventilatório dependente, taquicardia e ortopneia. Ao exame físico apresentava sons pulmonares reduzidos nas bases e SpO2 97%, sem outros achados semiológicos. Realizado angiotomografia computadorizada de tórax onde foi evidenciado redução volumétrica, com atelectasias nas bases e elevação das cúpulas diafragmáticas, sem tromboembolismo pulmonar ou intersticiopatia. Função pulmonar compatível com distúrbio ventilatório restritivo acentuado com redução acentuada da DCO. Foram analisadas as pressões respiratórias máximas com redução de cerca de 40% tanto da pressão inspiratória quanto expiratória. A ultrassonografia de cúpulas diafragmáticas evidenciou redução da excursão diafragmática e da fração de espessamento bilateralmente. Realizado o diagnóstico de SPE, paciente foi submetida a imunossupressão com metilprednisolona e ciclofosfamida com alta hospitalar após 12 dias. DISCUSSÃO: A SPE é uma condição rara descrita pela primeira vez em 1965 por Hoffbrand e Beck após análise de casos com achados de dispneia inexplicada associada a redução de volumes pulmonares, elevação de cúpulas e ausência de comprometimento parenquimatoso. Acomete cerca de 0.5 a 1% dos pacientes com LES, podendo ocorrer menos frequentemente na síndrome de Sjögren, esclerose sistêmica e artrite reumatoide. Ocorre na faixa etária dos 40 anos e em qualquer estágio da doença. Sua fisiopatologia está relacionada a disfunção dos músculos respiratórios, especialmente o diafragma, por mecanismos que ainda não estão bem estabelecidos, algumas teorias sugerem microatelectasias e deficiência de surfactantes, danos musculares por miosite, neuropatia do nervo frênico, inflamação pleural crônica e envolvimento de autoanticorpos específicos como anti-SSA. É uma doença de diagnóstico clínico-radiológico e funcional e não há consenso quanto ao padrão ouro de tratamento, no entanto, dados da literatura demonstram desfechos favoráveis com corticoterapia associado à imunossupressão, ganhando destaque nos últimos anos o uso de Rituximabe que demonstrou em alguns estudos melhora da função pulmonar. Apesar de rara, a SPE deve ser lembrada na investigação de dispneia em pacientes com LES, sua rápida suspeição clínica permite tratamento precoce e boa recuperação a longo prazo, evitando progressão da doença e reduzindo morbimortalidade.

doenças pleurais

074 AMILOIDOSE PLEURAL COMO FORMA DE ACOMETIMENTO DE DOENÇA DIFUSA.

BANDEIRA, THALYSSA ABREU; ALVES, LUIS RENATO; ALVES, MILENA MATOS; PASSAGLIA, ANA PAULA; BIANCHI, LETICIA LAGUNA; COSTA, JOSÉ RENAN VIEIRA;
HCMRP-USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Trata-se de uma forma de apresentação atípica de amiloidose. Paciente branca, 60 anos, previamente hígida, foi encaminhada ao HCMRP-USP para investigação de amiloidose cardíaca por queixa de dispneia aos moderados esforços com piora progressiva nos últimos 2 anos, associada a edema de membros inferiores. Relata também aparecimento de manchas arroxeadas em região peri orbitaria bilateral, região cervical e região mamaria direita com crescimento e progressão lenta nos últimos 2 anos. Durante investigação foi realizado biópsia de tecido subcutâneo e de medula óssea com quadro morfológico e imuno histoquímico compatível com infiltração por neoplasia plasmocitária com expressão de cadeia leve lambda, além de pesquisa de material amiloide positiva, assim, com confirmação de amiloidose. Foi realizado eco trans torácico a qual apresentou lesão sugestiva com strain longitudinal global do ventrículo esquerdo com padrão regional poupando o ápice (apical sparing). Em radiografia de tórax apresentou derrame pleural unilateral em hemitórax esquerdo. Realizado então toracocentese de alivio e diagnóstica, cuja citologia oncótica resultou negativa, além de biopsia pleural que evidenciou depósitos amiloides, pelo vermelho do Congo com focal birrefringência verde-maça. Dessa forma, apresenta Amiloidose AL Lambda com acometimento pleural. Evoluiu com estabilidade de sintomas cardíacos e derrame pleural após medicações para ICFER, atualmente está em tratamento com bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona. Trata-se de uma forma rara de acometimento do aparelho respiratório da doença de base.

075 DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO NAO EOSINOFILICO INDUZIDO POR ACIDO VAPROICO

LUZ, LUANA CABRAL; DE SOUZA, YURI ARAUJO; PEREIRA, LARA LUIZA SILVELLO; PEREIRA, ANGELINE DA SILVA LOPES; SIMONGINI, RICELLI LAIS; ROSALINO, RAFAEL DEYRMANDJIAN; CAVALCANTE NETO, PAULO MIRANDA; DE MORAES, VINICIUS PAPA MILANI; SALVIANO, ANA LAURA GOES; TSUCHIYAMA, YUKA; FERNANDES, ANA LUIZA CAMPOS; SANTOS, MARILIA RAGHIANTE SAMORA; RODRIGUES, SILVIA CARLA SOUZA; MILINAVICIUS, RICARDO;
Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

Relato clínico a respeito de derrame pleural induzido por ácido valpróico, um efeito adverso raro da medicação, descrito na maior parte dos casos associado a derrame pleural eosinofilico. Trata-se de paciente masculino, 55 anos, com história pregressa de acidente vascular encefálico e hipertensão arterial sistêmica, em uso de losartana, AAS, sinvastatina, aprasolina e acido valpróico. Admitido em sala de emergência com quadro de dispneia intensa e progressiva nos últimos 3 meses, sintomas iniciados 2 anos após o início de ácido valpróico como tratamento para epilepsia. Ao exame físico, ausculta pulmonar reduzida bilateralmente, hipoxemia com necessidade de suplementação de oxigênio em máscara facial 10L/min. Radiografia de tórax com derrame pleural extenso bilateral, ecocardiograma transtorácico com derrame pericárdico leve, hemograma com leucocitose e desvio a esquerda, PCR elevada e BNP elevado. Toracocentese diagnóstica revelando derrame pleural exsudativo com predomínio de polimorfonucleares. Realizado exclusão de embolia pulmonar por angiotomografia de tórax, função cardíaca preservada, apesar de BNP elevado, TSH e T4 dentro da normalidade, marcadores de autoimunidade negativos, marcadores tumorais negativos, citologia oncótica do líquido pleural negativa e ADA negativo. Quadro clínico infeccioso pouco sugestivo, mas optado por tratamento com antibioticoterapia, sem melhora do quadro pleural. Internado múltiplas vezes com quadro de derrame pleural persistente, sem etiologia definida. Após extensa investigação e exclusão de diagnósticos diferenciais, optado pela suspensão do acido valpróico com resolução completa do derrame pleural após 3 meses de acompanhamento ambulatorial. A etiologia do derrame pleural pode ser um desafio e o derrame pleural induzido por medicação é causa importante durante a investigação. Derrame pleural por ácido valpróico é raro e há poucos casos descritos em literatura médica, sendo a maior parte descrito como derrame pleural predominantemente eosinofílico. O relato de caso tem por objetivo descrever a investigação completa de um quadro de derrame pleural de etiologia não definida, as características do derrame pleural associadas ao uso da medicação, a associação temporal do uso da droga com o aparecimento dos sintomas, além de reforçar a importância de pensar no uso do valproato como fator causal de derrame pleural em pacientes que iniciem sintomas em uso da medicação.

076 DERRAME PLEURAL POR MYCOBACTERIUM AVIUM. CONTAMINAÇÃO OU MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA?

SANCHES, FELIPE MARQUESINI; FLORIAM, THALES SCUDELER; SAITO, CAMILA HANAE FILGUEIRA; GIOIA, THAIS SABATO ROMANO DI; COLARES, PHILIPPE F. BRAGA; SALES, ROBERTA KARLA; TEIXEIRA, LISETE RIBEIRO;
Incor- HC FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução:As micobactérias não-tuberculosas(MNT) têm ampla distribuição no meio ambiente e podem causar doença pulmonar e extrapulmonar. Nota-se o aumento da incidência da forma pulmonar nos últimos anos no mundo, enquanto o acometimento pleural é raro, estimado em 3-6%. A fisiopatologia sugerida para o acometimento pleural envolve a perfuração de focos subpleurais, disseminação contígua do parênquima ou hematogênica. O líquido pleural apesar de ter características semelhantes ao da tuberculose, apresenta maiores níveis de leucócitos e menos linfócitos. Deve-se ter atenção ao isolamento de MNT em líquido pleural, já que em situações clínicas diversas, pode significar infecção, contaminação ou colonização. Relatamos um caso de derrame pleural com cultura positiva para MNT com difícil diferenciação entre infecção e contaminação pós-cirúrgica. Caso Clínico: Feminina, 73 anos, com diagnóstico prévio de insuficiência mitral importante por prolapso de suas cúspides anterior e posterior, hipertensão pulmonar grupo II e fibrilação atrial permanente, em uso de apixabana e bisoprolol. Negava tabagismo ou pneumopatias prévias. Iniciou sintomas de tosse seca, sudorese noturna e dispneia aos moderados esforços (mMRC 2) há 3 meses, sem febre. Tomografia de tórax sem alterações. O quadro foi atribuído à doença cardíaca e a paciente foi submetida a plastia das valvas mitral e tricúspide. No pós-operatório imediato, apresentou derrame pleural à direita, sem sinais de acometimento parenquimatoso, inicialmente atribuído ao status pós cirúrgico. Após 2 meses, devido persistência da dispneia, tosse e derrame pleural, foi realizada uma toracocentese diagnóstica. A análise bioquímica foi compatível com transudato pelos critérios de Light, ADA inferior 30UI/L, celularidade com predomínio linfocitário e células neoplásicas ausentes. Entretanto, a cultura evidenciou o crescimento de Mycobacterium avium complex(MAC). Diante da manutenção de sintomas iniciou-se tratamento com rifampicina, etambutol e claritromicina, apresentando melhora dos sintomas e resolução do derrame. Discussão: O acometimento pulmonar na doença por MAC tem 02 padrões radiológicos clássicos, forma fibrocavitária e a bronquiectásica nodular. Cerca de 60 a 90% dos casos de doença pleural, evidencia-se o acometimento de parênquima pulmonar, principalmente a forma fibrocavitária, de pior prognóstico. Há ainda, descrição de surtos de MAC em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca relacionado à contaminação das unidades de aquecimento e refrigeração, usadas para o resfriamento de soluções de cardioplegia em conjunto com as máquinas de circulação extracorpórea. No caso em questão, a paciente apresentava sintomas frustros subagudos com difícil diferenciação entre descompensação da cardiopatia ou micobacteriose, sendo a única manifestação radiológica o derrame pleural. Tais fatos, associados a um líquido pleural inespecífico e cirurgia cardíaca recente, nos levaram à dúvida entre contaminação e doença.

077 DERRAME PLEURAL SECUNDARIO A TOXICIDADE POR METOTREXATO POTENCIALIZADA PELO USO CONCOMITANTE DE LEFLUNOMIDA, EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATOIDE.

ALVES, MILENA STEPHANIE MATOS; CETLIN, ANDREA ANTUNES; BIANCHI, LETICIA LAGUNA; BANDEIRA, THALYSSA ABREU; PASSAGLIA, ANA PAULA; ALVES, LUIS RENATO;
Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil;

Sexo masculino, 71 anos, branco, natural e procedente do interior de São Paulo, aposentado. Diagnosticado com artrite reumatóide (AR) em 2011, apresentando deformidades nas mãos como sequela, em uso de metotrexato (MTX) 15 mg/semana, com controle da doença, em seguimento reumatológico no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP). Na consulta de janeiro de 2023 devido à inatividade da doença foi optado por reduzir o MTX para 10 mg/semana associando a leflunomida (LFD) 40 mg/semana. Após 40 dias iniciou quadro de astenia progressiva associada a lesões na cavidade oral, episódios de melena, aumento do volume abdominal e dispneia aos moderados esforços, sendo internado no HCRP para investigação. No exame de imagem foi evidenciado discreto derrame pleural bilateral, de pequeno volume, não puncionável. Após reposição de ácido folínico endovenoso (paciente cessou uso por conta própria) e curso de esteróides sistêmicos (CS) em altas doses houve melhora clínica e resolução do derrame pleural e alta hospitalar com desmame de CS e reintrodução de MTX 10 mg e LFD 40 mg em dose semanal, além de ácido fólico diário. Em julho de 2023 paciente foi novamente internado na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (UE-HCRP) por piora progressiva da astenia, além de novo quadro de melena, aumento do volume abdominal e dispneia moderada. Segundo informações coletadas, paciente fazia ingestão de MTX e LFD de forma irregular. Ao exame físico, evidenciando derrame pleural bilateral, confirmado em imagens como de moderado volume bilateralmente. Devido à plaquetopenia de 20 mil, alto risco de sangramento e etiologia secundária à toxicidade pelo MTX, optou-se por não realizar toracocentese inicialmente. Realizada investigação para rastreio infeccioso com culturas para bactérias, fungos e micobactérias em escarro, contraimunoeletroforese (CIE) para fungos e teste molecular para Mycobacterium tuberculosis negativos, ecocardiograma normal e mielograma afastando leucemia. Evoluiu com piora do desconforto respiratório e necessidade de oxigenoterapia suplementar. Realizada nova tomografia de tórax de alta resolução com evidência de aumento da extensão do derrame pleural bilateralmente, porém devido pancitopenia e discrasia sanguínea importante não foi realizada toracocentese. Paciente evoluiu a óbito devido insuficiência respiratória aguda e rebaixamento do nível de consciência, não sendo suficientes as medidas de reanimação. É bem descrito na literatura que o MTX pode aumentar os efeitos adversos da LFD, as mais descritas são mielotoxicidade e hepatotoxicidade, tendo como eventos mais raros doença pulmonar intersticial e pleurite. O caso descrito se trata da coadministração do MTX com LFD desencadeando um quadro de serosite evolutiva, com resposta inicial a esteróides sistêmicos, que a despeito da terapia evoluiu com refratariedade após reintrodução das medicações.

078 IMUNOTERAPIA INTRAPLEURAL UTILIZANDO BACILLUS CALMETTE-GUERIN (BCG) EM MODELO EXPERIMENTAL DE DERRAME PLEURAL NEOPLASICO

COLARES, PHILIPPE FIGUEIREDO BRAGA; ACENCIO, MILENA MARQUES OAGLIARELLI; ALEXANDRE, JOAO RICARDO SIGNORETTI; SILVA, CARLOS SERGIO ROCHA; PEREIRA, KARINA ROCHA; PINHO, ALICE BARBOSA CARNEIRO ARAUJO; SALES, ROBERTA KARLA; TEIXEIRA, LISETE RIBEIRO;
InCor - HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A 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. Uma nova linha promissora de tratamento são as imunoterapias. O BCG é utilizado como imunoterapia em outros tipos de neoplasia, podendo levar a uma intensa estimulação imunológica, mas as vias exatas que definem a resposta ao tratamento ainda não estão claras. Objetivos: Estudar a ação da imunoterapia intrapleural com BCG em modelo experimental de derrame pleural maligno de adenocarcinoma de pulmão mutado para o gene KRAS. Métodos: Noventa e cinco 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 Docetaxel, BCG ou Salina (Controle). Vinte 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 e 21º 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 piora da sobrevida nos grupos que foram tratados com docetaxel comparado com os demais grupos ($p<0,05$). A redução de peso foi temporal de acordo com a evolução da doença, no entanto não observamos variações significativas na redução de peso e mobilidade entre os grupos controle e BCG. O volume do líquido pleural foi menor no grupo que recebeu BCG intrapleural no 14º (200±67) e 21º (450±95) dia comparado com os demais grupos estudados (Docetaxel 14 d - 700± 195, 21d – 850± 89; Controle 14d - 350± 151, 21d - 680± 152; $p<0,05$). 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 adenocarcinoma de pulmão com mutação do KRAS, foi avaliado, em braços diferentes, a resposta terapêutica à infusão intrapleural de Docetaxel e BCG. O Docetaxel é um antineoplásico indicado no tratamento de neoplasia pulmonar não pequenas células localmente avançado ou metastático. A ação direta na cavidade pleural do Docetaxel foi agressiva, proporcionando uma intensa reação inflamatória e extensa produção de líquido pleural. Por sua vez, apesar de a terapia intrapleural com BCG não ter alterado significativamente o tempo de sobrevida dos camundongos, apresentou redução do volume de líquido pleural comparado ao grupo controle. Esta resposta pode representar uma melhora de qualidade de vida dos pacientes com derrame pleural volumoso e deve ser uma linha de pesquisa futura.

079 MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO. DIAGNOSTICO POR BIOPSIA COM COPE GUIADO POR ULTRASSONOGRAFIA

PASSOS, HOMERO RODRIGUES DOS; ALMEIDA, BEATRIZ VILACIAN; COLARES, PHILIPPE FIGUEIREDO BRAGA; TEIXEIRA, LISETE RIBEIRO; SALES, ROBERTA KARLA BARBOSA DE; NASCIMENTO, ELLEN CAROLINE TOLEDO DO; USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Mesotelioma Pleural Maligno (MPM) é um tumor raro e agressivo da superfície pleural, relacionado a exposição à asbesto e com prognóstico reservado e incidências cada vez maiores. O diagnóstico da doença é um desafio, com rendimento diagnóstico pela biópsia pleural às cegas com Agulha de Cope em torno de 30%. O que torna as biópsias cirúrgicas o procedimento mais utilizado no diagnóstico. Caso Clínico: Mulher, 66 anos, previamente hígida, escriturária em advocacia, sem história de exposição conhecida para asbesto, apresentou quadro de dispneia (mMRC 1), com murmúrio vesicular abolido nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo e com macicez bilateral, maior à esquerda, sem outras alterações ao exame físico. Radiografia de tórax evidenciou um derrame pleural bilateral, maior à esquerda e o BNP menor que 100 pg/mL. Foi encaminhada ao ambulatório de doenças pleurais para prosseguir investigação. Ultrassonografia torácica realizada à beira-leito mostrou um derrame pleural de moderado a grande volume, com espessamento pleural à esquerda e diminuição da mobilidade diafragmática e um pequeno derrame à direita. Optou-se por realização de toracocentese diagnóstica à esquerda, seguida de biópsia pleural com agulha de Cope no local de maior espessamento pleural. Análise bioquímica e citológica do líquido pleural demonstrou um exsudato pelos critérios de Light, com pesquisa positiva para células neoplásicas. A histologia do fragmento pleural evidenciou uma neoplasia maligna epiteloide, com imunohistoquímica positiva para calretinina e CK5/6 e marcadores para adenocarcinoma negativos, com diagnóstico final de mesotelioma pleural maligno do tipo epitelioide. Discussão: Mesotelioma Pleural Maligno é uma doença de alta morbimortalidade, de prognóstico reservado e que necessidade de um alta suspeição diagnóstica e necessidade de métodos cirúrgicos para o diagnóstico. A ressonância magnética tem uma boa acurácia e alguns estudos demonstraram a sua utilização no diagnóstico diferencial de lesões metastáticas pleurais com o mesotelioma pleural maligno. Entre os biomarcadores, apenas a mesotelina foi aprovada pelo Food and Drug Administration dos EUA, todavia o uso isolado como teste diagnóstico não é recomendado. Um estudo demonstrou que o método de biópsia pleural guiado por ultrassonografia conseguiu prover material diagnóstico suficiente em 87% dos pacientes. No nosso caso, fizemos o diagnóstico de mesotelioma pleural maligno do tipo epitelióide com método menos invasivo que VATS e reforçamos a importância da ultrassonografia na prática clínica do pneumologista.

080 PAPEL DA VIDEOTORACOSCOPIA NO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO: ANALISE DE UMA SERIE TEMPORAL

BACHICHI, THIAGO GANGI; SANTOS, TIAGO DA SILVA; MARCHI, EVALDO; BACHICHI, DAVI GANGI; DA SILVA, THAMIRES CLAIR RODRIGEUS PEREIRA; PAZETTI, THAMIRES FERNANDES; KUCHARSKI, GABRIELA YAMADA; Faculdade de medicina de Jundiaí - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital de caridade São vicente de Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: O número de casos de derrame pleural no Brasil pode chegar até 1 milhão de pessoas por ano. Cerca de 50% dos casos exsudativos são secundários a pneumonia. A tuberculose pleural também deve ser lembrada como causa importante de derrame pleural exsudativo. Outra causa é o derrame neoplásico. O tratamento do derrame pleural exsudativo depende do seu diagnóstico e fase evolutiva, variando de conduta clínica até intervenção com cirurgia. Com a videotoracoscopia, o diagnóstico e tratamento destes derrames sofreu mudanças importantes, sendo hoje a principal forma de abordagem. Objetivos: Avaliar o desfecho clínico e radiológico dos pacientes submetidos a videotoracoscopia por derrames pleurais exsudativos em um hospital terciário de Jundiaí – SP. Métodos: Estudo retrospectivo de análise de prontuários envolvendo pacientes com derrame pleural exsudativo submetidos a videotoracoscopia no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital São Vicente de Paulo em Jundiaí entre janeiro de 2015 a julho de 2020. As variáveis analisadas incluíram: idade, sexo, tabagismo, comorbidades, tempo entre internação e a toracocentese ou drenagem, dias de internação prévios a cirurgia, tempo de internação em UTI, necessidade de conversão para toracotomia ou reabordagem, tempo de internação até alta. Foram avaliados o desfecho clínico (presença ou ausência de sintomas) e radiológico (radiografia com ou sem alterações) no primeiro retorno ambulatorial. Resultados: Foram revisados os prontuários de 318 pacientes submetidos a videotoracoscopia. Desses, 27 pacientes foram excluídos por falta de informações no sistema e 291 prontuários foram avaliados sendo 202 do sexo masculino e 89 do sexo feminino. A média de idade foi de 51,26 anos, o tempo médio entre a internação hospitalar e a drenagem foi de 4,46 dias e o tempo médio entre internação e cirurgia foi de 8,63 dias. O tempo entre a internação e a toracocentese/drenagem apresentou significância estatística quando ($p<0,001$) analisado o desfecho clínico (presença de sintomas na consulta de retorno 2 semanas após a alta). Para o desfecho clínico também teve influência a presença de encarceramento visualizado no intraoperatório ($p= 0.002$) e presença de hipertensão arterial sistêmica ($p=0.001$). O aumento do tempo entre a internação e a videotoracoscopia apresentou relação com o pior desfecho radiológico ($p<0,001$). A presença de hipertensão arterial sistêmica ($p=0.028$) e a necessidade de conversão para cirurgia aberta ($p=0,037$)também implicou em alterações radiológicas. As demais variáveis não apresentaram significância estatística quando relacionadas aos desfechos clínico e radiológico. Conclusões: A realização precoce da toracocentese, da drenagem torácica e da videotoracoscopia quando indicadas pode melhorar os resultados pós-operatórios em pacientes com derrames exsudativos. O pior desfecho clínico e radiológico pode estar relacionado com o retardo na realização destes procedimentos invasivos.

081 PLACAS PLEURAIS -UM IMPORTANTE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DA AUSENCIA DE DESLIZAMENTO PLEURAL

SANCHES, FELIPE MARQUESINI; CARCILO, LUCAS ROQUE RODRIGUES; FERNANDEZ, GABRIEL NAVARRETE; SALES, ROBERTA KARLA; TEIXEIRA, LISETE RIBEIRO; COLARES, PHILIPPE F. BRAGA;
INCOR- HC FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

As placas pleurais são lesões densas localizadas na pleura parietal que fazem parte do espectro das doenças pulmonares asbesto-relacionadas. Carecem dados na literatura a respeito dos seus achados ultrassonográficos, devendo ser considerado diagnóstico diferencial na ausência de deslizamento pleural. Relatamos o caso de um paciente avaliado no pronto atendimento com dispneia, cuja ultrassonografia pulmonar deve levar à suspeição diagnóstica de placas pleurais. Caso Clínico: Masculino, 53 anos, ex-tabagista 25 anos/maço, eletricista há mais de 20 anos, com antecedente de tuberculose pleuropulmonar tratada por 6 meses em 2022, persistindo com fístula broncopleurocutânea esquerda de aspecto sequelar. Deu entrada no pronto atendimento com queixa de dispneia há 10 dias e tosse produtiva. Ao exame físico, saturação de 93% em ar ambiente, redução de murmúrio vesicular à esquerda, pressão arterial média de 60 mmHg e frequência cardíaca de 110 bpm. Ultrassonografia pulmonar à beira leito evidenciou em hemitórax direito com ausência de deslizamento pleural em áreas focais das zonas médio-inferiores laterais, associadas a imagens irregulares com margem hiperecogênicas anterior na pleura parietal e sem alterações das zonas ântero superiores. Já no hemitórax esquerdo, havia ausência total de deslizamento. Diante da dúvida em relação aos achados, realizada tomografia de tórax com visualização de placas pleurais calcificadas bilaterais e sinais de hidropneumotórax com espessamento pleural difuso à esquerda. Sendo a descompensação hemodinâmica atribuída a quadro infeccioso à esquerda. Discussão: A ultrassonografia à beira leito tem ganhado importância nas últimas duas décadas, particularmente a insonação pulmonar no contexto de emergência. Um dos sinais chave na avaliação do pulmão é a identificação do deslizamento pleural, que corresponde ao movimento sincronizado da pleura visceral sobre a pleural parietal durante a respiração. A ausência de deslizamento deve ser interpretada com cautela, pois é importante marcador para avaliação de pneumotórax, mas pode estar evidente em processos pleurais sequelares e presença de placas pleurais. As placas pleurais são lesões fibróticas densas relativamente acelulares compostas por fibras colágenas. As placas não-calcificadas ocorrem em 85-95% dos casos e são caracterizadas por imagem hipoecóica elíptica de contornos definidos localizadas na pleura parietal. Já as calcificadas, cursam com imagem de margem hiperecogênica anterior de contornos irregulares e sombra acústica posterior. A presença de placas pode impedir ou reduzir o deslizamento pleural. No caso relatado, a queixa de dispneia aguda e a presença de hipotensão levou à pronta realização da ultrassonografia à beira leito com achados que inicialmente poderiam ser interpretados como pneumotórax hipertensivo. Porém, a exposição ocupacional compatível, somado à imagem suspeita para placas pleurais e ao antecedente de sequela de tuberculose levou à revisão diagnóstica.

082 TUBERCULOSE PLEURAL OU ARTRITE REUMATOIDE: UM RELATO DE CASO

PASSOS, HOMERO RODRIGUES DOS; ALMEIDA, BEATRIZ VILACIAN; COLARES, PHILIPPE FIGUEIREDO BRAGA; RODRIGUES, JOÃO HENRIQUE GUERRA; SALES, ROBERTA KARLA BARBOSA DE; TEIXEIRA, LISETE RIBEIRO;
USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

O Brasil é um país de alta prevalência de tuberculose (TB) pulmonar e a TB pleural é a principal forma extrapulmonar nos adultos. A apresentação é frequentemente de um derrame pleural (DP) de pequeno a moderado monta, unilateral, com características de exsudato ricamente proteico pelos critérios de Light, adenosina deaminase (ADA) elevado, com celularidade linfocítica e raras células mesotelias. A biopsia demonstra um processo granulomatoso com a presença ou não de necrose caseosa. Devido a paucibacilaridade desta forma de TB, há um baixo rendimento diagnóstico das culturas. Deste modo a característica do líquido e a presença do granuloma no Brasil é considerado diagnóstico de tuberculose pleural. Caso Clínico: Mulher, 67 anos, procurou o pronto-socorro por dispneia, tosse produtiva e perda de peso (6 kg em 3 meses). Ao exame físico: taquipneica, saturação de 90% em ar ambiente, murmúrios vesiculares abolidos em terço médio e inferior à direita. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou bronquiectasias cilíndricas e varicosas associadas a micronódulos em árvore em brotamento difusamente, mais exuberantes inferiormente, com DP volumoso à direita. Realizada drenagem torácica e a análise do líquido pleural demonstrou um exsudato, com pH > 7,2 e glicose > 60mg”dL, ADA 35,9UI/L, celularidade de 2270 células/m3 com predomínio linfocítico e pesquisa de células neoplásicas negativa. Devido às alterações pulmonares realizou-se coleta de escarro para baciloscopia e cultura para Mycobacterium com resultados negativos, seguido de broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia pleural. As culturas não evidenciaram crescimento de microorganismos e a histologia mostrou um processo inflamatório crônico granulomatoso, com colorações Grocott e Ziehl Neelsen negativas. Nos exames séricos, apresentava fator reumatoide (FR) de 257 UI/mL e autoanticorpos negativos. O diagnóstico foi de TB pleuropulmonar com tratamento por 6 meses, com melhora clínica e resolução do derrame, todavia com manutenção das imagens. No seguimento pós-tratamento múltiplas coletas de escarro e outro lavado broncoalveolar apresentaram culturas negativas. Dois anos após, iniciou quadro de artralgia em joelho esquerdo, 3° e 4° metacarpo à esquerda, com FR sérico de 431 UI/mL, anti-CCP de 163 U/mL, proteína C reativa de 41,6 mg/L e VHS de 32 mm/h, com diagnóstico de artrite reumatoide. No diagnóstico diferencial dos exsudatos linfocíticos com ADA elevado, além de algumas neoplasias sólidas e doenças linfoproliferativas, temos as doenças do colágeno como AR e lúpus. Na AR o quadro pleural mais comum é o espessamento pleural, geralmente posterior ao quadro articular. O comprometimento pleural com DP ocorre geralmente no sexo masculino e pode anteceder o articular em até 2 anos. Geralmente é pequeno, unilateral e pode ter resolução espontânea. O interessante do caso é avaliar o diagnóstico diferencial de TB pleuropulmonar com o comprometimento pulmonar e pleural secundário a AR.

083 TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA

SILVA, AMANDA PORTELA; DOURADO, ISABELLA METRAN; TENCARTE, SARA RAMILO; LIMA, MARIANA LAFETÁ; FARESIN, SONIA MARIA; TAKAHASHI, LIVIA AKEMI RAMOS; MORAES, LUISA BEISMAN; NETO, ERNESTO EVANGELISTA;
UNIFESP/EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa: apresentar um caso de tumor fibroso solitário, raro tumor pleural, com aproximadamente 800 casos na literatura. HPMA: masculino, 46 anos, eletricista, referia dor em região lateral esquerda do tórax há 8 meses, de intensidade 8/10, pior ao decúbito lateral esquerdo, associada a dispneia aos esforços moderados e tosse, além de perda de 14 kg. Avô, pai e um tio com câncer de próstata e um tio com câncer de laringe. Ex-tabagista há 2 anos, carga tabagística de 30 a/m. Exame físico: SpO2 96%, expansibilidade torácica preservada bilateralmente, dor à palpação de região lateral de hemitórax esquerdo, sons pulmonares presentes bilateralmente, diminuídos em base esquerda, com FTV diminuído em mesmo local. Exames laboratoriais sem alterações. Radiografia de tórax: opacidade em base direita. TC de tórax: volumosa massa junto aos segmentos basais do lobo inferior esquerdo, com amplo contato pleural, levemente heterogênea, sem invasão de estruturas adjacentes, medindo 13,0 x 8,5 cm e determinando atelectasia do parênquima pulmonar adjacente. Evolução: paciente foi submetido a biópsia percutânea da massa, com a suspeita de tumor fibroso solitário de pleura (TFSP), que evidenciou tecido conjuntivo denso, sem sinais de malignidade. A seguir foi indicada toracotomia exploratória com possível lobectomia inferior esquerda. Avaliação pré-operatória: Triagem para avaliação cardiovascular com o escore ThRCRIC = 0. VEF1/CVF 0,80 (91%); CVF 3,07 (71%); VEF1 2,44 (69%) sem resposta ao broncodilatador; DLCO 27,18 (101%); VEF1 ppo = 54% e DLCO ppo = 79%; shutle test com dessaturação de 94 para 89%; TECP máximo: VO2 pico = 30 ml/kg/min, inferindo risco de operabilidade baixo, porém slope VE/VCO2 muito baixo e expiratório final de CO2 elevado, alterações compatíveis com hipoventilação. Intra-operatório: ressecção de tumor em cavidade pleural à esquerda de 17cm no seu maior comprimento e 816 gramas. Anátomo-patológico: lesão neoplásica mesenquimal, imuno-histoquimica com achados positivos para CD34, STAT 6, e D2-40, confirmando o diagnóstico de TFSP. 45° dia de pós-operatório: melhora da dor em região lateral de hemitórax, sem dispneia, tosse ou outras queixas. VEF1/CVF 0,82 (101%); CVF 2,92 (52%); VEF1 2,40 (52%); shutle test com dessaturação de 98 para 91%. Discussão: TFSP é um tumor mesenquimal que apresenta características fibroblásticas, e geralmente se origina da pleura visceral. É na maioria das vezes assintomático e descoberto acidentalmente. Sinais e sintomas como dispneia e dor torácica geralmente estão associados a tumores maiores e malignos. O diagnóstico é feito com base em achados patológicos, especialmente imuno-histoquímica. A excisão cirúrgica completa é o tratamento de escolha e o único tratamento efetivo. O prognóstico é favorável para os TFSP benignos ressecados completamente, e desfavorável para os malignos. Atualmente, não há evidências na literatura que suportem radioterapia ou quimioterapia adjuvante após ressecção de tumores maligno.

084 TUMOR FIBROSO SOLITARIO - RELATO DE CASO

NERI, JAYNE LUCIVANIA SANTANA; RIBEIRO, JUSSARA RAMOS; RESENDE, ANA BEATRIZ LIMA; SOUZA, RODRIGO BRASILEIRO DE; AQUINO, JULIA VITORIA NUNES DE; PITANGA, GIOVANNA GONÇALVES; GALORO, MARIA LUIZA; RESENDE, ANA CAROLINA LIMA; BRAGA, ANDRÉ LUÍS SIMOES; LIMA, EVELISE; LIMA, MARIANA LAFETÁ;
HOSPITAL GERAL DE CARAPICUÍBA - CARAPICUIBA - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: O tumor fibroso solitário (TFS) intrapulmonar é uma neoplasia atípica e pouco descrita em literatura. Na maioria das vezes oligoassintomático e pode se apresentar como incidentaloma. Quando detectado é imprescindível a realização de biópsia e imuno-histoquímica para diagnóstico e planejamento terapêutico. RELATO DE CASO: Masculino, 62anos, com antecedente de hipertensão arterial, diabetes mellitus II, tabagista ativo (carga tabágica 67m/a). Queixa de dispneia progressiva, atualmente aos moderados esforços, tosse secretiva e febre há 1 semana, associado a descontrole glicêmico (alternância entre hipo/hiperglicemia). Em radiografia de tórax: opacidade em 2/3 inferiores à direita. Tomografia de tórax: derrame pleural bilateral, acentuado à direita com atelectasia compressiva pulmonar inferior; enfisema centro lobular e parasseptal predominante em ápices, e consolidação com broncograma aéreo nos lobos inferiores bilaterais. Realizada toracocentese diagnóstica com líquido de aspecto purulento, indicado drenagem torácica e iniciado antibioticoterapia com Ceftriaxona e Clindamicina, evolui com baixa resposta terapêutica e necessidade de escalonamento para Tazocin e abordagem cirúrgica com decorticação pulmonar. Durante procedimento cirúrgico, identificado tumoração com 9,5x7x2,8cm e 102gramas. Anatomopatológico: padrão de hemangiopericitoma, compatível com tumor fibroso solitário, KI67 <1% das células neoplásicas. DISCUSSÃO: O TFS é uma neoplasia relacionada à mutação do gene NAB2-STAT6, normalmente de evolução indolente, não relacionado a fatores ambientais incidência semelhante entre os sexos e dos 50 aos 60 anos. Na maioria dos casos é do tipo hemangiopericítico, medindo até 10cm, porém, pode ter grandes proporções, e em 10% pode estar associado a derrame pleural. A maior parte dos casos é assintomático, quando sintomático, ocorre secundariamente à compressão de estruturas adjacentes pelo tumor, sendo dispneia e tosse os mais comuns. Os sintomas podem ser também sistêmicos como hipoglicemia (por consumo ou liberação de substâncias insulina-like) e osteoartropatia hipertrófica (por produção de ácido hialurônico). Em exames de imagem: massa bem circunscrita, nem sempre encapsulados, em parênquima pulmonar sem características específicas. A confirmação diagnóstica é feita através de biópsia e imunohistoquímica cujo marcador STAT6 apresenta alta sensibilidade, mas baixa especificidade uma vez que pode estar ausente nas formas indiferenciadas do tumor ou presente em sarcomas sinoviais e lipossarcomas. O tratamento efetivo é a ressecção cirúrgica. Apesar de ser considerado benigno, encontrou-se recidiva em até 17 anos de seguimento, devendo ser acompanhado, mesmo após tratado, como orientado no caso.

doenças vasculares pulmonares

085 ATRESIA UNILATERAL DAS VEIAS PULMONARES E HIPOPLASIA DA ARTERIA PULMONAR IPSILATERAL: ENSAIO PICTORICO

VIEIRA, GABRIEL BAIAO; FERREIRA, ISABELLA PEIXOTO; IDE, HUGO NAKANO; DOS SANTOS, RICARDO AFONSO ALVES; DE CERQUEIRA, ELZA MARIA FIGUEIRAS PEDREIRA; PEREIRA, MONICA CORSO;
Unicamp - Campinas - São Paulo - Brasil;

Introdução: Anomalias congênitas vasculares são frequentemente diagnosticadas apenas na idade adulta. No caso relatado, chamava a atenção a redução volumétrica e espessamento intersticial unilateral, e a análise cuidadosa das imagens evidenciou rara anomalia vascular. Relato: Mulher, 65 anos, ex-tabagista, em acompanhamento médico devido a dores osteoarticulares difusas há 20 anos. Há 1 ano iniciou dispneia aos moderados esforços, progressiva, acompanhada de tosse seca eventual. Paciente negava hemoptise, febre, dispneia paroxística noturna, ortopneia, dor torácica ou edema de membros inferiores. Radiograma de tórax redução volumétrica e espessamento pleural parietal em toda circunjacência do pulmão direito, bem como opacidade reticular difusa de distribuição periférica, e desvio traqueal para direita. Exames laboratoriais: autoanticorpos negativos e marcadores inflamatórios sem alterações. Espirometria:normal. Teste de caminhada de 6 min.: distância de 393 metros, queda de SpO2 de 96% a 91%. Broncoscopia: árvore brônquica com ectasia vascular acentuada à direita e sem alteração à esquerda (figura). Lavado broncoalveolar: ausência de fungos e micobactérias, celularidade com predomínio de macrófagos. A tomografia computadorizada (TC) de tórax confirmou achados salientes no pulmão direito: redução volumétrica, espessamento liso dos septos interlobulares, espessamento de parede brônquica, assimetria importante no calibre dos vasos (muito mais calibrosos no pulmão esquerdo), hipertrofia de artérias brônquicas e ausência das veias pulmonares à direita. (Figuras) Discussão: A atresia unilateral das veias pulmonares é uma anomalia congênita rara e normalmente diagnosticada na infância. Resulta da falha de incorporação da veia pulmonar comum no átrio esquerdo, e não há preferência de lado. Costuma apresentar-se com malformações cardíacas, hipertensão pulmonar, hemoptise, infecções de repetição e dispneia aos esforços. Pode haver hipoplasia da artéria pulmonar ipsilateral em função da perfusão preferencial para o lado contra-lateral, o que resulta em comprometimento do desenvolvimento da artéria pulmonar afetada. Para confirmação diagnóstica é necessária TC com contraste endovenoso, e os achados típicos são os descritos acima. Tais achados refletem o ingurgitamento linfático e hipertensão venosa causados pela anomalia; além disso, ocorre desenvolvimento de vasos colaterais e fluxo retrógrado para as artérias pulmonares do lado afetado.Concluindo, o achado de redução volumétrica e espessamento septal em um hemitórax, na ausência de obstrução brônquica deve levantar hipótese de anomalia congênita vascular, e este diagnóstico deve ser incorporado nos diferenciais pelo pneumologista que cuida de adultos. Suporte financeiro Nada a declarar

086 AVALIAÇAO DA HEMODINAMICA COM TOMOGRAFIA DE IMPEDANCIA ELETRICA EM TROCA DE MEDICAÇAO NA HIPERTENSAO ARTERIAL PULMONAR

MOTA, MARINA DE LA CRUZ; OLIVEIRA, CAIO JULIO CESAR; SOUZA, ROGERIO; ALVES, JOSE LEONIDAS; JARDIM, CARLOS VIANA POYARES; PESSOA, YALLY PRISCILA; COELHO , RACHEL; SCIORTINO, AMANDA DOS SANTOS; MARANGONI, KAMILLA FLAUSINO; FARIAS, THAIS GREGOL; TUCCI, MAURO ROBERTO; COSTA, EDUARDO LEITE VIEIRA; ALCALALA, GLASIELE CRISTINA;
Hospital Universitario Julio Muller - Cuiabá - Mato Grosso - Brasil; INCOR - São Paulo - São Paulo - Brasil;

A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma condição grave e com alta mortalidade, na ausência de tratamento adequado. O padrão ouro para avaliação hemodinâmica da HAP é o cateterismo cardíaco direito, podendo ser feito à beira leito pelo cateter de artéria pulmonar. Tal procedimento necessita de material específico e, por ser invasivo, pode elevar as chances de complicação, como infecção e arritmia, sendo fundamentais outras formas de avaliação que imponham menor risco aos pacientes. A tomografia por impedância elétrica (TIE) tem papel bem definido na avaliação da ventilação pulmonar à beira leito, auxiliando no manejo de doentes críticos, e pode ser uma ferramenta não invasiva útil na avaliação da perfusão pulmonar. Este relato de caso demonstra a mudança hemodinâmica, vista por TIE, em uma paciente com HAP antes e após a troca de sildenafil para riociguate em uma paciente com terapia tripla. Paciente, 22 anos, HAP por doença veno-oclusiva, em tratamento com terapia tripla com iloprost, sildenafil e ambrisentana, mantendo alto risco. Foi optada pela da troca de medicação da via correspondente ao óxido nítrico, introduzindo o riociguate. Feita a passagem de cateter de artéria pulmonar com a seguinte hemodinâmica inicial: pressão de átrio direito de 15mmHg, pressão média de artéria pulmonar média de 60 mmHg, débito cardíaco (DC) de 2,2 L/min, índice cardíaco (IC) de 1,2L/min.m2 e resistência vascular pulmonar de 23,18 Woods units. Iniciada dobutamina 5mcg/kg/min, com melhora DC para 3,3 L/min e IC de 2,3 L/min.m2. Junto à avaliação hemodinâmica, foi feita a TIE com injeção de salina hipertônica, que demonstrava padrão circulatório central, pouca perfusão periférica e recirculação cardíaca. Introduzido o riociguate e, 72 horas após, mantendo a mesma dose de dobutamina, reavaliada a perfusão com TIE que revelou maior perfusão periférica e menor turbilhonamento de fluxo da soluçã, conforme as imagens podem demonstrar. Devido ao risco de infecção associado a manutenção de cateter de artéria pulmonar, neste momento, este já havia sido retirado e não foi possível a avaliação hemodinâmica. A avaliação da pós-carga com evidência de melhora foi com a TIE que evidenciou o achado supracitado, enquanto a avaliação do VD foi com o ecocardiograma que não manteve uma disfunção importante após a troca da medicação. Sabe-se que a manutenção de dispositivos invasivos,pode implicar em risco de complicações A TIE é um método minimante invasivo, disponível a beira leito e tem o potencial de auxiliar na avaliação da perfusão dos pacientes, já sendo utilizada inclusive para diagnóstico de evento tromboembólico agudo, sendo uma possível avaliação não-invasiva da pós-carga da circulação pulmonar. O presente relato tem relevância clínica por abordar dois conceitos novos, o uso da avaliação da TIE para auxílio no manejo hemodinâmico e por ser o primeiro trabalho que avalia a perfusão em paciente com ventilação espontânea. São necessários mais estudos.

087 EMBOLIA GORDUROSA - A IMPORTANCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE

RABAHI, MATHEUS; FERNANDES, HELOÍSA CARVALHO; FREITAS DE MELO, ANA CAROLINE; CURTI PIMENTEL, RAFAELLA OLIVEIRA; LOPES, LAIS ROCHA; SCHUWARTZ TANNUS, DANIELA GRANER; ALMEIDA PRADO, LORENNA JUNQUEIRA; OLIVEIRA CARDOSO, AMANDA DA ROCHA; VELASCO, FLAVIA CASTRO; RABAHI, MARCELO FOUAD; GALVÃO FERREIRA, ANNA CAROLINA;
Hospital das Clínicas de Goiás- UFG - Goiânia - Goiás - Brasil;

OBJETIVO:: A embolia gordurosa é uma complicação frequente no período pós-operatório e um desafio às habilidades clínicas. O objetivo deste relato é apresentar um caso de uma paciente que evoluiu com síndrome da angústia respiratória do adulto por embolia gordurosa no pós-operatório de dermolipoaspiração e respondeu bem às manobras de recrutamento alveolar e à ventilação mecânica protetora, evidenciando a importância do diagnóstico e tratamento precoces nesta condição. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E PREGRESSA: Paciente feminina, 40 anos, procedente de Goiânia-GO, previamente hígida, não tabagista, única internação prévia há 5 anos por mamoplastia, foi submetida a uma dermolipoaspiração de abdômen, sem intercorrências, recebendo alta no dia seguinte. No 2º dia pós-operatório (PO), retornou ao hospital com quadro de dor torácica, associada a dispneia intensa de início súbito e tosse com expectoração esbranquiçada, sem quadro gripal prévio. Negou febre no período e negou demais queixas. Realizando profilaxia antitrombótica com Enoxaparina 40mg SC e meias compressivas, e em uso de macaquinho pós-operatório. EXAME FÍSICO: Mau estado geral, consciente, acianótica, afebril, sobrepeso (IMC=27,5 Kg/m²). Sinais vitais: pressão arterial (PA)= 130x70 mmHg; frequência cardíaca (FC)= 112bpm; saturação(SpO2) = 91% em ar ambiente; frequência respiratória (FR)= 34 bpm. Aparelho respiratório: frêmito tóraco-vocal reduzido em bases, percussão com macicez em bases, murmúrios vesiculares abolidos em bases, com crepitações finas em terço médio e grossas em bases. Ultrassom point-of-care (POCUS): lung slinding reduzido bilateralmente, sem sinais de derrame pleural, mobilidade diafragmática reduzida bilateralmente. Sem outras alterações relevantes. EXAME IMAGEM: Angiotomografia de tórax: importante opacificação do sistema arterial pulmonar, sem caracterização de falhas de enchimentos sugestivos de trombos. Presença de material espesso em brônquios distais. Consolidações dos lobos inferiores bilateralmente, associado a áreas de opacidades em vidro fosco esparsas sugerindo processo inflamatório. DIAGNÓSTICO: Os dados sugerem diagnóstico de embolia gordurosa pulmonar associada a áreas de atelectasia pulmonar. EVOLUÇÃO: Encaminhada à UTI cerca de 8 horas após a admissão, SpO2 = 92% com O2 suplementar em máscara de Venturi a 15L/min; FR = 35 irpm. No dia seguinte (3º PO), sem melhora do quadro, prosseguiu-se com intubação orotraqueal (IOT), submetida à posição prona e retirado o macaquinho modelador. Permaneceu na UTI por 7 dias, com IOT por 5, com melhora progressiva da relação PaO2/FiO2. Recebeu alta para enfermaria no 10º PO, com estabilidade clínica. No 14º PO, após TC de controle, alta hospitalar, assintomática. DISCUSSÃO: A síndrome da embolia gordurosa caracteriza-se pelos sintomas pulmonares e sistêmicos, consequentes da liberação de gordura na circulação. Complicação grave, mas, se diagnosticada e manejada precocemente, evolui de forma satisfatória na maioria dos casos.

088 ESTRATEGIA DE TRATAMENTO COM ILOPROST ENDOVENOSO COMO PONTE PARA TRANSPLANTE PULMONAR EM PACIENTE COM HIPERTENSAO PULMONAR

MACHADO, LARA NASCENTES; SEROTINI, MARINA DE LA CRUZ MOTA; ALMEIDA, BEATRIZ VILACIAN; CASEIRO, MAYRA DUARTE; SAITO, CAMILA HANAE FILGUEIRA; FERNANDES, CAIO JÚLIO CÉSAR DOS SANTOS;
Instituto do Coração HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

A hipertensão pulmonar (HP) é uma condição médica caracterizada pelo aumento anormal da pressão nas artérias pulmonares, resultando em sobrecarga do ventrículo direito e possíveis complicações hemodinâmicas. Paciente, 31 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Lupus eritematoso sistêmico e Síndrome antifosfolipídeo secundária, com histórico de dois episódios prévios de tromboembolismo pulmonar (TEP). Procurou o Instituto do Coração por quadro de dispneia agravada, ascite e edema. Avaliação inicial revelou sinais de baixo débito. Drogas vasoativas, como noradrenalina e dobutamina, foram iniciadas e a paciente foi transferida para a UTI. Angiotomografia de tórax com mapa de iodo evidenciou TEP crônico. Avaliação hemodinâmica com cateter Swan Ganz: átrio direito 16mmHg, pressão média da artéria pulmonar 58mmHg (96x38), capilar pulmonar 5mmHg, débito cardíaco por temodiluição 2,4L/min, índice cardíaco 1,4 L/min.m²,resistência vascular pulmonar 22 WU. Confirmado, então, o diagnóstico de HP do Grupo 1 (Lúpus) e Grupo 4 (TEP crônico). Instituiu-se terapia tripla com iloprost inalatório 10 mcg 9 vezes ao dia, ambrisentana 10mg/dia e sildenafila 60 mg/dia, além de anticoagulação plena com enoxaparina e diureticoterapia. Devido a sinais de atividade lúpica, plaquetopenia e artrite, metilprednisolona e pulso com ciclofosfamida foram prescritos. Sem melhora significativa foi optado por trocar o iloprost inalatório por endovenoso, visando transplante pulmonar. Após início apresentou melhora na saturação venosa central de 43% para 69% e pressão venosa central de 15 para 10 mmHg. Débito cardíaco estimado pelo Ultrassom Point of Care foi de 7,1 L/min. A dose foi ajustada conforme monitorização clínico-laboratorial e tolerância, permitindo o desmame da dobutamina e do cateter nasal de alto fluxo para cateter nasal. Finalmente, transplante pulmonar bilateral em suporte circulatório com oxigenação por membrana extracorpórea venoarterial foi realizado com sucesso. Em pacientes com HP grupo 1 de alto risco, o tratamento envolve a administração de inibidores da fosfodiesterase, antagonistas do receptor de endotelina e análogos endovenosos da prostaciclina. O iloprost é um composto estável, farmacologicamente semelhante à prostaciclina, compartilha suas propriedades vasodilatadoras, remodelação vascular e inibição plaquetária, apresentando ainda uma meia-vida mais prolongada. Evidências demonstram que a administração contínua intravenosa de prostaciclina prolonga a sobrevivência em pacientes com HP primária. Dado o desafio na disponibilidade das formulações endovenosas de epoprostenol, optou-se por uma alternativa: o iloprost endovenoso, apesar de sua formulação inalatória. Esta abordagem permitiu doses mais elevadas em comparação à formulação inalada, sendo bem tolerada pela paciente. Além disso, mostrou-se eficaz no desmame das drogas vasoativas, proporcionando reabilitação e preparando-a para um transplante pulmonar.

089 EXPERIENCIA INICIAL DE UM CENTRO DE REFERENCIA EM HIPERTENSAO ARTERIAL PULMONAR COM SELEXIPAGUE.

CASEIRO, MAYRA DUARTE; DE SOUZA, ROGERIO; ALVES JUNIOR, JOSE LEONIDAS; JARDIM, CARLOS VIANA POYARES; NASCIMENTO, YALLY PRISCILA PESSÔA; TATAGIBA, LUIZA SARMENTO; ALMEIDA, BEATRIZ VILACIAN; MACHADO, LARA NASCENTES; FERNANDES , CAIO JULIO CESAR DOS SANTOS;
Instituto do Coração HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Nos últimos anos, ocorreram avanços significativos no tratamento da hipertensão arterial pulmonar (HAP). Devido à gravidade potencialmente fatal dessa condição, é de suma importância realizar o diagnóstico hemodinâmico e determinar sua etiologia, uma vez que diversas causas requerem abordagens terapêuticas específicas. A abordagem farmacológica atualmente se baseia em três vias fisiopatológicas: da prostaciclina, da endotelina e do óxido nítrico. A decisão de modificação para Selexipague, um agonista do receptor de prostraciclina, é tomada em pacientes que não respondem adequadamente à terapia inicial e como alternativa ao Iloprosta. Esta revisão tem como foco a medicação, sua estratégia de uso e a evolução clínica após a titulação. Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar, de forma comparativa, a resposta e evolução clínica dos pacientes antes e após a introdução da terapia com Selexipague, além de comparar os resultados com as evidências atuais disponíveis na literatura. Métodos: Estudo retrospectivo realizado através da coleta de dados em prontuários do ambulatório de Circulação Pulmonar no Incor HCFMUSP. Incluídos pacientes em uso de Selexipague. Não houve critérios de exclusão. Resultados: Foram selecionados 6 pacientes adultos, todos do sexo feminino, que estavam em uso de dupla terapia com Sildenafil e Ambrisentana. Introduzido Selexipague entre julho de 2022 e julho de 2023 por não alcançarem resposta satisfatória com terapia inicial. Na avaliação dos dados, foi utilizada a estratificação de risco através do Compera 2.0 e REVEAL 2.0. Através ao registro prospectivo de terapias recém iniciadas para hipertensão pulmonar (Compera 2.0), identificado melhora clínica evolutiva em dois pacientes (33%), piora clínica em dois pacientes (33%) e manutenção de risco em dois pacientes (33%). Quanto ao REVEAL 2.0, utilizado para avaliar o risco de manejo a curto e longo prazo da HAP, observamos a mudança da estratificação de alto risco para baixo risco em apenas um paciente, enquanto os demais mantiveram a estratificação antes e após a introdução do Selexipague. Encontramos dois pacientes em alto risco, um paciente em risco intermediário e um paciente em baixo risco. Contudo, foi possível observar uma redução nas hospitalizações após a introdução da medicação. Conclusões: Conclui-se que a evolução clínica após introdução de Selexipague não diferiu do que é encontrado na literatura atual, tanto em relação ao risco de mortalidade quanto ao número de hospitalizações.

090 GRANULOMATOSE EOSINOFILICA COM POLIANGIITE COM BOA RESPOSTA A IMUNOBIOLOGICOS EM DOSE BAIXA: UM RELATO DE CASO

ITAVAR DE OLIVEIRA, EMILLE ALVES; PUGLIESI, THAYS BRUNELLI; PEDRINI, FERNANDA FURUKAWA; MARTINS ESTAREGUI, MIGUEL DUARTE; SILVA BRUNO, MARINA GIOVANNA; KALIL, MARTA ELIZABETH;
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - campus Sorocaba - Sorocaba - São Paulo - Brasil;

A granulomatose eosinofílica com poliangeíte (GEPA), anteriormente conhecida como síndrome de Churg- Strauss, é uma doença caracterizada por rinossinusite crônica, crises de broncoespasmo, eosinofilia periférica. Acomete preferencialmente vias aéreas superiores, inferiores e rins. Os sintomas iniciais podem simular quadro de asma e rinite sem controle. O tempo ateì o diagnoìstico pode ser bastante prolongado, principalmente nos casos de evoluc'aÞo atípica ou indolente. Sintomas constitucionais (febre e emagrecimento) estão presentes em 40% e 70% dos pacientes, respectivamente. RELATO DE CASO: P.A.L, 56 anos, sexo masculino, previamente hígido. Iniciou em 2015 com dispneia, rouquidão e crises recorrentes de tosse seca. Quatro anos após mantinha quadro com progressão da dispneia (MMRC 4), além de sibilância persistente sem melhora com uso de corticoides inalatórios e LABA. Espirometria evidenciando distúrbio ventilatório obstrutivo leve com CVF reduzida e incremento de VEF1 após uso de broncodilatador. Hemograma com eosinofilia importante (3424/mm3). Procura atendimento médico por insuficiência respiratória. Ausculta pulmonar com sibilos inspiratórios difusos, com SpO2 < 50% em ar ambiente. Internado para investigação do quadro, realizou broncoscopia com biopsia transbrônquica que evidenciou infiltrado inflamatório de eosinófilos e vasculite. Realizada também biópsia renal: glomerulonefrite proliferativa e necrotizante segmentar, esclerose segmentar com sinéquia 1 de 12 glomérulos, alterações degenerativas tubulares, nefrite túbulo-intersticial multifocal com eosinófilos. Realizado o diagnóstico de GEPA. Prescrito prednisona 60 mg/dia, além de formoterol + budesonida, salbutamol de resgate, ciclofosfamida (administrados 5 ciclos) e azatioprina 200 mg/dia. Nos retornos de seguimento periódicos, evolui com melhora dos sintomas, porém ainda queixava-se de episódios de sibilância, tosse com secreção esverdeada, rinorreia e obstrução nasal, que pioravam progressivamente com redução da dose de prednisona (chegou a usar 5 mg/dia), além de ganho de peso considerável. Foi optado então pelo uso de Mepolizumabe na dose de 100 mg SC/mês, iniciou uso em novembro/2022. Nas consultas subsequentes, referindo remissão de todos os sintomas respiratórios. Suspensa corticoterapia em janeiro/2023. Eosinófilos no hemograma dentro da faixa de normalidade (63/mm3) três meses após a suspensão. Realizou nova espirometria que evidenciou incremento de mais de 500 ml de VEF1, com resultado normal. DISCUSSÃO: Apesar de terem sido desenvolvidos para tratamento de asma de difícil controle, os imunobiológicos (nesse relato foi administrado anticorpo monoclonal anti interleucina 5) têm apresentado boa resposta no tratamento de GEPA com remissão dos sintomas respiratórios, permitindo suspensão de corticoterapia oral e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

091 MANIFESTAÇAO INCOMUM EM SAF: HEMORRAGIA ALVEOLAR, UM RELATO DE CASO

COMEGNA DOS SANTOS, AMANDA; FERREIRA FRANÇA PAZETO, LAURA; QUIRINO DE MOURA MACHADO, MARCELO;
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil;

A Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídio (SAF) é uma doença autoimune sistêmica, que cursa com trombose e níveis de anticorpos antifosfolipídeos elevados e persistentes. A fisiopatologia da trombose foi amplamente estudada. Há outras manifestações que não são critérios diagnósticos, mas que são relevantes, como a hemorragia alveolar difusa, de morbidade e mortalidade significativas. Na literatura há poucos relatos de casos e séries de casos descritos. Apesar de incomum, é importante que seja conhecida para que haja a suspeita do diagnóstico em casos de SAF com infiltrado alveolar sem etiologia definida. Hemorragia nestes pacientes é um desafio, considerando o estado de hipercoagulabilidade e a indicação de anticoagulação plena perene. Paciente sexo masculino, 49 anos, encaminhado para acompanhamento médico especializado em 2018, relatando desde 2015 crises de tosse seca e dispneia. Recebeu o diagnóstico de asma, e iniciou uso de corticóide inalatório e oral, com melhora. Antecedente de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo em 2016, e em membro inferior direito em 2017 em vigência de anticoagulação, ambos sem causa estabelecida. Ao exame físico, fácies cushingóide, distribuição centrípeta de gordura, exame respiratório e de demais sistemas sem alterações. Na primeira avaliação, trazia exames de radiografia de tórax prévios, com velamentos múltiplos, bilaterais e migratórios, sem localização preferencial. Trazia 4 tomografias de tórax com opacidades pulmonares múltiplas, bilaterais e migratórias. Outros exames relevantes: FAN nuclear pontilhado fino denso / placa metafásica cromossômica 1:80, ACA 117 IgG e 40 IgM. Mantida anticoagulação plena pela hipótese de SAF, depois confirmada por altos títulos de anti-beta-2-glicoproteína e pesquisa de anticoagulante lúpico. Sem eosinofilia periférica, ANCA não reagente, sem outros acometimentos viscerais que sugerissem vasculite sistêmica. Para investigação do quadro pulmonar, submetido a broncoscopia, evidenciando inflamação brônquica difusa, e coleta de lavado broncoalveolar, de aspecto hemorrágico. Realizada biópsia via videotoracoscopia em lobo superior e inferior direito, evidenciando reação descamativa devido a hemorragia pulmonar crônica com pneumonia neutrofílica necrotizante, e intensa deposição hemossiderótica intra macrofágica. Definido o diagnóstico de hemorragia alveolar difusa por SAF, pela história clínica, exames e biópsia. Ao longo do seguimento, apresentou diversos episódios de trombose venosa em membro inferior. Fez uso de ciclofosfamida e azatioprina, com pouca tolerância. Mantido corticóide oral, com períodos de desmame. Neste caso, paciente com manifestação incomum de SAF. O lavado broncoalveolar é necessário para avaliar hemorragia e afastar infecção. Outras causas autoimunes foram descartadas. A biópsia pulmonar cirúrgica é útil em descartar diagnósticos diferenciais, e macrófagos com deposição hemossiderótica sugerem hemorragia alveolar recente.

092 MIELITE E INFILTRADO PULMONAR INTERSTICIAL COM VASCULITE ANCA ASSOCIADA: DESAFIO DIAGNÓSTICO

SIMONGINI, RICELLI; BAPTISTA, ANGELINE; LUZ, LUANA; PEREIRA, LARA; SOUZA, YURI; CAVALCANTE NETO, PAULO; PONTES, PEDRO; BERNAL, HENRIQUE; SOARES NETO, HERVAL; CAU, LARISSA;
IAMSPE - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA DA RELEVÂNCIA DO CASO: As vasculites ANCA associadas fazem parte de um espectro de doenças, cujo diagnóstico é desafiador, visto que podem apresentar manifestações sobrepostas e, às vezes, extremamente difíceis de se diferenciar. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E PREGRESSA: J.M.N.V, sexo feminino, 64 anos, ex-tabagista há 30 anos (carga tabagica 10 anos-maço), sem histórico de doença pulmonar. Antecedentes: fibromialgia e AVC em janeiro/2023, em uso de Apixabana 5 mg de 12/12h. Admitida no IAMPSE para investigação de fraqueza muscular progressiva há 1 mês. Em RM coluna cervical, evidenciado mielite longitudinalmente extensa. Recebeu pulsoterapia com Metilprednisolona e imunoglobulina intravenosa (IVIG) sem melhora clínica. Diagnosticado infecção de corrente sanguínea, decorrente de S. aureus Oxacilina resistente. Iniciada antibioticoterapia adequada e investigação de endocardite com ecocardiograma transesofágico. Evoluiu com sintomas respiratórios, como tosse, dispneia e febre, além de infiltrado, evidência de bronquiectasias e derrame pleural bilateral em tomografia de tórax. Realizada toracocentese, com isolamento de S. aureus. Em imagem de controle, presença de faveolamento em bases pulmonares. Uma ampla investigação foi realizada com foco nas doenças sistêmicas que poderiam causar lesões pulmonares, constatou-se o achado positivo de anticorpo P-ANCA, anti-MPO e proteinúria de 600 mg/24 horas. Prova de função pulmonar com CVF isoladamente reduzida. Ausência de sintomas prévios de trato respiratório ou presença de eosinofilia. Sendo assim, hipótese de mielite extensa secundária à vasculite associada à ANCA, com achados pulmonares. Optado por tratamento com Rituximabe (0, 15 e 180 dias) e corticoide oral. EVOLUÇÃO: Em avaliação ambulatorial, paciente deambulando, referindo melhora dos sintomas. Em uso de Prednisona 20mg/dia e em programação de Azatioprina ou Micofenolato de mofetila (poupador de corticóide). DISCUSSÃO: Segundo os critérios diagnósticos definidos em 2022 pelo American College of Rheumatology, pelo menos 5 pontos são necessários para confirmar o diagnóstico de Poliangiite Microscópica. Neste caso, temos P-ANCA e Anti-MPO positivos (6 pontos) e fibrose pulmonar na imagem (3 pontos) e nenhum critério de pontuação negativo. Atualmente, considera-se que o tipo ANCA (anti-MPO ou anti-PR3) tenha mais significado prognóstico e clínico do que relação com o tipo de vasculite. O padrão radiológico mais prevalente é a pneumonia intersticial usual (PIU) ou PIU provável em 75%. O tratamento consiste na fase de indução e fase de manutenção. Na indução da remissão, usa-se glicocorticóides em combinação com Rituximabe ou Ciclofosfamida (estudo RAVE demonstrou não inferioridade do Rituximab). Na segunda fase, sugere-se o uso do Rituximabe, mas como alternativa, temos a Azatioprina, Metotrexato e Micofenolato.

093 MUCOSITE GRAVE RELACIONADA A TERAPIA INALATORIA COM ILOPROSTA NA HIPERTENSAO PULMONAR: RELATO DE CASO

VOSS, LARISSA REGO; OLIVEIRA, VICTOR SILVA; DE ALMEIDA, YAN LUCAS CASTRO; CRUZ NETO, JOSE KLINGER DE OLIVEIRA; TAVARES, PEDRO FAGUNDES; ALMEIDA, TAYS CRISTINA DA SILVA CERQUEIRA; DOS SANTOS JUNIOR, EDVAL GOMES; FIGUEIREDO, RICARDO GASSMANN;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - FEIRA DE SANTANA - Bahia - Brasil;

Justificativa da relevância do caso relatado: As prostaciclinas destacam-se como uma importante classe terapêutica no tratamento da hipertensão pulmonar (HP). A iloprosta, um análogo sintético da prostaciclina, demonstrou eficácia na redução de sintomas e desfechos negativos em pacientes portadores de HP. Sua ação vasodilatadora seletiva na circulação pulmonar promove efeitos duradouros, aumentando a tolerância ao exercício e a qualidade de vida dos pacientes. Relatamos um caso de mucosite orofaríngea grave relacionado ao uso inalatório de iloprosta. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, portadora de hipertensão pulmonar, persistiu com escore de risco alto mesmo após 6 meses de uso regular de sildenafila e ambrisentana nas doses preconizadas. Encontrava-se em classe funcional III/IV, TC6M=370m, BNP=780 pg/ml, sendo indicada adição de iloprosta inalatório. No terceiro dia após início da nova terapia, a paciente referiu odinofagia, edema e cianose de lábios, hiperemia intensa e placas enantematosas em cavidade oral. Houve melhora clínica após nistatina oral e suspensão da medicação. Sete dias após introdução de iloprosta, a paciente apresentou extensa mucosite oral com disfagia a sólidos. Houve piora clínica progressiva mesmo em vigência de prednisona com necessidade de interrupção da medicação suspeita. Culturas para piogênicos e fungos foram negativas. Discussão: A mucosite relacionada a iloprosta é um efeito adverso raro de etiologia complexa e multifatorial. A atuação direta da iloprosta nos tecidos pulmonares pode desencadear uma resposta inflamatória exacerbada ou de hipersensibilidade, contribuindo para a lesão das células epiteliais da mucosa. Além disso, a irritação local causada pela inalação repetida da iloprosta pode amplificar a mucosite. A compreensão completa dessa etiologia requer investigações aprofundadas sobre as vias inflamatórias e a interação direta entre a iloprosta e as células epiteliais, a fim de orientar estratégias de prevenção e manejo mais eficazes. Suporte financeiro: Este relato não obteve suporte financeiro nem possui conflitos de interesse.

094 NORMALIZAÇAO HEMODINAMICA EM PACIENTE COM HIPERTENSAO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA AO LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: PAPEL DA IMUNOSSUPRESSAO

KANSO, MARIAN LAMANA; DUARTE, ANA CAROLINA BOMBARDI; SANTOS, JULIANA LUCENA; MENEZES , THAIS CARVALHO FRANCESCANTONIO; OLVIEIRA, ANA PAULA DOS SANTOS; CAMPOS, ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA ALVARES DA SILVA; ARAKAKI , JAQUELINA SONOE OTA; OLIVEIRA, RUDOLF KRAWCZENKO FEITOZA;
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune com possibilidade de acometimento pulmonar por diversos mecanismos, incluindo a disfunção vascular pulmonar que pode levar à hipertensão pulmonar (HP). A HP acomete até 17,5% desses pacientes e pode ser secundária à doença intersticial, à eventos tromboembólicos, à doença cardíaca esquerda ou, em até 50% dos casos, à mecanismos inflamatórios relacionados ao LES. Nestes casos, a imunossupressão é parte fundamental do tratamento da HP-LES. RELATO DO CASO: Feminino, 27 anos, branca, diagnóstico de LES juvenil desde os 11 anos com acometimento multissistêmico e remissão clínica há cinco anos. Iniciou dispneia progressiva, mMRC 2, dor torácica e lipotimia aos esforços. Exame físico com desdobramento de B2 à ausculta cardíaca. Na investigação diagnóstica, apresentava BNP 1530ng/L. Ecocardiograma com pressão da artéria pulmonar (PAP) sistólica de 72mmHg, e “fractional área change” do ventrículo direito (VD) de 26%. Submetida a cateterismo cardíaco direito e a avaliação hemodinâmica indicou hipertensão pulmonar pré capilar com hiperresistência vascular pulmonar (PAP média (PAPm) 54 mmHg, pressão de oclusão da artéria pulmonar (PoAP) 10 mmHg, resistência vascular pulmonar (RVP) 1100 dinas.s/cm5) com disfunção VD em fase hipodinâmica (volume sistólico indexado (VSi) 19,3 ml/m²/bat, índice cardíaco (IC) 1,83 L/min/m² e índice de trabalho sistólico do VD (ITSVD) 14,3 g/m²/bat). Iniciado tratamento com terapia vasodilatadora com sildenafila e ambrisentana e imunossupressão com metilprednisolona e ciclofosfamida. Em 11 meses houve normalização hemodinâmica (PAPm 15 mmHg, RVP 141 dinas.s/cm5, VSi 43,3 ml/m²/bat, IC 3,08 L/min/m², ITSVD 9,3 g/m²/bat) e melhora clínica expressiva. DISCUSSÃO: HP é uma doença com alta morbimortalidade e é definida por PAPm superior a 20 mmHg no cateterismo direito. No LES, é relacionada a pior prognóstico com sobrevida em 5 anos de 60%. Os mecanismos fisiopatológicos envolvem a interação entre fatores genéticos, ambientais, imunológicos e sobretudo inflamatórios com deposição de células inflamatórias, imunoglobulinas e fibrinócitos na musculatura vascular pulmonar, produzindo proliferação, remodelamento e fibrose. Estes pacientes possuem células disfuncionais, super expressão de fator de crescimento e neoangiogênese alterada, com desbalanço entre apoptose e proliferação endotelial. Assim como na HAP idiopática, o tratamento é com terapia vasodilatadora pulmonar, porém, na HP-LES onde a inflamação tem papel central na doença, o uso de imunossupressores está indicado. No caso apresentado, com a terapia combinada específica para HP e imunossupressão houve normalização dos parâmetros hemodinâmicos. Assim, apesar da alta morbimortalidade relacionada à HP-LES, a rápida suspeição/diagnóstico e a instituição precoce do tratamento adequado, ou seja, específico para HAP associado a imunossupressão, pode evitar a progressão da doença e impactar seu prognóstico.

095 RELATO DE CASO - SINDROME DE CIMITARRA

GOMES, GABRIEL HENRIQUE CAVERÇAN; QUEIROZ, SAMIA ALVES; BARRETO, LUIZ ALVES PEREIRA; CARVALHO, GIL GOUVEIA HANS; DA SILVA, RODRIGO MOLINA; DE ALMEIDA, GUSTAVO CORREA; CALUNGA, THAIS CRISTINA; FAMERP - Sao José do Rio Preto - São Paulo - Brasil;

A síndrome de Cimitarra, é uma má-formação cardiovascular rara caracterizada pela drenagem anômala de uma ou mais veias pulmonares para a veia cava inferior ou o átrio direito. Esta alteração pode estar acompanhada de outras manifestações concomitantes como hipoplasia pulmonar direita, anomalia na arvore brônquica, dextrocardia, suprimento arterial sistêmico para o pulmão direito originário da aorta ou artérias braquiais e em um terço dos casos, anomalias cardíacas. O termo Cimitarra remete a espada turca curvada em que se assemelha a imagem visualizada na radiografia de tórax. Normalmente os pacientes portadores desta anomalia são assintomáticos, porém podem se apresentar como infecções respiratórias de repetição e dispneia aos esforços. A seguir descrevemos um caso em que essa má-formação foi diagnosticada na infância em um jovem. Paciente masculino, 15 anos, com histórico de parto prematuro com o diagnóstico de pneumonia, cursando com desconforto respiratório. Neste período foi visualizado hipoplasia do pulmão direito e suspeita de dextrocardia. Durante a infância manteve pneumonias de repetição com necessidade de múltiplas internações. Em investigação adicional, observou-se que no RX de tórax paciente apresentava sinais sugestivos de hipoplasia e desvio do coração, no entanto na tomografia de tórax foi evidenciado além da hipoplasia pulmonar direita prévia, conexão venosa pulmonar anômala parcial ipsilateral (para cava inferior supra-hepática). Realizado prova de função pulmonar sem distúrbios ventilatórios e ecocardiograma transtorácico sem sinais de hipertensão pulmonar, mostrando apenas “situs solitus” com coração desviado para a direita refutando a suspeita inicial de dextrocardia associada. Paciente evoluiu com estabilidade do quadro, apresentando raros sintomas respiratórios e geralmente associado a infecções virais de vias aéreas superiores e sem sinais de complicação, foi optado por não realização de correção cirúrgica, sendo mantido seguimento clínico dos sintomas apenas. A síndrome da cimitarra representa cerca de 3% dos casos de drenagem anômala das veias pulmonares. Há predominância no sexo feminino (1,4:1,0) e descrição de ocorrência familiar. A apresentação clínica é variável e depende da idade, sendo mais grave na infância, principalmente relacionada à insuficiência cardíaca e hipertensão pulmonar, também sendo muito comum a história de múltiplas pneumonias durante a infância levando a confusão diagnóstica. Os sintomas em adultos são inespecíficos, como dispneia, fadiga, pneumonias de repetição e sinais de insuficiência cardíaca. Dentre as terapias possíveis há a possibilidade de correção cirúrgica nas formas infantis e nos adultos com infecções respiratórias de repetição, shunt esquerdo-direto significativo ou hipertensão pulmonar com o objetivo desviar o fluxo venoso pulmonar. O objetivo deste relato é trazer a atenção ao a esta doença rara e contribuir para a difusão do seu reconhecimento e o de suas possíveis abordagens

096 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PACIENTES COM COVID-19: INCIDENCIA E APRESENTAÇAO DO ACOMETIMENTO PULMONAR

XAVIER, RODRIGO COSTA MICHELI; MARINHO, JAMOCYR MOURA;
EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador - Bahia - Brasil; Hospital Santa Izabel (HSI) – Santa Casa da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil;

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) constitui um dos componentes do tromboembolismo venoso, e assim a 3ª causa mais comum de síndrome cardiovascular aguda, porém tem apresentação clínica inespecífica. Para o diagnóstico definitivo de TEP, que é potencialmente tratável, se preconiza a avaliação por imagem, sendo a angiotomografia de artérias pulmonares (ANGIO-TC) a modalidade de escolha. É sabido que a associação entre TEP e COVID-19 resulta em um maior risco de vida se comparado a TEP isolada no ambiente intra-hospitalar. Objetivos: Descrever os achados tomográficos compatíveis com TEP em pacientes com diagnóstico de COVID-19. Analisar a incidência do tromboembolismo pulmonar (TEP) em pacientes hospitalizados com diagnóstico de COVID-19. Métodos: Estudo observacional do tipo coorte retrospectiva, descritivo, com uso de dados de prontuários eletrônicos de pacientes acima dos 18 anos, com COVID-19 admitidos e acompanhados em um Hospital de atendimento particular e público entre abril de 2020 e abril de 2021, com aprovação do comitê de ética em pesquisa da instituição. Definiu-se as variáveis de interesse como dados sociodemográficos, dados clínicos, comorbidades, achados radiológicos e laboratoriais. Quanto à análise estatística, para as variáveis quantitativas foram aplicados os testes de Shapiro-Wilk e/ou Kolmogorov-Smirnov e cálculo das medidas de tendência central. Além disso, para as variáveis quantitativas não gaussianas, foram utilizadas medianas e intervalo-interquartil. Já para as variáveis gaussianas, média e desvio padrão. Para as qualitativas, foram calculadas porcentagens válidas e frequências absolutas. Resultados: Foi verificado um total de 1822 pacientes com COVID-19, dos quais 64 apresentaram diagnóstico de TEP, com incidência de 3,51% (IC 95%: 2,74 a 4,43). Na apresentação tomográfica foi encontrado: opacidade em vidro fosco (83,1%), consolidação (59,3%), pavimentação em mosaico (40,7%), atelectasia (37,3%), derrame pleural (32,2%), Bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (6,8%), e sinal do halo invertido (5,1%). A distribuição do êmbolo na ANGIO-TC revelou um padrão de acometimento periférico, em razão das artérias segmentares/subsegmentares terem sido mais frequentemente envolvidas em comparação com as artérias principais/lobares (76,2% versus 23,8%). Também foi evidenciado predomínio unilateral (64,4%) ao bilateral. Do total, 72,9% apresentaram extensão leve a moderada do acometimento pulmonar, enquanto 27,1% a grave. Conclusões: A apresentação tomográfica de pacientes hospitalizados com COVID-19 pode mimetizar alterações parenquimatosas associadas ao TEP, já que sobrepõe achados de ambas as doenças quando associadas. Ademais, a localização predominantemente periférica do TEP na COVID-19 sugere um papel importante da imunotrombose local. Assim, como a TC de tórax é usada na prática rotineira do diagnóstico de COVID-19, TEP deve ser suspeitado apesar da baixa incidência demonstrada no estudo.

097 UM RARO DIAGNOSTICO DE HIPERTENSAO PULMONAR - RELATO DE CASO

NAMUR, CAROLINE SCHMIELE; VILHENA, HENRIQUE ANDRADE; SCHMIDT, CAIO SOARES; BORDON, INGRA NARDELI DOS SANTOS; FERREIRA, THIAGO DE OLIVEIRA; DA SILVA, GABRIEL BOCALINI SOARES; CATISTE, INGRID ARIEL LAPAS; SALES, KATARINE ROSA; BREVIGLIERI, LUIZ RENATO CARDINALLI; ROMALDINI, JOSÉ GUSTAVO BARIAN; PEREIRA, DÉBORAH MADEU; CANÇADO, JOSÉ EDUARDO DELFINI; STIRBULOV, ROBERTO; FILHO, JORGE ETHEL; DA SILVA, CRISTIANO TORRES;
SANTA CASA DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução Hipertensão pulmonar é uma síndrome clínica e hemodinâmica, determinada por aumento da pressão da artéria pulmonar. Os sintomas são inespecíficos, o que pode dificultar o diagnóstico e retardar o início do tratamento. Pode ser causada por diversas patologias, sendo que o tratamento deve ser direcionado para cada causa. Por esse motivo, é de extrema importância uma investigação adequada e tratamento direcionado, visando melhora da qualidade de vida e sobrevida do paciente. A seguir, descrevemos caso de uma paciente com etiologia rara de hipertensão pulmonar. Relato de Caso Paciente de 31 anos, sexo feminino, encaminhada ao ambulatório de Pneumologia do nosso serviço com dispneia à esclarecer. Cerca de 5 meses antes da primeira consulta em nosso serviço, paciente foi submetida à parto cesária e evoluiu de forma súbita com hipotensão, dispneia e dessaturação, sendo encaminhada para UTI e sendo necessário administração de oxigenoterapia em MNR. Realizado controle clínico, paciente evoluiu com melhora do quadro, tendo recebido alta hospitalar em ar ambiente e seguimento ambulatorial. Em investigação do quadro, foi realizada tomografia computadorizada de tórax, ecocardiograma com presença de hipertensão pulmonar, com PSAP 60mmhg e presença de micronódulos pulmonares não calcificados esparsos, bilateral, sendo aventada hipótese diagnóstica de tuberculose miliar. Além disso, realizados exames laboratoriais, incluindo 4 amostras de escarro com baciloscopia negativa. Iniciado tratamento para tuberculose de forma empírica. Paciente então encaminhada ao nosso serviço, mantendo queixa de dispneia, ortopneia e edema de membros inferiores, em piora progressiva, sem alterações à ausculta pulmonar. Negava quadro de sudorese noturna, perda ponderal, febre ou tosse. Revisada história clínica da paciente e realizada nova tomografia, tendo sido então descartada hipótese de tuberculose, suspenso tratamento para tuberculose e indicada biópsia pulmonar, tendo-se como principais hipóteses doença intersticial autoimune e doença veno-oclusiva, devido achados da tomografia e hipertensão pulmonar. Em anatomopatológico evidenciado focos de macrófagos com hemossiderose, tendo-se então como principal hipótese diagnóstica a doença veno-oclusiva pulmonar. Foi iniciado tratamento para hipertensão pulmonar e mantido acompanhamento ambulatorial. Conclusão No caso descrito, levantou-se hipótese de uma doença rara, com incidência anual de cerca de 0,1 caso por milhão na população. O tratamento precoce pode ter impacto importante na sobrevida desses pacientes, sendo então crucial a investigação da hipertensão pulmonar em pacientes com suspeita clínica, evitando-se o diagnóstico tardio e consequente pior prognóstico.

dpoc

098 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA MORTALIDADE POR DOENÇA OBSTRUTIVA CRONICA NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL, NO PERIODO DE 2019 A 2020

SIQUEIRA, GUSTAVO BRUNO MARTINS DE; CABRAL, MAURO ANDRÉ AZEVEDO SILVA KAISER; GARCIA , JÉSSICA CRISTINE DA SILVA; REIS, IZABELA DE FIGUEIREDO; VIEIRA, LUCAS SOUSA; RIBEIRO , ANTONIO JOSÉ ROCHA; NASCIMENTO, CARLOS EDUARDO DA CUNHA; SILVA , ELVIRA DOS ANJOS TORQUATO DA; CASTRO, AGNES ELOHIM NICOLAU DE; GIUSTI, JOÃO ANTÔNIO ZANETTE; OLIVEIRA , Paloma SOARES; ALMEIDA, Artur MENEGAZ DE; DAVID, YONARA RIVELLE NEVES;
Universidade Federal de Mato Grosso - Sinop - Mato Grosso - Brasil;

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade no Estado de Mato Grosso (MT), Brasil, e no mundo. De fato, o tabagismo é o principal fator que contribui predominantemente para essa patologia crônica. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por DPOC no Estado de Mato Grosso, do ano de 2019 a 2022. Métodos: Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com a captação dos dados secundários no sistema de informações da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. As variáveis selecionadas foram: ano de óbito, causa básica (Cid10 3C: J44, J44.0, J44.1, J44.8 e J44.9), número de óbitos, sexo, faixa etária, macrorregiões de residência, raça/etnia e assistência médica. Os dados foram tabulados no programa Excel e calculadas as frequências absolutas e relativas. Os aspectos éticos estão de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 510/2016. Resultados: Foram registrados 2.550 óbitos por DPOC no período analisado, com a maior percentual no ano de 2022 (27,9%), seguido por 2019 (27,6%), 2020 (24%) e 2021 (20,5%). Com relação ao sexo, o sexo masculino foi o mais acometido (61%) e o sexo feminino representou 39% dos óbitos. A maioria das mortes ocorreram na faixa etária acima dos 80 anos (36,8%), seguida pelas faixas: 70 a 79 anos (31,4%), 60 a 69 anos (21,2), 50 a 59 anos (7,8%), 40 a 49 anos (1,9%), e de 1 a 39 anos (0,8%) e em branco ou ignorado (0,1%). No tocante a etnia, a etnia mais afetada foi a parda (51,1%), seguida pelas etnias branca (37%), preta (9,3%), amarela (0,9%) e indígena (0,8%), em branco ou ignorado (0,9%). Os óbitos ocorreram mais frequentemente entre pessoas sem nenhuma escolaridade (29%) seguido por aqueles que apresentaram tempo de estudo entre 4-7 anos (25,6%) , entre 1 a 3 anos (18,6%), 8 a 11 anos (12,3%) e 12 anos mais (2,5%), em branco ou ignorado (12%). Dos 2550 óbitos por DPOC analisados, 67,3% receberam assistência médica, enquanto que apenas 4,8% não receberam, branco ou ignorado (27,9%). As macrorregiões de residência com maior número de óbitos foram a Centro-Norte (37,3%), Sul (18,7%), Norte (17,3%), seguidas pelas macrorregiões Oeste (10%), Centro-Noroeste (9,2%) e Leste (7,5%). Conclusões: Houve um aumento no número de óbitos por DPOC em MT, sobretudo no ano de 2022, a maior parte das vítimas eram do sexo masculino, faixa etária de 80 anos ou mais, etnia parda e com 0 anos de escolaridade. Nesse sentido, dados da literatura científica sobre a temática DPOC reforçam essas descobertas. Portanto, é evidente que a compreensão das características epidemiológicas sobre a mortalidade por DPOC no Estado de Mato Grosso podem contribuir para a melhoria das atuais políticas públicas de combate à DPOC em MT e no Brasil.

099 AVALIAÇÃO DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR E ALBUMINÚRIA EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

GOMES, ARTUR BRUNO SILVA; PASCOAL, DAVID BALBINO; LOPES, TADEU PEIXOTO; BARRENSE, PAULO OTÁVIO ALENCAR; CAMPOS, RODRIGO PEIXOTO;
Centro Universitário Tiradentes - Maceió - Alagoas - Brasil;

Introdução: Dados epidemiológicos revelam que pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) têm risco 1,6 vezes maior de desenvolver Doença Renal Crônica (DRC) do que aqueles sem DPOC e associa-se a maior mortalidade, pois há interação da insuficiência respiratória na função renal. Isso é reflexo da hipóxia e da hipercapnia que levam à vasodilatação sistêmica, contrabalanceada pelo sistema nervoso simpático e pela secreção de hormônio antidiurético, causando hipotensão e hipoperfusão renal. Ademais, observa-se achado de microalbuminúria em pacientes com DPOC, porque há aumento da atividade do sistema de renina-angiotensina, exposta pela relação inversa VEF1 e CVF, levando à lesão microvascular que propicia a DRC em pacientes com DPOC Objetivos: Avaliar a Taxa de Filtração Glomerular (TGF) e albuminúria em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica Métodos: Estudo observacional transversal, desenvolvido no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), em Maceió, Alagoas, no período de 2020 a 2022. Amostragem incluiu pacientes do serviço de Pneumologia com confirmação de DPOC e maiores de 18 anos. Foram excluídos os indivíduos com DRC estágio 4 ou 5, transplantados renais e com câncer. Intervenção ocorreu via anamnese com questionário Medical Research Council modified (mMRC) e espirometria. Categorizou-se os pacientes conforme a classificação GOLD 2019 (A, B e C/D). Foi dosado a creatinina plasmática, no intuito de estimar a TFG, estimada pela fórmula do CKD-EPI, além da dosagem da creatinina e da albumina em amostra isolada de urina para definir presença de albuminúria. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, bem como cumpre as resoluções que estabelecem o princípio da bioética Resultados: Analisaram-se 45 pacientes (sexo masculino 64,4%, idade média 69,11 ± 9,79, DM 15,5% e HAS 57,7%). DRC foi diagnosticada em 22 (48,8%) pacientes. Destes, 9 (40,9%) apresentaram redução da TFG, 19 (86,3%) aumento da albuminúria, enquanto 6 (27,2%) apresentaram albuminúria e TFG alteradas. Dentre os pacientes, 24 foram classificados como GOLD A, 9 no GOLD B e 12 no GOLD C/D. A TFG média no GOLD A, B e C/D foi, respectivamente, de 75,3 ± 13,74 ml/min/1,73 m2, 74,2 ± 17,27 ml/min/1,73 m2 e 75,7 ± 16,42 ml/min/1,73 m2 (p>0,05). A mediana da albuminúria no GOLD A, B e C/D foi, respectivamente, 12,27 mg/g (7,21-31,90), 47,83 mg/g (23,45-181,26) e 25,80 mg/g (18,23-64,30) (p>0,05) Conclusões: Não houve diferença estatística significativa entre grupos pela TFG e albuminúria. A albuminúria foi maior nos grupos B e C/D. Não foi encontrado correlação entre VEF1 e TFG, assim como VEF1 e albuminúria. Evidenciou-se alta prevalência de pacientes com DRC entre os pacientes com DPOC. Apesar da albuminúria ter sido mais elevada nos grupos B e C/D. Frisa-se que albuminúria e cálculo de TFG deveriam fazer parte dos exames realizados em portadores de DPOC. Quanto às perspectivas, requer estudos robustos, amostra maiores para firmar análises mais amplas da relação DPOC e DRC

100 CARACTERIZAÇAO DA SENSAÇAO DE DISPNEIA, FUNÇAO PULMONAR E DESEMPENHO FISICO EM PACIENTES COM RASTREIO POSITIVO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA: ESTUDO PILOTO

ROLIM, JOÃO VICTOR; ZORRER FRANCO, FRANCISCO JOSÉ BARBOSA; MOTA , JENNIFER VIANNA; SANT'ANA, NATHALIA MARTON; SANTOS, BEATRIZ RODRIGUES SILVA; OHARA , DANIELA GONÇALVES; ROMÃO CRUZ , NAYARA CRISTINA; KABBACH , ERIKA ZAVAGLIA; LEONARDI , NAIARA TAIS; SCHAFAUSER, NATHANY SOUZA; DI LORENZO, VALÉRIA AMORIM PIRES; ZORRER FRANCO, MARCELA MARIA CARVALHO DA SILVA; MENDES , RENATA GONÇALVES;
UFSCAR - São Paulo - São Paulo - Brasil; UNIVERSIDADE SANTO AMARO - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por anormalidades nas vias aéreas/alveolares, que levam a obstrução persistente e progressiva ao fluxo aéreo. Seu principal fator de risco é o tabagismo, seguido por exposição à fumaça e poluição do ar. Os principais sintomas são dispneia, intolerância ao exercício e hiperinsuflação pulmonar, que pode levar a intolerância ao exercício e redução do nível de atividade física, contribuindo para a piora da qualidade de vida, e aumento da mortalidade. Porém, o diagnóstico da doença acontece muitas vezes tardiamente, em decorrência da restrição ao acesso do exame que é padrão ouro- prova de função pulmonar e pelo desconhecimento da população sobre a doença, que leva a demora para procurar o serviço de saúde. Objetivos: Caracterizar a sensação de dispneia, função pulmonar e desempenho físico em indivíduos expostos a gases tóxicos, sem diagnóstico de doenças pulmonares, somente com rastreio positivo. Métodos: Estudo transversal e observacional, com 32 indivíduos de 50 anos até 70 anos, tabagistas ou expostos a gases tóxicos, sendo excluídos quando apresentaram hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca, outras doenças pulmonares, sequelas pulmonares da Covid-19 ou contraindicação para realizar o teste de degrau de seis minutos. Como instrumento de avaliação foi aplicado o questionário COLA (COPD in Low-Middle Income Coutries -LMICs Assessment) para rastreio da doença, sendo considerado rastreio positivo pontuação maior ou igual a 4, desempenho físico (número de degraus) no Teste de Degrau de 6 minutos (TD6), sensação de dispneia, pela escala de dispneia modificada (mMRC), dados antropométricos, demográficos e prova de função pulmonar (espirometria). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 57825422.2.3001.0086. Análise estatística: Foi utilizada a análise cluster, sendo rotulada segundo COLA menor do que 4. Para determinar o número de cluster, foi adotado o modelo hierárquico, seguida pela análise de cluster K-means para agrupar os indivíduos. Resultados: Nos pacientes com rastreio positivo(n=20), a idade foi de 61[54;70] anos, gênero feminino de 66% e índice de massa corpórea de 27 kg/cm2. Na análise de cluster, foi encontrado 3 grupos, sendo o cluster 1, os pacientes que subiram 70 degraus, 62% do predito da capacidade vital forçada (CVF), 42% do volume expiratório forçado (VEF1), pontuação 1 no mMRC, e relação VEF1/CVF de 76%, no cluster 2, os pacientes que subiram 86 degraus, 75% do predito CVF, 78% VEF1, pontuação 1 no mMRC, e relação VEF1/CVF de104%. No cluster 3, os pacientes que subiram 100 degraus, 89% da CVF, 89%, pontuação 1 no mMRC, e relação VEF1/CVF de 100%. Ao comparar os grupos, houve diferença significativa em todas as variáveis (pd"0,04), exceto o mMRC que se mostrou sintomático em todos os grupos. Conclusões: Os pacientes com rastreio positivo para DPOC são sintomáticos e, quanto mais grave as variáveis espirométricas, pior o desempenho físico.

101 CONFIABILIDADE E PODER DISCRIMINATIVO DO QUESTIONARIO COPD IN LOW-AND MIDDLE-INCOME ASSESSMENT (COLA) COMO ESTRATEGIA DE RASTREIO PARA A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA NO BRASIL: RESULTADOS PRELIMINARES

SCHAFAUSER, NATHANY SOUZA; KABBACH, ERIKA ZAVAGLIA; LEONARDI, NAIARA TAIS; GOMES, DANIEL ROBERTO VANZO; SILVA, MARCELA MARIA CARVALHO DA; OHARA, DANIELA GONÇALVES; ROLIM, JOÃO VICTOR; CRUZ , NAYARA CRISTINA ROMÃO; FRANCO, FRANCISCO JOSÉ BARBOSA ZORRER; BORGHI-SILVA, AUDREY; MENDES, RENATA GONÇALVES;

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - SÃO CARLOS - São Paulo - Brasil;

Introdução: A DPOC é a 3ª principal causa de morte em todo o mundo. Estima-se que haja mais de 8 milhões de pessoas com DPOC no Brasil, porém o subdiagnóstico é um importante problema no país. Entidades mundiais preconizam o rastreamento de casos, diagnóstico precoce e otimização do tratamento da DPOC como uma das maneiras mais eficazes em reduzir a mortalidade. Neste sentido o questionário COLA (COPD in Low - Middle Income Countries (LMICs) Assessment) foi desenvolvido na língua inglesa e validado para países de baixa e média renda (PBMR), para a identificação de indivíduos em risco de DPOC sendo traduzido e adaptado para a população brasileira, porém ainda se faz necessário analisar propriedades da ferramenta em ambiente nacional. Objetivos: Analisar a confiabilidade e poder discriminativo da versão em português do Brasil do questionário "COLA" na população brasileira. Métodos: Estudo multicêntrico em que foram incluídos 43 pacientes, divididos em dois grupos: 1) n=29, participantes com história de exposição a poluentes inalatórios, sem diagnóstico de DPOC; 2) n=14 participantes com diagnóstico de DPOC confirmado por espirometria prévia. Foram realizadas: a prova de função pulmonar, pela espirometria; e duas aplicações do questionário COLA, com intervalo de 30 minutos entre elas (V1 e V2). O questionário aplicado é composto de três partes, com pontuação final de 0 a 10: 1) sete questões relacionadas aos sintomas respiratórios, exposição a fatores de risco e questões funcionais; 2) idade; 3) valor do pico de fluxo expiratório. Para a análise estatística, a validade de critério foi estabelecida pelo cálculo da sensibilidade, especificidade, área sob curva ROC, utilizando a espirometria para confirmação de presença ou ausência de DPOC. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) foi utilizado para avaliar a confiabilidade interobservador (V1 e V2). O erro de medida entre a V1 e a V2 foi avaliada por meio da disposição gráfica de Bland e Altman. Resultados: A média de idade da amostra total foi de 63±10, com IMC médio em sobrepeso 26,03±5,85. Na análise de confiabilidade teste-reteste o ICC foi de 3,1 = 0,971 (95%IC 0,947; 0,984). O erro padrão da medida (SEM) foi de 0,36 e a diferença mínima detectável (MDC) foi de 0,99. Na análise de Bland-Altman os limites de concordância entre V1 e V2 foram os limits of agrément (LoA) sup=+0,88 e (LoA) inf=-1,16. Na análise da validade de critério do COLA, encontramos ASC =0.837 (95%IC 0,707; 0,968; p<0,001). Com o ponto de corte ≥5 encontramos uma sensibilidade 93% e especificidade de 55%; já com o ponto de corte em ≥6, encontramos uma sensibilidade 64% e especificidade de 83%. Conclusões: Diante dos dados preliminares apresentados, o questionário COLA apresentou boa confiabilidade e apresenta um melhor valor discriminativo de pacientes com DPOC considerando um ponto de corte ≥6 no score.

102 CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): PERSPECTIVA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

PENHA, MARCIO FERREIRA; SAUTER, ISMAEL; PEDRO, GABRIEL OGATA; NITA, MARCELO EIDI; PARREIRA, PATRICIA DO CARMO SILVA; TANNI, SUZANA ERICO;

CHIESI Farmacêutica Ltda - São Paulo - São Paulo - Brasil; Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil; MAPESolutions - São Paulo - São Paulo - Brasil; Universidade Federal de São Carlos - São Carlos - São Paulo - Brasil;

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) representa um importante desafio de saúde pública que pode ser prevenido e tratável. Apesar do profundo entendimento da DPOC por pneumologistas, clínicos e pesquisadores, pouco se sabe sobre o conhecimento desta doença na população em geral e em indivíduos com DPOC. Objetivos: Registrar informações sobre comportamento, dificuldades e percepções de pacientes e não pacientes sobre a DPOC. Métodos: De fevereiro a janeiro de 2023, um questionário on-line estruturado de autopreenchimento foi publicado, via link, nas redes sociais e nos sites das revistas da Editora Abril e do Grupo Chiesi Farmacêutica Ltda. O estudo foi realizado em parceria com a revista VEJA SAÚDE, com apoio técnico-científico da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia. Resultados: 2141 indivíduos responderam ao questionário, sendo 274 pacientes (13%), 55 cuidadores (3%) e 1812 indivíduos sem DPOC. A maioria apresentou idade superior a 46 anos (77%), residia no sudeste do país (64%) e era do sexo feminino (54%). Dentre os indivíduos sem DPOC, 26% nunca havia ouvido falar da patologia. A busca por informação e manejo da doença, aconteceu durante contato com o médico em 75% dos pacientes; 58% tiveram suas dúvidas esclarecidas por profissionais de saúde, sendo 54% orientados completamente sobre o tratamento e ajustes no estilo de vida. Contudo, apenas 49% dos pacientes e cuidadores acreditam saber o que fazer diante de uma crise. Em relação ao tratamento, 86% dos pacientes relataram utilizar regularmente os medicamentos para DPOC, onde 49% relataram utilizar inalador de aerossol dosimetrado (spray), enquanto apenas 26% afirmaram participar de algum programa de reabilitação pulmonar. Interessantemente, 51% desses pacientes confirmaram estar seguindo todas as recomendações e tratamentos propostos pelo médico e/ou profissional de saúde. Em relação a conhecimento sobre a DPOC, 48% da população em geral e 39% dos pacientes desconhecem o elo entre o tabagismo passivo e a DPOC. Cerca de 50% dos pacientes e da população geral não associa o narguilé e o cigarro eletrônico (em suas variadas formas) ao desenvolvimento da DPOC. Apesar de tanto o enfisema pulmonar como a bronquite crônica integrarem a DPOC, apenas 33% dos respondentes apontaram a bronquite crônica como uma doença muito grave. Dentre os indivíduos sem o diagnóstico de DPOC, 69% reclamaram de algum sintoma que aflige as vias aéreas. No entanto, 45% deles não procuraram auxílio médico. Esse número é ainda maior na população tabagista, onde 83% reportaram ao menos um sintoma, porém 59% não buscaram auxílio médico. Conclusões: A falta de informações pode comprometer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Por isso, identificar as lacunas de conhecimento entre pacientes, cuidadores e a população em geral, como realizado no presente estudo, pode permitir que as sociedades médicas brasileiras e associações de pacientes desenvolvam estratégias para disseminar conhecimento sobre prevenção e tratamento da doença.

103 ESTUDO DA ASSOCIAÇAO ENTRE DPOC E PERDA AUDITIVA COM RECONHECIMENTO DE FALA PREJUDICADO.

BELLEZE, LETICIA; BURCH, MONIQUE OLIVIA; SOARES, LUCIANA APARECIDA TEIXEIRA; PANDINI, VIVIANE MARTORI; PRESTES, RAQUEL; BERTOLINO, JESSICA REGINA; MAMONI, RONEI LUCIANO; PONTE, EDUARDO VIEIRA; Faculdade de Medicina de Jundiaí - Jundiaí - São Paulo - Brasil;

Introdução: A perda auditiva (PA) é, globalmente, o déficit sensorial mais frequente, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2019), enquanto dados epidemiológicos no país obtidos em 2018 indicam a prevalência de DPOC em 17% dos adultos acima de 40 anos (CRUZ; PEREIRA, 2018). Quando combinadas estas patologias, estudos sugerem que os portadores de DPOC possuem média de tons puros na audiometria mais elevados quando comparados a grupos controles saudáveis. Objetivos: Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre DPOC e perda auditiva que comprometa a recepção e compreensão da fala, para assim conseguir analisar o possível impacto da perda auditiva na comunicação deste indivíduo. Métodos: Foram convidados para participar pacientes com asma e DPOC encaminhados pela Prefeitura Municipal de Jundiaí para realização de espirometria na Faculdade de Medicina de Jundiaí. Todos os pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde do município fazem espirometria na FMJ, portanto, a amostra deste estudo é representativa desta população. Foi utilizado um grupo controle de asmáticos a fim de equiparar os grupos em relação a comorbidades, uso de corticoides orais e inalatórios e antibióticos. Além disso, os participantes foram equiparados em idade. Foram realizados testes específicos de fala como o SRT (Speech Recognition Test) e o IRF (ìndice de Reconhecimento de Fala), em ambiente e padrão controlados e estes classificados de acordo com o Manual de audiologia do Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2020. Resultados: Os resultados deste estudo demonstraram que os indivíduos com DPOC têm pelo menos 38% mais risco de perda auditiva no reconhecimento de fala em comparação com o grupo controle de asmáticos, de acordo com o limite inferior do intervalo de confiança do menor odds ratio ajustado. Idade, sexo e comorbidades não influenciaram essa associação porque os grupos foram pareados por idade e as análises foram ajustadas para essas covariáveis. A diferença entre nosso estudo e publicações anteriores é que aplicamos testes em ambiente controlado para identificar perdas auditivas com reconhecimento de fala reduzido, enquanto estudos anteriores mediram a perda de recepção sonora em frequências não relacionadas especificamente à fala. Portanto, até onde sabemos, nosso estudo é a primeira evidência de que indivíduos com DPOC correm risco de perda auditiva clinicamente significativa, que impacta na comunicação e interlocução. Conclusões: Concluímos, portanto, que indivíduos com DPOC de unidades de saúde primárias e secundárias têm risco pelo menos 38% maior de perda auditiva que comprometa a comunicação. Portanto, recomendamos estudos para avaliar se a triagem regular e intervenção precoce podem contribuir para a prevenção ou controle da perda auditiva em indivíduos com DPOC.

104 IMPACTO EM MORTALIDADE E HOSPITALIZAÇAO DE PACIENTES COM DPOC APOS ADESAO AO PCDT FEDERAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

RUBIN, ADALBERTO; AYUSSO, JULIA REZENDE DUEK; DA CRUZ, CARLA RIOS; SILVA, HENRIQUE OLIVEIRA; Boehringer Ingelheim - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença crônica com grandes impactos sociais e econômicos, sendo a terceira principal causa de morte no mundo1-3. No Brasil, apenas 12,5% dos pacientes são diagnosticados4 e, destes, apenas 16,7% seguem com tratamento adequado4. Conhecendo o atual cenário brasileiro de DPOC, é fundamental entender quais são as dificuldades de acesso da população aos cuidados necessários e analisar os resultados de ações de políticas públicas que melhorem esses dados. Essa abordagem é essencial para minimizar o impacto da DPOC em nosso país1. Objetivos: O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da incorporação de um protocolo clínico federal para o tratamento da DPOC (PCDT-DPOC) no estado do Rio Grande do Sul, onde não houve nenhum protocolo instituído até a atualização de 2021 da PCDT. Métodos: Um levantamento do número de hospitalizações e mortalidade foi realizado entre março de 2022 e março de 2023, por meio do acesso aos dados do DATASUS (departamento de TI do Sistema Único de Saúde (SUS)). Resultados: O estado do Rio Grande do Sul tem uma alta densidade populacional e estima-se que existam cerca de 740 mil pacientes com DPOC. Antes da publicação da PCDT Federal da DPOC, o estado não tinha nenhum protocolo de tratamento estadual para esses pacientes. Mas foi um dos primeiros a implementar a dispensa de tratamento. Após a publicação da portaria federal em novembro de 2021, o estado do Rio Grande do Sul iniciou a implementação do PCDT em nível estadual já em fevereiro de 2022. Após a implementação, a distribuição do principal tratamento da DPOC com LAMA (antimuscarínicos de ação prolongada) e LABA (beta2 agonistas de ação prolongada) começou a ocorrer, e cerca de 70% da dispensação desta classe de medicamentos foram representados por tiotropium+olodaterol no dispositivo Respimat®5. Avaliando essas variáveis, pode-se observar que o número de hospitalizações de todas as causas relacionadas à DPOC tem mostrado uma tendência decrescente consecutiva em cada mês, com 5.411 hospitalizações em maio de 2022, atingindo 1.348 hospitalizações em março de 2023. . Isso representa uma redução de 75% no número total de admissões, no último ano, após a implantação do PCDT5 Federal. Do mesmo modo, a taxa de mortalidade por todas as causas em doentes com DPOC foi de 11 % em março de 2022 e, no último ano, após a aplicação do protocolo, caiu para 9,8 % em março de 2023, o que representa uma redução relativa de 11 % na taxa de mortalidade no período comparado5. Conclusões: Os dados coletados mostram a importância de garantir o acesso a tratamentos de ponta para pacientes com DPOC. Eles também revelam que as políticas públicas associadas à garantia de tratamento adequado, como no caso de 70% dos pacientes com indicação LAMA/LABA recebendo tiotropio+olodaterol, são capazes de impactar positivamente e melhorar os resultados na DPOC, na gestão da saúde pública.

105 INQUERITO SOBRE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA NO ESTADO DE SAO PAULO

TONIDANDEL, PAULO ROBERTO; DOS SANTOS NERY, TELMA DE CÁSSIA; NAKASONE, TIEMI AKAISHI; GONCALVES, DIOGO SCHIAVO; DE CAPITANI, EDUARDO MELLO; VIANNA , ELCIO DOS SANTOS OLIVEIRA; STELMACH , RAFAEL; PEREIRA, MONICA CORSO;
HC FMUSP - Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil; HC FMUSP - São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil; UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil;

Introdução: DPOC resulta de complexa interação entre fatores genéticos, herdados e ambientais nocivos, interação essa que pode explicar sua heterogeneidade fenotípica. No Brasil, tabagismo persiste como principal fator de risco, porém estima-se que 25% destes portadores nunca tenham fumado. Pouco se conhece sobre a frequência e concomitância de exposição aos fatores de risco (FR) para dpoc. A identificação destes fatores permite a suspeição diagnóstica e implementação de estratégias de prevenção. Objetivos: Investigar a presença e frequência de história prévia de exposição a fatores de risco para DPOC em uma população de pacientes atendidos em ambulatórios de referência para a doença no estado de São Paulo. Métodos: Inquérito transversal e observacional em três amostras de conveniência de hospitais universitários por meio de entrevista sócio demográfica e utilização de questionário sistematizado e validado para identificação de fatores de risco para DPOC (substâncias inaladas (tabagismo ativo e passivo, queima de biomassa, inalações ocupacionais); fatores que causam desvantagem no potencial de crescimento pulmonar (prematuridade, tabagismo na gestação, baixo peso ao nascer), antecedentes mórbidos (asma, infecções respiratórias graves na infância e tuberculose pulmonar) em pacientes portadores da doença segundo o critério GOLD. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética das instituições. Resultados: Dentre os 201 participantes, de maioria do sexo masculino (55%) e com idade 69±8 anos, 181 (90%) eram tabagistas e 20 (10%) eram não-tabagistas. 154 pacientes (76%) se expuseram a biomassa (e" 7 anos e/ou e" 100 h-a) no intradomicilio, 113 (56%) exposição ocupacional e" 1 ano a pó (orgânico e inorgânico) ou fumaça (vapores, gases e fumos), 78 (38%) nasceram prematuros, 45 (22%) tabagismo materno no intraútero, 27 (15%) asma na infância, 27 (13%) nasceram com menos de 3 kg. Dentre os 20 não tabagistas , 59% feminino, biomassa foi o principal FR (85%). Permanecem tabagistas 26 (14%). Conclusões: Embora o tabagismo permaneça como principal fator de risco, a frequência expressiva de outros FR - isoladamente ou em concomitância ao tabagismo - sugere que é preciso intensificar as estratégias para a identificação destes fatores . A concomitância de vários FR e sua relevância seguem desconhecidas, uma vez que não há investigação sistemática em pacientes com exposição ao tabaco. Conhecer a importância de outros fatores de risco para DPOC é crucial, uma vez que isso pode ter impacto significativo nas estratégias de prevenção e diagnóstico da doença

106 NIVEIS DE CITOCINAS PRO-INFLAMATORIAS E SUAS RELAÇOES COM MEDIDAS ANTROPOMETRICAS NA DPOC

SANTIAGO MORAES, ANNA CLARA; RAMOS JESUS, FABÍOLA; NEVES DA SILVA, INGRID LORENA; CORREIA PASSOS, FABINE; LIMA COSTA NEVES, MARGARIDA CÉLIA; BACCAN, GYSELLE CHRYSTINA;
Universidade Federal da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil;

Introdução: A DPOC é uma doença caracterizada pela obstrução do fluxo aéreo parcialmente reversível, como resposta a inflamação crônica por inalação de partículas nocivas, principalmente associada ao tabagismo. A expressão de citocinas inflamatórias no pulmão, por sua vez, está relacionada a resposta imune local. Em indivíduos estáveis com DPOC, a nível sistêmico, a presença de inflamação de baixo grau por citocinas circulantes está associada a patologia da doença, entretanto, outros fatores também podem influenciar tais achados. O tecido adiposo desempenha um papel ativo no estado de inflamação crônica. Objetivos: Avaliar os níveis de concentrações de citocinas pró-inflamatórias (IL-6, IL-8 e TNF) e suas relações com marcadores nutricionais na DPOC. Métodos: Trata-se de um estudo transversal com pacientes diagnosticados com DPOC através da espirometria (relação VEF1/CVF <0.70), que apresentavam idade entre 50 e 80 anos. Esses indivíduos foram recrutados no Serviço do Sistema Respiratório do Hospital Universitário Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia (HUPES-UFBA), localizado na cidade de Salvador (Bahia, Brasil). Além da avaliação clínica e nutricional [IMC, Circunferência Muscular do Braço (CMB) e prega cutânea tricipital], os níveis séricos dos marcadores inflamatórios (IL-6, IL-8 e TNF) foram dosados — através da citometria de fluxo pelo método Cytometric Bead Array (CBA). Os dados são apresentados em média e desvio padrão — utilizou-se o software GraphPad Prism 8.0 para teste de correlação Spearman. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPES (Protocolo 4.113.435). Resultados: Foram incluídos 60 indivíduos com média de idade de 64.50(±8) anos. Destes, 45.76% do total apresentou histórico de exacerbação no último ano, com sintomas de dispneia com média 2(±2) de acordo a escala do mMRC. A relação VEF1/CVF foi de 53.85(±21.5) % e VEF1% previsto foi de 41.00(±24) %. Além disso, foi avaliado os parâmetros antropométricos dos pacientes [altura= 1.60(±0.14) m; peso= 60.20(±23.5) kg; prega cutânea= 10(±9) mm; IMC= 23.30(±9.25) kg/m2, em que 38,3% da população apresentou sobrepeso ou obesidade e 16,6%, desnutrição]. Em relação às citocinas, a média encontrada para IL-6 foi de 6.89(±6.74) pg/mL, para IL-8, 17.30(±19.86) pg/mL, e para TNF, 9.61(±8.33) pg/mL. Entre os parâmetros nutricionais avaliados, a prega cutânea tricipital correlacionou-se positivamente com IL-6 (p=0.0007; r=0.4904) e IL-8 (p=0.0094; r=0.3787), enquanto o TNF (p=0.3762; r=-0.1367) não houve correlação. Além disso, não foi encontrado associações entre os níveis de citocinas com IMC e CMB. Conclusões: Os resultados do estudo evidenciam a relação de marcadores inflamatórios e nutricionais, uma vez que houve correlação positiva da prega cutânea tricipital com citocinas pró-inflamatórias. Mais de um terço desta população estudada apresentaram sobrepeso ou obesidade. A reserva de gordura (prega tricipital) pode influenciar nos níveis sistêmicos de citocinas inflamatórios em pacientes estáveis com DPOC.

107 NIVEIS DE HORMONIO DE CRESCIMENTO E MEDIDAS ANTROPOMETRICAS EM ADULTOS E IDOSOS COM DPOC

NEVES DA SILVA, INGRID LORENA; MORAES, ANNA CLARA SANTIAGO; JESUS, FABÍOLA RAMOS; BACCAN, GYSELLE CHRYSTINA; PASSOS, FABINE CORREIA; NEVES, MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA;
UFBA - Salvador - Bahia - Brasil;

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por uma limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível e tem como fator de risco o tabagismo e a idade. Diminuição dos níveis de hormônios relacionados ao envelhecimento, como o hormônio de crescimento (GH) tem sido relatada nos pacientes com DPOC e poderia ter implicações na doença. Objetivos: Comparar pacientes adultos com idosos em relação ao perfil clínico, medidas antropométricas e concentrações plasmáticas de GH. Métodos: Foram avaliados pacientes com diagnóstico de DPOC de acordo com espirometria (VEF1/ CVF <0.70), sem histórico de exacerbação nos últimos 3 meses, com idade de 50 a 80 anos, sendo subdivididos em adultos (50 a 64 anos) e idosos (65 a 80 anos), que estavam sendo acompanhados no Serviço do Sistema Respiratório no Ambulatório Magalhães Neto da Universidade Federal da Bahia. Foram realizadas as avaliações clínica e nutricional (IMC, prega tricipital e Circunferência Muscular do Braço – CMB) e dosamos níveis sérico do GH através do método de eletroquimioluminescência. Este é um estudo transversal que utilizou o software GraphPad como ferramenta de análise estatística e visualização de dados. Este estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 4.113.435). Resultados: Foram incluídos 58 pacientes no estudo, divididos em Grupo Adulto (GA, n=25) e Grupo Idoso (GI, n=33). Não foram detectadas diferenças na função pulmonar, pois os GA e GI apresentaram valores semelhantes de VEF1/CVF (%) (54.00 [46.30-66.50] e 47.83 [40.27-63.32], p>0.05) e de VEF1% predito (43.50 [27.50-58.50] e 38.00 [32.00-53.00] p>0.05), respectivamente. Também não observamos diferenças entre os GA e GI em relação ao IMC (Kg/m²) (23.10 [20.20-29.45] e 22.89 [18.71-28.54], p>0.05) e valores de GH (UI) (0.1205 [0.0535-0.545] e 0.1015 [0.0470-0.3170], p>0.05), respectivamente. Porém, encontramos medidas menores de CMB (cm) no GA [21.34 (20.12-25.81)] do que no GI [21.74 (17.84-24.01 p<0.01)] e de prega tricipital (mm) no GI [12.00 (5.25-15.00 p=0.02)] do que no GA [15.00 (7.50-20.50)]. Foram detectadas correlações negativas dos níveis de GH com IMC (r= -0.37, p=0.006), CMB (r= -0.44, p=0.0008) e prega tricipital (r= -0.28, p=0.03). Conclusões: Embora idade avançada seja relacionada a um pior prognóstico na DPOC, não observamos diferenças em relação à função pulmonar, entre os GA e GI. Menores níveis de GH estão associados a melhores medidas antropométricas nos pacientes com DPOC.

108 RESPOSTA DA MODULAÇAO AUTONOMICA CARDIACA A VENTILAÇAO NAO INVASIVA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA HOSPITALIZADOS POR EXACERBAÇAO

CASTELLO-SIMÕES, VIVIANE; MATEUS, ADRIANO PETROLINI; HEUBEL, ALESSANDRO DOMINGUES; KABBACH, ÉRIKA ZAVAGLIA; SCHAFAUSER, NATHANY SOUZA; SIMÕES, RODRIGO POLAQUINI; ROSCANI, MELIZA GOI; BORGHI-SILVA, AUDREY; MENDES, RENATA GONÇALVES;
Universidade Federal de São Carlos - São Carlos - São Paulo - Brasil;

Introdução: A exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um evento comum no curso clínico da doença. Nessa fase, o uso de ventilação não invasiva (VNI) provê assistência ventilatória sem necessidade de intubação, melhora as taxas de complicações e mortalidade e reduz o tempo de internação. No entanto, não está claro quais os efeitos da VNI no controle autonômico cardíaco durante essa fase de exacerbação da DPOC. Objetivos: Avaliar os efeitos agudos da VNI na modulação autonômica cardíaca de pacientes com DPOC durante a fase de exacerbação. Métodos: Quarenta e um pacientes com DPOC (67±8 anos, 51% do sexo masculino) e hospitalizados na enfermaria do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos foram avaliados de 24 a 48 h após a admissão hospitalar. A VNI foi aplicada na modalidade binível, na qual as pressões inspiratória (IPAP) e expiratória (EPAP) foram ajustadas de acordo com o conforto do paciente, variando de 8 a 12 cmH2O e 4 a 6 cmH2O, respectivamente. A duração da aplicação da VNI variou de 30 a 60 minutos, de acordo com a tolerância do paciente. Antes e após o protocolo de VNI, foi realizado o registro da frequência cardíaca e dos intervalos R-R em repouso na posição sentada durante 10 minutos para posterior análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC) e consequentemente avaliação da modulação autonômica cardíaca. A VFC foi analisada através do domínio do tempo (RMSSD, RRTri e TINN), domínio da frequência (alta frequência – AF e baixa frequência – BF) e índices não lineares (SD1, SD2, relação SD2/SD1, entropia aproximada e entropia amostral). Resultados: Não houve diferença significativa após a aplicação da VNI no que diz respeito aos índices da VFC avaliados: (RMSSD de 19,6±3,1 para 22,5±4,7 ms, p=0,60; RRtri de 5,0±0,6 para 5,5±0,7, p=0,57; TINN de 94,1±14,7 para 111,6±22,5 ms, p=0,51; AF de 37,4±3,5 para 36,7±3,2 un, p=0,88; BF de 62,4±3,5 para 63,1±3,2 un, p=0,88; BF/AF de 3,7±0,7 para 3,8±1,0, p=0,93; SD1 de 13,6±2,2 para 15,9±3,4 ms, p=0,55; SD2 de 21,9±3,8 para 26,5±4,4 ms, p=0,42; SD2/SD1 de 1,94±0,15 para 1,97±0,15, p=0,87; Entropia aproximada de 1,03±0,02 para 1,05±0,02, p=0,60; Entropia amostral de 1,52±0,06 para 1,57±0,06, p=0.55). Conclusões: Nossos achados sugerem que a aplicação aguda VNI não foi capaz de modificar a modulação autonômica cardíaca de pacientes com DPOC durante a fase de exacerbação.

109 RESPOSTA ENDOTELIAL AGUDA A UMA SESSAO DE VENTILAÇAO NAO INVASIVA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM EXACERBAÇAO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA E DA INSUFICIENCIA CARDIACA.

KABBACH, ERIKA ZAVAGLIA; SCHAFAUSER, NATHANY SOUZA; HEUBEL, ALESSANDRO DOMINGUES; LEONARDI, NAIARA TAIS; CASTELLO-SIMÕES, VIVIANE; BORGHI-SILVA, AUDREY; MENDES, RENATA GONÇALVES;
Universidade Federal de São carlos - Sao Carlos - São Paulo - Brasil;

Introdução: A exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e da insuficiência cardíaca (IC) estão associadas ao maior risco de eventos cardiovasculares, sendo a disfunção endotelial um dos fatores responsáveis. A ventilação não invasiva (VNI) já foi evidenciada como um dos pilares da assistência a estes pacientes em exacerbação sendo capaz de promover efeitos na paO2 e do paCO2, ambos associados à função endotelial. Objetivos: Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar a resposta da função endotelial após a uma sessão de VNI em indivíduos diagnosticados com exacerbações da IC e da DPOC. Métodos: Estudo clínico transversal e quase-experimental. Foram incluídos 14 pacientes com DPOC (GDPOC 65,5±8,6 anos; VEF1= 50,2±13,2% predito) e 14 pacientes com IC (GIC 61,0±12,4 anos; BNP =5453,2±7037,9 pg/mol) hospitalizados pela exacerbação. A avaliação foi realizada nas primeiras 24-48 h após o início da terapia padrão para a exacerbação. A pressão positiva foi aplicada em dois níveis (BiPAP) durante 30-60 minutos. A pressão inspiratória positiva nas vias aéreas (IPAP) e a pressão positiva expiratória nas vias aéreas (EPAP) foram ajustadas entre 8-12 cmH2O e 4-6 cmH2O, respectivamente, de acordo com a tolerabilidade. A função endotelial foi avaliada pelo método da Dilatação Mediada pelo fluxo (DMF) por meio da ultrassonografia da artéria braquial. O probe do ultrassom (10 MHz) foi posicionado para medir o diâmetro arterial inicial e em seguida, um manguito de pressão arterial foi inflado a 200 mmHg por 5 min. Os diâmetros posteriores foram registrados por três minutos. As imagens foram gravadas digitalmente e posteriormente analisadas usando o software: Braquial Imager. A DMF relativa (%) foi calculada usando os maiores valores médios do diâmetro obtidos pré e pós oclusão do fluxo sanguíneo no antebraço [%DMF= (diâmetro pós mm - diâmetro basal mm)/diâmetro basal] x 100)]. A DMF absoluta foi calculada subtraindo-se o diâmetro pós oclusão do diâmetro basal (ÄDMF = diâmetro pós mm - diâmetro basal mm). Para análise estatística, foi utilizado o teste t pareado com nível de significância de 5%. Resultados: Após a VNI, foram observados maiores valores da DMF em ambos os grupos, GDPOC (DMF absoluta: 0,16±0,13 mm vs. 0,26±0,06 mm, p= 0,02; e DMF percentual: 3,61±2,78 % vs. 5,91±1,76 %, p= 0,02) e GIC (DMF absoluta: 0,24±0,16 mm vs. 0,35±0,20 mm, p= 0,01; e DMF percentual: 5,88±4,64 % vs. 8,33±5,36 %, p= 0,01). A variação DMF% pós VNI – DMF% pré VNI também demonstrou aumento significativo para GDPOC: 2,30±3,34 % quanto para o GIC: 2,45±3,26 %. Conclusões: Ambos os pacientes DPOC ou IC hospitalizados por exacerbação da doença responderam com melhora na função endotelial a aplicação de VNI. Esses achados evidenciam um possível potencial da VNI no manejo do risco cardiovascular o que merece ainda ser investigado.

endoscopia respiratória

110 AMILOIDOSE ENDOBRONQUICA - RELATO DE CASO

NERI, JAYNE LUCIVANIA SANTANA; RIBEIRO, JUSSARA RAMOS; SOUZA, RODRIGO BRASILEIRO DE; RESENDE, ANA BEATRIZ LIMA; AQUINO, JULIA VITORIA NUNES DE; PITANGA, GIOVANNA GONCALVES; GALORO, MARIA LUIZA; BRAGA, ANDRE LUÍS SIMÕES; RESENDE, ANA CAROLINA LIMA; LIMA, MARIANA LAFETA; LIMA, EVELISE;
Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: A amiloidose endobrônquica (AE) é uma condição rara e de dificuldade diagnóstica, pode ocorrer atraso no diagnostico em mais de 12 meses a partir do início dos sintomas assim, é necessário que seja descrita e discutida, a fim de ser lembrada como importante diagnóstico diferencial. RELATO DE CASO: Feminino, 66 anos, doméstica, histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus II, DPOC (Gold E4), ex-tabagista, cessou há 20 anos (CT 30 m/a) e investigação de nódulo mamário BIRADS IV. Queixa de tosse produtiva e dispneia progressiva para pequenos esforços há 2 meses, episódio isolado de escarro hemoptoico. Radiografia de tórax: opacidade inferior à esquerda. Laboratório com leucocitose e elevação de provas inflamatórias, recebeu ceftriaxone e claritromicina por 10 dias, com melhora sintomática e laboratorial, mas mantendo ao exame físico sibilo localizado em terço médio de hemitórax esquerdo sem melhora com medicação inalatória. Em investigação no exame de tomografia de tórax visualizado brônquio fonte esquerdo com parede espessada com obstrução da luz quase total. Broncoscopia: lesão infiltrativa em carina principal com progressão para brônquio principal esquerdo e porção distal do brônquio intermédio com obstrução dos mesmos. Anatomopatológico com tumor amilóide em mucosa brônquica. Encaminhada para ambulatório de Pneumologia e aguarda biópsia da lesão mamária. DISCUSSÃO: A amiloidose, pode ser primária ou secundária. AE é um subtipo do trato respiratório de rara prevalência com sobrevida média de 7 a 12 anos. O diagnóstico é desafiador devido à inespecificidade dos sintomas, a maioria deles comuns a distúrbios mais prevalentes, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, tuberculose e neoplasias pulmonares. O padrão ouro para diagnóstico é através de estudo histológico, utilizando o corante vermelho do congo, mas para sua realização é necessária a suspeição diagnóstica adequada. É portanto, essencial, melhor caracterização na imagem de TC para definição dos pacientes de eleição à broncoscopia, sendo essa ainda essencial para monitorização da evolução da doença. À TC, observamos, em sua maioria, espessamento brônquico circunferencial, com calcificação mural, poupando a membrana traqueal posterior, característica da AE, com poucos diagnósticos diferenciais, e estreitamento luminal, como descrito em nosso caso. Sem cura conhecida, o tratamento da doença visa redução dos sintomas, variando desde a observação clínico-radiológica até radioterapia local e em alguns casos se beneficia de quimioterapia. A radioterapia se apresenta como a única capaz de oferecer chance de resposta a longo prazo. O prognóstico é variável, de acordo com a causa e condição clínica. No nosso caso, aguardamos biópsia da mama, de suspeita neoplásica e sendo essa a possível origem de amiloidose secundária.

111 ANALISE DO USO DO TRM-TB EM AMOSTRAS DE BIOPSIAS OBTIDAS POR MEIO DA BRONCOSCOPIA: COMPLEMENTAR OU DISPENSAVEL?

AOKI, WILLIAM KENDI; DE SOUSA, LUCAS COSTA AMARAL; BRANCO, PEDRO DE ARAÚJO; XAVIER, GABRIEL SOARES DE ARAÚJO; GOMES, ADRIANA CRUZ; DE ARAUJO, RUTH FIGUEIREDO; DE ANDRADE, FERNANDA FERREIRA; DINIZ, ANA IVIDY ANDRADA; PEREIRA, GABRIELA GOMES; FERREIRA, RITA DE CÁSSIA DOS SANTOS; SOARES, ALANO CINTRA; DA SILVA, GABRIELLE SOUZA BARBOSA; FERREIRA, KAMILA TICIANA DIAS; ALVES, MARCELA AMORIM; MATOS, THIAGO COSTA DE NEVES; CARIBÉ, CAROLINA DE FREITAS CAVALCANTE; LARISSA MARINHO SOUTO, ÉRICA LARISSA MARINHO SOUTO; SOUZA, ANDRÉA PATRÍCIA MARQUES DA SILVA; DE MELO, JOSIAS GOMES;
HC-UFPE - Recife - Pernambuco - Brasil;

Introdução: A broncoscopia é uma importante ferramenta no diagnóstico da tuberculose pulmonar(TB) em pacientes sem possibilidade de análise do escarro, com baixos índices de complicações e alta facilidade de obtenção de material para estudo, sendo o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) de lavado broncoalveolar(LBA) , um exame com alta sensibilidade(89%) e alta especificidade(99%) em adultos. O presente trabalho é um estudo observacional retrospectivo cujo objetivo é descrever o resultado dos TRM-TB de pacientes atendidos no setor de broncoscopia no período de 2 anos e discutir a utilização do TRM-TB de biópsias enquanto complemento ao TRM-TB de LBA obtida . Objetivos: O presente estudo tem como objetivo discutir a utilização do exame laboratorial TRM-TB de biópsias enquanto complemento do TRM-TB do LBA. Métodos: O presente trabalho é um estudo observacional retrospectivo referente às broncoscopias realizadas no serviço de Broncoscopia do Hospital das Clínicas de Pernambuco(HC-PE). As amostras de LBA foram analizadas por meio do TRM-TB. Foram incluídos no estudo pacientes atendidos no serviço de broncoscopia do HC-PE que apresentavam idade maior ou igual a 18 anos entre 1 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022. Foram analisados os resultados do TRM-TB para MT e a história clínica para a melhor interpretação dos dados. Resultados: Dos 219 pacientes atendidos, foram realizados 186 LBA, dos quais 167 realizaram pesquisa de TB via TRM-TB e os 9 restantes ou não foram encaminhados para a realização do TRM-TB pelo serviço. Dos 167 resultados obtidos, obteve-se um total de 26 positivos, 131 negativos e em 10 foram detectados traços. Foram realizadas 42 biópsias transbrônquicas e 28 biópsias endobrônquicas, das quais 18 foram submetidas ao TRM-TB, sendo que 5 negativaram, 12 positivaram e em 1 foram detectados traços na amostra. Todos os exames em que foi realizado biópsia também foram enviados o LBA para a realização do TRM-TB. Dos 18 exames, apenas 2 apresentaram diferença no resultado do LBA e da biópsia. Conclusões: O TRM-TB de biópsias é considerado exame complementar a fim de se aumentar a sensibilidade de amostras a partir de tecido. O cruzamento dos resultados demonstrou uma concordância de 88,88% entre esses exames. Todavia, nos 2 exames contrastantes, análise da história clínica dos pacientes revelou que os mesmos já haviam iniciado o tratamento da tuberculose, ou seja, não haveria indicação da realização do TRM-TB para o diagnóstico da TB, sendo apenas para o teste da resistência à rifampicina. O trabalho questiona se o TRM-TB de biópsias não seria dispensável na presença de LBA, uma vez que o mesmo apresenta um grande custo ao SUS(9,98 dólares por cartucho). Ademais, essas biópsia poderiam ser utilizadas em análises anatomopatológicas, reduzindo chance de resultados sem representatividade. As limitações desse estudo são o limitado espaço amostral e resultados disponíveis.

função pulmonar

112 AVALIAÇAO DA RELAÇAO ENTRE A RESPOSTA AO BRONCODILATADOR E A PERDA DA FUNÇAO PULMONAR EM ADULTOS COM ASMA: UM ESTUDO DE COORTE

ROCHA, DANIEL GIMENEZ; PEREIRA, DANIEL ANTUNES SILVA; JUNIOR, ALCIDES ROCHA FIGUEREDO; GUINOSSI, RAISSA MARTINS; BERTOLINO, JESSICA REGINA; SILVA, LETICIA BELLEZE; MAMONI, RONEI LUCIANO; PONTE, EDUARDO VIEIRA;
Faculdade de Medicina de Jundiaí - Jundiaí - São Paulo - Brasil;

Introdução: A asma é uma doença crônica das vias aéreas caracterizada por inflamação, hiperresponsividade e broncoconstrição. Diretrizes recentes exigem evidências de hiperresponsividade brônquica em qualquer teste de função pulmonar para o diagnóstico de asma. Mais de 200 ml e aumento de 12% do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) após broncodilatador no teste de espirometria é evidência de hiperresponsividade brônquica, mas 36 a 83% dos indivíduos com asma apresentam resposta broncodilatadora (RBD) negativa em um único teste de espirometria. Estudos histopatológicos associam RBD negativa com remodelação das vias aéreas, enquanto RBD positiva tem sido associado a inflamação eosinofílica das vias aéreas. Crianças e adolescentes com asma frequentemente melhoram a função pulmonar ao longo do tempo, enquanto adultos e idosos geralmente perdem a função pulmonar apesar do tratamento adequado. Objetivos: Geral Avaliar se a resposta ao BD em adultos asmáticos é um parâmetro preditor do prognóstico. Específicos Avaliar se a resposta ao BD é preditor de perda acelerada de função pulmonar em pacientes asmáticos sem obstrução de vias aéreas. Avaliar se a resposta ao BD é preditor de perda acelerada de função pulmonar em pacientes asmáticos com obstrução de vias aéreas. Métodos: Foram incluídos não fumantes com 18 anos ou mais com asma. Os indivíduos participaram de duas visitas de estudo com intervalo de doze meses. Em cada visita do estudo, os indivíduos compareceram a uma consulta com um médico pneumologista, responderam aos questionários do estudo e foram submetidos a um teste de espirometria. O desfecho primário deste estudo foi a perda de mais de 200 ml de VEF 1 ou CVF durante o seguimento. Resultados: Incluímos e completamos as 2 visitas em 528 indivíduos com asma, dos quais 316 sem obstrução das vias aéreas na primeira visita do estudo e 212 com obstrução das vias aéreas. A resposta negativa ao BD na primeira visita do estudo previu o declínio do VEF 1 pré-broncodilatador e da CVF durante o acompanhamento. Os resultados permaneceram após ajuste para idade, sexo e dose média de corticoide inalatório (CI). Além disso, a resposta positiva ao BD previu a resolução da obstrução das vias aéreas na última visita do estudo em indivíduos com obstrução das vias aéreas no início do estudo. Conclusões: Nosso estudo mostrou que indivíduos asmáticos, que não respondem ao uso de BD durante a avaliação espirométrica, têm maior chance de perder a função pulmonar ao longo do tempo. A resposta negativa ao BD em indivíduos com asma persistente previu o declínio da função pulmonar em comparação com a resposta positiva ao BD, enquanto que a resposta positiva ao BD previu a resolução da obstrução das vias aéreas em indivíduos com obstrução das vias aéreas no início do estudo. Estudos histopatológicos devem investigar se a resposta negativa ao BD seria um biomarcador de remodelamento das vias aéreas nessa população. É significativo que nossas conclusões não se apliquem a indivíduos com asma leve intermitente.

113 AVALIAÇAO LONGITUDINAL EM 12 MESES DA FUNÇAO PULMONAR EM REPOUSO E EXERCICIO APOS HOSPITALIZAÇAO PELA COVID19 – ESTUDO MULTICENTRICO FENIX

LAFETA, MARIANA LIMA; PACHER, SARAH; SOUZA, VITOR COSTA; PENIDO, FABIANA OLIVEIRA; SALDANHA, MARIA FERNANDA LIMA SOUZA; PRUDENTE, ROBSON APARECIDO; BRIZOLA, LUIZ FERNANDO PEREIRA; FRANCO, ESTEFANIA APARECIDA THOME; TANNI, SUZANA ERICO; FOLCHINO, FLAVIA NERI; LOPES, ELIANA BANDINI RISSO RIBEIRO; ALBUQUERQUE, ANDRE LUIS PEREIRA DE; SPERANDIO, PRISCILA CRISTINA ABREU; NERY, LUIZ EDUARDO; FERREIRA, ELOARA VIEIRA MACHADO;

Escola Paulista de Medicina - UNIFESP/EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil; InCor - HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil; UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Introdução: Pacientes hospitalizados pela Covid-19 tiveram maior comprometimento pulmonar na fase aguda, com alto risco de sequelas pulmonares por lesões fibróticas residuais. Estudos prévios demonstraram redução da função pulmonar em repouso e durante o exercício no seguimento ambulatorial. Até o momento, não há dados de seguimento longitudinal na população brasileira. Objetivos: Avaliar as sequelas residuais de pacientes hospitalizados por Covid-19 com acometimento pulmonar moderado-grave/crítico após 12 meses de seguimento por meio de testes de função pulmonar em repouso e exercício. Comparar os resultados entre os pacientes que realizaram os testes em 3 e 12 meses após a Covid-19. Métodos: Estudo observacional, prospectivo, longitudinal, multicêntrico (Unifesp, Incor-USP e Unesp-Botucatu), de pacientes internados por Covid-19 entre março/20 e novembro/21. Os pacientes foram seguidos ambulatorialmente após a alta hospitalar e realizaram prova de função pulmonar completa (espirometria, pletismografia e difusão), teste de caminhada de 6 minutos (TC6) e teste de exercício cardiopulmonar (TECP) em 3 e 12 meses após início dos sintomas. Resultados: Foram avaliados 706 pacientes com idade média de 57±14 anos, 55% sexo masculino, mediana do tempo de internação hospitalar de 14 [8, 23] dias e 50% internados em UTI. Após 12 meses do início dos sintomas, 303 (43%) pacientes foram avaliados e destes, 24% (45/189) mantiveram CVF d”80% prev, 22% (41/189), VEF1 d”80% prev, 33% (38/117) CPT d”80% prev, 48% (59/122) DLCO d”80% prev, 19% (36/192) dessaturação < 90% no TC6 e 38% (24/63) V’O2pico d”80% prev. Comparando-se somente aqueles que realizaram exames em 3 e 12 meses, houve melhora da CVF (3,36±0,91 vs 3,50±0,87L; 86±17 vs 91±14%; p<0,001; n=144), do VEF1 (2,7± 0,75 vs 2,84±0,73 e 88±17 vs 92±15%; p<0,001; n=144), da CPT (83±15 vs 87±14%; p<0,001; n=54), da DLCO (73±18 vs 81±17%; p<0,001; n= 59), da SpO2 no 6o min do TC6 (92±6 vs 94±5%; p<0,001; n=91). Não houve diferença no VR, na distância e SpO2 basal no TC6 e no V’O2pico e slope do V’E/V’CO2 no TECP. Conclusões: Apesar da melhora da função pulmonar em repouso e exercício (CVF, VEF1, CPT, DLCO e dessaturação no TC6) na comparação entre 3 e 12 meses após início dos sintomas, houve persistência de sinais sugestivos de sequela pulmonar fibrosante (redução CVF e CPT) e possibilidade de lesão endotelial (redução DLCO) em pacientes que foram hospitalizados por Covid-19 moderada/grave-crítica após 12 meses do início dos sintomas. Dessa forma, faz-se necessário manter o seguimento funcional ambulatorial nos pacientes que tiveram comprometimento pulmonar pela Covid-19 e avaliar a relação com sintomas, como dispneia e intolerância aos esforços, e o impacto na qualidade de vida.

114 CORRELAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO PULMONAR E A OCORRÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

BORGES, LAÍZA DELATORRE MARDEGAN; DA SILVA, JÉSSICA MALEK; DA SILVA, PAULA FERNANDA; VANDERLEI, LUIZ CARLOS MARQUES;

UNESP - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil;

Introdução: O declínio da função pulmonar está relacionado com a presença de sinais e/ou sintomas em indivíduos com doenças cardiovasculares (DCV), bem como o aumento da taxa de mortalidade. Entretanto, a influência da função pulmonar na ocorrência de sinais e/ou sintomas durante sessões de um programa de reabilitação cardiovascular (PRCV) ainda é desconhecida. Objetivos: Comparar a função pulmonar de participantes de um PRCV de acordo com a ocorrência de sinais e sintomas e correlacionar a ocorrência de sinais e sintomas com variáveis de função pulmonar. Métodos: Foram avaliados 71 participantes de um PRCV, os quais foram agrupados de acordo com a ocorrência de sinais e sintomas, registrada em 36 sessões de atendimento, em dois grupos: G1: d”5 sinais e/ou sintomas (n = 36; 18 homens; idade= 63,56±12,09 anos; IMC= 29,44±5,82kg/m²); G2: e” 6 sinais e/ou sintomas (n = 35; 22 homens; idade= 67,14±10,86 anos; IMC= 28,74±5,16kg/m²). A função pulmonar foi avaliada por meio da espirometria (MIR-Spirobank II – Mini Spirometer, Itália), realizada de acordo com as recomendações das Diretrizes para Teste de Função Pulmonar de Pereira 2002. Para comparação das médias entre os grupos foi realizado o Test T de Student ou teste de Mann-Whitney e a correlação foi analisada através dos testes de Spearman ou Pearson, ambos de acordo com a normalidade dos dados (Kolmogorov-Smirnov). O nível de significância adotado foi de 5%. Resultados: Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com maior e menor ocorrência de sinais e sintomas para as seguintes variáveis: porcentagem do predito da Capacidade Vital Forçada (CVF): (G1= 92,22±14,55; G2= 83,94±13,81; p=0,011) e porcentagem do predito do Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1): (G1= 100,14±20,96; G2= 89,80±23,90; p=0,004). Não houve diferença significativa entre os grupos para a porcentagem do predito da relação CVF/VEF1: (G1:= 102,31±5,49; G2= 98,91±9,90; p=0,129). Quanto às correlações, encontramos correlação negativa moderada entre a presença de sinais e sintomas e a CVF (r= -,372; p=0,001) e correlação negativa moderada entre a presença de sinais e sintomas e o VEF1 (r=-,337; p=0,004). Conclusões: Participantes de um PRCV com maior ocorrência de sinais e/ou sintomas apresentaram menor CVF e VEF1, índices importantes para mensurar a função pulmonar, quando comparados a participantes com menor ocorrência de sinais e/ou sintomas. Ainda, a ocorrência de sinais e/ou sintomas apresentou correlação negativa moderada com a CVF e a VEF1, o que nos permite inferir que quanto maior a ocorrência de sinais e/ou sintomas, pior a função pulmonar desses participantes.

115 FENOMENO DOS DOIS COMPARTIMENTOS NA ESPIROMETRIA POR BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA

QUEIROZ, LUCCAS FERNANDES; FERREIRA, ELOARA VIEIRA MACHADO; SOARES, MARIA RAQUEL; PEREIRA, CARLOS ALBERTO DE CASTRO;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

Justificativa: Demostrar uma causa do "fenômeno de dois compartimentos" visto nos exames de espirometria, ainda não relatado na literatura. Relato de caso: Masculino, 67 anos, refere tosse seca e dispneia progressiva há 03 anos, atualmente aos mínimos esforços (mMRC 4). Ex-tabagista há 10 anos (2,5 maços-ano). Duas internações prévias por piora da dispneia e tosse. Recebeu diagnóstico de DPOC em serviço anterior e em primeira consulta estava em uso de formoterol + budesonida 12/400mcg + glicopirrônio 50mcg e de oxigenoterapia domiciliar, sem melhora. Trabalhou na indústria metalúrgica por mais de 30 anos como operador de máquinas na produção de motor de ônibus e caminhão em contato com fluidos metálicos, sem uso de equipamento de proteção individual. Ao exame físico: emagrecido, dispneico em uso de cateter nasal de oxigênio a 2l/min. Na ausculta pulmonar, estertores finos em bases pulmonares e SpO2 90% em ar ambiente. A TCAR demostrou extensas áreas de aprisionamento aéreo (mosaico) com discretas bronquiectasias mais centrais. Áreas sugestivas de vidro fosco correspondendo, na verdade, ao parênquima normal contrastado com as grandes áreas escuras pelo aprisionamento aéreo. O exame de função pulmonar revelou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com redução da capacidade vital forçada, com a curva fluxo-volume sugerindo o "fenômeno de dois compartimentos". Na pletismografia apresentava hiperinsuflação pulmonar (CPT - 132%) e aprisionamento aéreo (VR – 268%) e resistência das vias aéreas aumentada. O ecocardiograma mostrava disfunção diastólica leve, sem sinais de hipertensão pulmonar. Apresenta ainda provas reumatológicas negativas e imunoglobulinas normais. Diante do exposto foi feito o diagnóstico de bronquiolite constrictiva secundária a possível pneumonite de hipersensibilidade por fluido metálico. Pela gravidade do caso, não foi possível avançar na propedêutica. No seguimento foi otimizado a broncodilatação e adicionado azitromicina contínua como imunomodulador. Paciente vem mantendo-se estável com dispneia mMRC4, com melhora parcial da tosse e sem novos episódios de exacerbações. Discussão: O fenômeno de dois compartimentos na espirometria é observado na curva fluxo-volume, por um padrão bifásico, no qual o fluxo expiratório e/ou inspiratório é diminuído, seguido por uma diminuição ainda mais rápida, resultando em uma cauda expiratória ou inspiratória final achatada. Esse fenômeno é bem conhecido em pacientes enfisematosos receptores de transplante pulmonar único decorrente do ponto de estrangulamento da via aérea nesses pacientes que causa limitação ao fluxo de ar. Outras causas definidas é quando há obstrução unilateral de um brônquio principal resultante de processos patológicos. Este é um caso raro de bronquiolite constritiva secundária a possível pneumonite de hipersensibilidade por fluidos metálicos levando alteração de esvaziamento pulmonar em dois compartimentos na espirometria.

116 FILTROS BACTERIOLOGICOS EM TESTES DE FUNÇAO PULMONAR

QUEIROZ, LUCCAS FERNANDES; AMORIM, MARIA MARTA; SOARES, MARIA RAQUEL; PEREIRA, CARLOS ALBERTO DE CASTRO; FERREIRA, ELOARA VIEIRA MACHADO;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: O controle de infecção sempre foi importante em laboratórios de função pulmonar para evitar o risco de infecção cruzada. Com a pandemia da COVID-19, inúmeras mudanças ocorreram na sociedade, incluindo no âmbito de saúde pública, com impacto nos testes de função pulmonar (TFP). Os TFP geram aerossóis na forma de gotículas por exigirem altas taxas de ventilação e de fluxo, portanto representam um risco para a propagação da infecção. Para evitar a contaminação, vale destacar o papel dos filtros bacteriano/viral (BVF) nesse contexto. Apesar do controle da pandemia ter atingido a fase de baixa transmissibilidade em 2023 (fase azul – normal controlado), o uso dos BVF persistiu como forte recomendação. Porém, diante do custo do filtro, faz-se necessário avaliar a necessidade da manutenção nos laboratórios de função pulmonar do SUS. Objetivos: Avaliar o risco de infecção cruzada na fase azul da pandemia pela COVID-19 em relação ao uso de filtro (BVF) para realização de TFP. Métodos: Os pacientes foram alocados, de forma randomizada, em dois laboratórios. No laboratório 1, todos os pacientes realizaram os exames com filtro e no laboratório 2, sem filtro. O intervalo entre os exames estava estipulado de 1 hora para ventilação da sala e higienização do aparelho. Após 07 dias, todos pacientes foram contactados por ligação telefônica e questionados acerca do aparecimento de algum sintoma respiratório que pudesse estar relacionado a uma infecção respiratória aguda. Foram incluídos pacientes acima de 18 anos e excluídos todos que apresentavam sintomas respiratórios agudos. Resultados: 198 pacientes realizaram TFP entre os dias 16/01/23 a 10/02/23 no laboratório de função pulmonar da Unifesp. Destes, 27 (13,6%) foram excluídos por apresentaram no dia da realização do exame sintomas respiratórios agudos. Foram elegíveis 171 (86,3%), sendo que 116 (67,8%) realizaram exame sem BVF e 55 (32,2%) com BVF. Dos que realizaram sem filtro, 43 (37%) foram acompanhados por contato telefônico após 7 dias da realização do exame e somente 01 (0,02%) apresentou sintomas respiratórios, ao ponto que, dos que realizaram com filtro, 25 (45%) foram contactados e somente 01 (0,04%) apresentou sintomas, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p = 0,693). Conclusões: A utilização ou não dos filtros para realização de exames de função pulmonar não demonstrou aumento de infecção cruzada na fase atual da pandemia. Diante deste cenário, e levando em consideração os custos inerentes aos filtros (BVF) frente ao valor pago pelo SUS para uma espirometria, deve-se avaliar a necessidade do uso irrestrito dos filtros nos laboratórios de função pulmonar, possibilitando aumento no número de vagas oferecidas para o SUS.

117 INFLUENCIA DA FORÇA MUSCULAR INSPIRATORIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL E NA FUNÇAO PULMONAR DE PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇAO CARDIOVASCULAR

BORGES, LAÍZA DELATORRE MARDEGAN; DA SILVA, JÉSSICA MALEK; DA SILVA, PAULA FERNANDA; VANDERLEI, LUIZ CARLOS MARQUES;
UNESP - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil;

Introdução: A fraqueza da musculatura respiratória está associada a fragilidade na população com doenças cardiovasculares (DCV), o que pode ter influência na capacidade funcional e na função pulmonar dessa população, fatores associados a intolerância ao exercício e pior prognóstico. Objetivos: Comparar a capacidade funcional e a função pulmonar de participantes de um programa de reabilitação cardiovascular (PRCV) de acordo com a força muscular inspiratória e correlacionar a força muscular inspiratória com a função pulmonar e a capacidade funcional. Métodos: Foram avaliados dados de 50 participantes de um PRCV, divididos em dois grupos de acordo com a força dos músculos inspiratórios, avaliada por meio de um manovacuômetro analógico calibrado em cmH2O (GerAr®, Brasil) e considerando os valores preditos da Pressão Inspiratória Máxima (PIMáx) calculados com base na fórmula proposta por Pessoa et al 2012. G1 (PIMáx <70% do predito; n= 27; 14 mulheres; idade= 66,11±9,83 anos; IMC= 29,38±4,47kg/m²) e G2 (PImáx e”70% do predito; n= 23; 15 homens; idade= 67,52±10,54 anos; IMC= 27,98±3,19kg/m²). A capacidade funcional foi avaliada pelo Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6) e a função pulmonar por meio da espirometria (MIR-Spirobank II – Mini Spirometer, Itália), realizada de acordo com as recomendações das Diretrizes para Teste de Função Pulmonar de Pereira 2002. A comparação entre os grupos foi realizada pelo Test T de Student ou teste de Mann-Whitney e a correlação utilizando os testes de Spearman ou Pearson, ambos de acordo com a normalidade dos dados (Shapiro-Wilk). O nível de significância adotado foi de 5%. Resultados: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para nenhuma das variáveis: distância percorrida (DP) (G1= 526,39±92,160; G2= 492,48±80,72; p=0,17); porcentagem do predito da capacidade vital forçada (CVF): (G1= 87,87±12,58; G2= 85,81±15,26; p=0,50); porcentagem do predito do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1): (G1= 99,52±26,98; G2= 90,89±21,43; p= 0,15); porcentagem do predito da relação CVF/VEF1: (G1= 102,47±6,78; G2= 100,81±6,26; p= 0,25); e porcentagem do predito do pico de fluxo expiratório (PEF): (G1= 83,65±19,69; G2= 73,77±18,42; p= 0,07). Quanto as correlações, a PIMáx apresentou correlação positiva moderada com as seguintes variáveis: distância percorrida (r= ,423; p=0,002); porcentagem do predito da VEF1 (r= 0,376; p= 0,007)); e porcentagem do predito da relação CVF/VEF1 (r= 0,280; p= 0,049). Conclusões: Não houve diferenças significantes em relação a capacidade funcional e a função pulmonar de participantes de um PRCV com PImáx <70% do predito em comparação aqueles com e”70% do predito. Contudo, observamos que a força muscular inspiratória possui correlação positiva moderada com a capacidade funcional e função pulmonar nessa população.

118 INFLUENCIA DA FUNÇAO PULMONAR NA FORÇA MUSCULAR PERIFERICA E RESPIRATORIA DE PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇAO CARDIOVASCULAR

DA SILVA, JÉSSICA MALEK; PINHEIRO, DYOVANA GOMES; LAURINO, MARIA JÚLIA LOPEZ; VANDERLEI, LUIZ CARLOS MARQUES;
FCT/UNESP - Faculdade de Ciências e Tecnologia - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil;

Introdução: Redução da função pulmonar está associada a maiores taxas de mortalidade geral e por doenças cardiovasculares (DCV) e indivíduos com essas doenças podem apresentar fraqueza muscular tanto respiratória quanto esquelética periférica, que são importantes contribuintes para a intolerância ao exercício. Entretanto, pouco se sabe sobre a influência da função pulmonar desses indivíduos sobre tais variáveis físicas. Objetivos: Comparar a força muscular de quadríceps e dos músculos respiratórios de participantes de um programa de reabilitação cardiovascular (PRCV) com e sem distúrbios respiratórios. Métodos: Foram avaliados dados de 29 participantes de um PRCV, os quais inicialmente tiveram sua função pulmonar avaliada por meio da espirometria (MIR-Spirobank II – Mini Spirometer, Itália), seguindo as recomendações das Diretrizes para Teste de Função Pulmonar de Pereira 2002 e, posteriormente, foram divididos em dois grupos (G1 e G2) de acordo com os valores de referência para espirometria forçada em brasileiros adultos de Pereira 2007. Os grupos apresentaram as seguintes características: G1 (Participantes com função pulmonar normal; n= 17; 10 homens; idade: 72,88±9,82 anos; IMC: 28,26±3,00 kg/m²; CVF/VEF1: 104,65±3,23; CVF: 95,53±10,55) e G2 (Participantes com distúrbios restritivos ou obstrutivos; n= 12; 9 homens; idade: 73,75±9,15 anos; IMC: 29,48±5,44 kg/m²; CVF/VEF1: 94,83±12,44; CVF: 84,75±21,88). A avaliação do pico de força muscular do quadríceps foi realizada por meio da dinamometria digital (Meditec, Brasil) e a força dos músculos respiratórios foi avaliada por meio de um manuvacuômetro analógico calibrado em cmH2O (GerAr®, Brasil). A porcentagem do predito da Pressão Inspiratória Máxima [PImáx] e da Pressão Expiratória Máxima [PEmáx] de cada participante foi analisada considerando as equações desenvolvidas por Pessoa (2007). A comparação das médias entre os grupos foi feita pelo test t de Student para dados não pareados ou teste de Mann-Whitney, de acordo com a normalidade dos dados (Shapiro-Wilk). O nível de significância adotado foi de 5%. CAAE: 35831220.8.0000.5402 Resultados: Em participantes com função pulmonar normal foram observados maiores valores de PImáx (129,82±37,45 vs. 97,00±44,45; p=0,04) e força de quadríceps (37,06±9,38 vs. 30,13±8,69; p=0,03). Quanto a PEmáx, não foi observada diferença significante entre os grupos (121,82±44,97 vs. 125,39±21,59; p=0,60). Conclusões: Participantes de um PRCV com distúrbios respiratórios apresentaram menores valores da força muscular inspiratória e da força muscular periférica quando comparados a participantes com função pulmonar normal.

119 PERSISTENCIA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS MESES APOS O DIAGNOSTICO DA COVID-19

FASSIS COROCHER, VICTOR; NUNES DE SIQUEIRA AROUCA, LUIS HENRIQUE; CAMPOS, LUCAS ASSIS; SILVA FRANCO, LUÍS GUSTAVO; MENEGHETTI, THIAGO ANTONIO; RAIZ CALABRIA , ANGELICA; BENITE VIEGAS, LUAN; Centro Universitário Claretiano - Rio Claro - São Paulo - Brasil;

Introdução: A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus que afeta o sistema respiratório. Os sintomas variam de leve, semelhante a um resfriado, a grave, incluindo pneumonia e dificuldades respiratórias. Até o momento, mais de 769 milhões de casos e cerca de 6,9 milhões de mortes foram relatados globalmente. Muitos pacientes se recuperam completamente, enquanto outros enfrentam sintomas persistentes após a infecção, conhecidos como COVID-19 "longa" ou síndrome pós-aguda de COVID-19. Esses sintomas incluem fadiga, intolerância ao esforço, distúrbios do sono e dificuldades respiratórias, e podem persistir por meses após a infecção inicial. Estudos indicam que não é incomum que as pessoas continuem a sentir esses sintomas mesmo após um ano da infecção. Objetivos: Este estudo tem por objetivo analisar a persistência de sintomas nos períodos de 3 e 6 meses pós-COVID-19 bem como os fatores fenotípicos, etários e metabólicos que contribuíram para pior prognóstico através de análise de históricos e espirometrias. Foram coletados os seguintes parâmetros: sexo, IMC, idade, gravidade da doença, capacidade vital forçada expiratória (CVF) em 3 e 6 meses, volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) em 3 e 6 meses e índice de Tiffeneau-Pinelli em 3 e 6 meses. Métodos: Trata-se de um estudo observacional descritivo, ou seja, foi realizado a análise descritiva dos dados, envolvendo a avaliação da função pulmonar por espirometria após 3 e 6 messes nos pacientes que tiveram a COVID-19. Foram convidados a participar os pacientes que ficaram internados em hospitais públicos e privados localizados em Rio Claro - São Paulo e que obtiveram confirmação da infecção por RT-PCR e/ou exame de sangue. Resultados: Foram selecionados 76 pacientes de ambos os sexos, e após análise obtivemos as seguintes médias: idade de 45,3 anos; altura de 169 cm; peso de 83,2 kg; CVF de 77,4%; e IMC de 28,7 (kg/cm2). A partir das informações obtidas, foi possível inferir que o gênero não desempenhou um papel determinante na intensidade da enfermidade. No entanto, tanto a idade quanto o grau de obesidade dos indivíduos tiveram um impacto direto na classificação da gravidade no pós-covid. É relevante notar que, passados 6 meses, a maioria dos pacientes demonstrou uma melhoria nos indicadores de função pulmonar, situando-se dentro da faixa normal de capacidade vital forçada. Conclusões: A predominância de limitações pulmonares devido à idade e ao sobrepeso pode ajudar a prever riscos elevados de efeitos subagudos ou crônicos da COVID-19. Isso também auxilia na identificação do grupo que se beneficiaria mais de tratamento e acompanhamento rigoroso, evitando maiores problemas de saúde e custos ao sistema médico. Um achado importante é a melhora dos resultados dos testes de função pulmonar no segundo exame em relação ao primeiro, sugerindo uma possível recuperação a curto prazo ou uma fase subaguda. No entanto, a conclusão ainda é incerta devido às limitações da amostra e ao tempo de estudo.

120 RESPOSTA BRONCOCONSTRICTORA PARADOXAL A BRONCODILATADOR BETA-2 AGONISTA: RELATO DE CASOS

VOSS, LARISSA REGO; FIGUEIREDO, FERNANDO GASSMANN; PIRES, BRUNA GASSMANN FIGUEIREDO; VILLAS BOAS, FERNANDA PROHMANN; FRAGA, CAIO CEZAR FERREIRA; ALMEIDA, PEDRO HENRIQUE SANTANA; DOS SANTOS JUNIOR, EDVAL GOMES; ALBUQUERQUE, MARCEL LIMA; FIGUEIREDO, RICARDO GASSMANN; HOSPITAL CARDIO PULMONAR - SALVADOR - Bahia - Brasil; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - SALVADOR - Bahia - Brasil;

Justificativa da relevância do caso relatado: A resposta paradoxal broncoconstrictora (RPB) após a administração de broncodilatadores é um fenômeno intrigante e clinicamente complexo. Usualmente, beta-2 agonistas inalatórios promovem um potencial aumento dos fluxos e volumes respiratórios em indivíduos portadores de doenças pulmonares obstrutivas apresentando broncoconstricção reversível ou parcialmente reversível. A RPB é um fenômeno raro com broncodilatadores beta-2 agonistas, sendo mais frequente com anticolinérgicos não seletivos. Relatamos dois casos de RPB durante a realização de espirometria. Relato dos casos: A paciente 1, sexo feminino, 62 anos, ex-tabagista, abstêmia há 30 anos, história prévia de COVID-19, foi encaminhada ao laboratório de função pulmonar para investigação de dispneia. A espirometria pré- broncodilatador apresentou volumes e fluxos dentro dos limites da normalidade. Após administração de broncodilatador, notou-se redução proporcional de VEF1 (16%, 300ml) e CVF (16%, 430ml), com aumento do volume residual e capacidade pulmonar total sem variação significativa. A paciente 2, sexo feminino, 78 anos, não tabagista, história prévia de COVID-19, portadora de asma em uso de formoterol e budesonida, também apresentou espirometria pré- broncodilatador com volumes e fluxos dentro dos limites da normalidade. Após administração de broncoditador, apresentou redução proporcional de VEF1 (19%, 480ml) e CVF (17%, 540ml), porém sem sintomas clínicos associados. Em ambos os casos utilizamos salbutamol 400mcg na prova broncodilatadora. Convém relatar que as avaliações funcionais relatadas atingiram critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade nas três manobras antes e depois da prova broncodilatadora. Discussão: A etiologia da RPB a broncodilatadores permanece ainda não totalmente compreendida. Uma combinação de fatores pode desencadear esse fenômeno aparentemente contraditório, destacam-se a hiperresponsividade das vias aéreas a propelente gasoso utilizado no dispositivo inalatório, processo inflamatório na via área, disfunções do sistema nervoso autônomo ou até mesmo influências genéticas. Além disso, a presença de remodelação das vias aéreas e a heterogeneidade da resposta das células musculares lisas podem contribuir para a broncoconstrição paradoxal. Compreender essa etiologia requer uma análise integrada dos sistemas respiratórios, imunológicos e neurológicos, buscando estratégias terapêuticas individualizadas nestes casos. Suporte financeiro: Este relato não obteve suporte financeiro nem possui conflitos de interesses.

infecções respiratórias e tuberculose

121 ACTINOMICOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO

MORAES, VINICIUS PAPA MILANI DE; SANTOS, MARIA AMELIA CARVALHO; ROSALINO, RAFAEL DEYRMANDJIAN; SALVIANO, ANA LAURA GOES; FERNANDES, ANA LUIZA CAMPOS; TSUCHIYAMA, YUKA;
iamspe - são paulo - São Paulo - Brasil;

Paciente do sexo feminino, 41 anos, apresenta hemoptises recorrentes, apesar de embolização em arteriografia, e possui história de bronquiectasias de causa desconhecida. Submetida a cirurgia aberta com cultura positiva para Actinomyces sp. A actinomicose pulmonar é uma infecção rara do pulmão causada pela bactéria Actinomyces, um organismo anaeróbico gram- positivo. Os sintomas comuns incluem tosse crônica, febre, perda de peso e, em casos graves, hemoptise. O diagnóstico da actinomicose pulmonar é estabelecido por meio de achados clínicos, exames de imagem e confirmação laboratorial. Radiografias e tomografias computadorizadas do tórax podem revelar infiltrados pulmonares, abscessos ou massas com áreas necróticas. A cultura de escarro ou a biópsia pulmonar são fundamentais para isolar e identificar a presença de Actinomyces, confirmando o diagnóstico. O tratamento da actinomicose pulmonar envolve o uso prolongado de agentes antimicrobianos. A terapia de primeira escolha geralmente consiste em penicilina G ou amoxicilina, administradas por via intravenosa ou oral. Nos casos de intolerância ou resistência a esses medicamentos, pode-se considerar o uso de quinolonas, como ciprofloxacino ou levofloxacino. As quinolonas têm uma atividade eficaz contra o Actinomyces, penetrando nos tecidos pulmonares. A duração da terapia antimicrobiana varia de acordo com a extensão da infecção e a resposta clínica do paciente, podendo ser necessária a administração por vários meses ou até um ano. A escolha do regime terapêutico deve ser individualizada, considerando-se a gravidade da doença, a presença de complicações e a tolerabilidade dos medicamentos pelo paciente. É importante ressaltar que, em casos de actinomicose pulmonar com formação de abscessos ou em situações de falha terapêutica, a intervenção cirúrgica, como a drenagem percutânea ou a ressecção pulmonar, pode ser necessária. A abordagem cirúrgica é indicada para controlar a infecção localizada e melhorar os sintomas.

122 ASPERGILOSE INVASIVA COM COMPROMETIMENTO DE PAREDE TORACICA EM IMUNOCOMPETENTE

JUNQUEIRA, BEATRIZ ALVES FERREIRA; CUNHA JUNIOR, WILSON; BOTTO ROSA, CARLOS LUIS;
Santa Casa de Franca - Franca - São Paulo - Brasil;

Aspergilose pulmonar é uma comorbidade associada à imunossupressão, acometendo portadores de neutropenia, HIV e doenças onco-hematológicas. Este trabalho relata a história clínica de um paciente com aspergilose pulmonar invasiva previamente hígido e sem grave comprometimento imunológico. Trazendo à luz a necessidade de discussão e investigação das doenças pulmonares fúngicas de maneira geral. EPS, masculino, 55 anos. Portador de diabetes melitus tipo 2 controlada e cirrose hepática alcoólica. Encaminhado à Santa Casa de Franca em novembro de2022 com quadro de ciatalgia incapacitante evoluindo com queda do estado geral e fraqueza generalizada. Internado apresentou infecção do trato urinário, tratado sem intercorrências. Em urocultura não houve crescimento, apesar da sintomatologia e laboratório sugestivos. Apresentou abaulamento em região posterolateral de hemitórax direito, flácido, compressível, indolor. Em investigação com tomografia computadorizada de tórax havia lesão pulmonar posterolateral direita expansiva com invasão de parede torácica apresentando imagem com pontos gasosos de permeio com tamanho de 15x5 cm além de lesões escavadas nos lobos superior direito e médio com paredes espessas associadas a múltiplos micronódulos centrolobulares com aspecto de “árvore em brotamento” difusos. Apresentou piora clínica, aventada a possibilidade de pneumonia nosocomial, sem resposta ao tratamento. Realizadas culturas e investigação de tuberculose pulmonar sem confirmação diagnóstica. Realizada broncoscopia e coleta de material. A broncoscopia não evidenciou alterações compatíveis com a piora clínica. Em exame anatomopatológico havia fragmentos de mucosa brônquica com inflamação exsudativa associado a grupamento fúngico de hifas anguladas e foi evidenciada aspergilose pulmonar. Foi medicado com anfotericina B, apresentou piora progressiva do quadro respiratório, evolui com insuficiência respiratória, choque séptico e óbito antes do término do tratamento. Foram investigadas causas neoplásicas, reumatológicas, infectocontagiosas e possíveis comorbidades que pudessem justificar tamanho comprometimento imunológico com todos os resultados negativos. O gênero Aspergillus está nos mais diversos ambientes, causando apenas colonização. A. fumigatus é o principal causador de infecções pulmonares fúngicas. Em imunossuprimidos causa grave infecção com altas taxas de mortalidade. Acometimento grave em indivíduos imunocompetentes é incomum. O diagnóstico é realizado através do quadro clínico, identificação do patógeno e achados radiológicos, principalmente quando se trata de aspergilose invasiva. É necessário o tratamento empírico com anfotericina B ou itraconazol devido à gravidade e prognóstico sombrio. No caso relatado não há imunossupressão grave prévia ou diagnosticada, evidenciando aspergilose invasiva com acometimento de parede torácica em indivíduo previamente hígido sem grave imunossupressão. Chamando atenção para tal diagnóstico em imunocompetentes.

123 ASPERGILOSE NODULAR SIMULANDO NEOPLASIA PRIMARIA DE PULMAO EM PACIENTE TABAGISTA CRONICO.

ALVES, MILENA STEPHANIE MATOS; ALVES, LUIS RENATO; BIANCHI, LETICIA LAGUNA; PASSAGLIA, ANA PAULA; BANDEIRA, THALYSSA ABREU;
Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil;

Paciente masculino, 67 anos, portador de doença de Crohn ileocolônica em uso de imunossupressores para controle de doença, além de síndrome mielodisplásica e gamopatia monoclonal de significado indeterminado provavelmente secundárias à imunoterapia. Ex-tabagista com carga tabágica 35 anos-maço. Em acompanhamento com equipe da Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (HCUFMRP), sendo solicitada avaliação da Pneumologia devido achado imagiológico em tomografia computadorizada (TC) de tórax descrita como massa em lobo superior do pulmão esquerdo. Paciente assintomático do ponto de vista respiratório, ao exame físico eupneico, sons pulmonares reduzidos bilateralmente, sem ruídos adventícios ou alteração de expansibilidade, sem linfonodomegalias palpáveis. Realizada nova TC de tórax de alta resolução em janeiro de 2021 evidenciando massa de característica nodular com regiões de aspecto irregular e espiculada em ápice esquerdo, com discreta cavitação central, espessamento septal e de cisura adjacente, além de áreas de enfisema centrolobular e parasseptal. Aventada hipótese de neoplasia pulmonar. Optado por realização de broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica em fevereiro de 2021 com resultados negativos de cultura e celularidade do lavado e histopatológico apenas com alterações tabaco-relacionadas. Em seguida, realizada biópsia transtorácica guiada por TC com achado de nódulo inflamatório granulomatoso necrotizante fúngico sugestivo de Aspergilose pulmonar. Definido neste momento início de tratamento com antifúngico, itraconazol 200mg/dia com programação de 12 meses e controle radiológico com redução significativa da lesão nos primeiros 4 meses de tratamento. Aspergilose pulmonar engloba diversas síndromes causadas pela proliferação do Aspergillus sp. no tecido pulmonar, mais comumente nos pacientes com alterações parenquimatosas crônicas. A forma nodular da doença se dá devido à replicação localizada do fungo, diferentemente da forma cavitária, mais comum, na qual os organismos fúngicos revestem uma cavidade pré-existente. Muitas vezes, a forma nodular é assintomática e simula características de malignidade, indistinguíveis apenas por exames de imagem, sendo assim indispensável investigação complementar, principalmente naqueles pacientes com fatores de risco para neoplasias primárias de pulmão.

124 ASSOCIAÇAO ENTRE COMORBIDADES PULMONARES E PREDITORES DE DETERIORAÇAO CLINICA EM PACIENTES COM COVID-19

AFONSO, ÉRIKA AMARAL; RIBEIRO, VITORIA NOGUEIRA; ALVES, JHANSY MARY SOUZA; DIAS, DANIELA DELGADO; SOARES, JOÃO VITOR DE AVILA; MARTIN, LUIS CUADRADO; YOO, HUGO HYUNG BOK;
Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Introdução: A presença de comorbidades gera maior impacto na severidade da COVID-19, representa como agravo adicional e, consequentemente aumento na mortalidade decorrente desta infecção. Pacientes com comorbidades respiratórias, em especial, descompensadas ou graves podem ser comprometidos com pior prognóstico na COVID-19. Objetivos: Determinar a prevalência de pacientes com comorbidades pulmonares com COVID-19 acompanhados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB)-UNESP; estudar associação entre comorbidades pulmonares e preditores de deterioração clínica como necessidade de internação e óbito na COVID-19. Métodos: Estudo unicêntrico, de coorte retrospectivo de pacientes adultos (>18 anos), admitidos no HCFMB-UNESP no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2021, com diagnóstico confirmado de COVID-19. Resultados: Incluídos 1996 pacientes com a média de idade de 51±17 anos, 51% homens, 82% brancos (n=1633), 10% pardos/negros (n=200) e 8% outros (n=163). A prevalência de pacientes com comorbidades pulmonares foi de 6,6% (n=132). Principais comorbidades pulmonares foram: 3,9% asma (n=77), 1,3% DPOC (n=26), 0,6% tuberculose prévia (n=12), 0,35% TEP prévia (n=7), 0,3% pneumonia comunitária (n=6) e 0,2% fibrose pulmonar (n=4). As comorbidades pulmonares significativos para necessidade de internação foram: DPOC (0,9% vs 2%; p=0,042), asma (3,2% vs 5,5%; p=0,016) e TEP prévia (0,14% vs 0,8%; p=0,023). Entretanto, a principal comorbidade pulmonar para óbito foi a pneumonia comunitária (0,12% vs 1,2%; p=0,001). Conclusões: O comprometimento pulmonar na COVID-19 está associado ao pior prognóstico. A presença de comorbidades pulmonares como DPOC, asma e TEP prévia na COVID-19 foram determinantes para desfechos desfavoráveis como a necessidades de internação. E, embora em pequeno número, a pneumonia comunitária foi determinante para óbito. O impacto das infecções respiratórias em um sistema respiratório cronicamente comprometido pode levar a exacerbações graves, muitas vezes causando resultados fatais se não forem adequadamente tratadas.

125 AVALIAÇAO DA EFICACIA NO TRATAMENTO PRECOCE DA COVID-19 EM PACIENTES AMBULATORIAIS

SANTOS, FILIPE VIANA; DOS SANTOS, CASTILHO VITOR QUIRINO; MUSSI, HIGOR GOMES; DE QUEIROZ , JOSÉ GABRIEL VILHENA; ALVES, KELLY CRISTINA; REIS, LUÍZA LANNA FRANÇA; FERREIRA, THIAGO SANTIAGO; CAMPOS, VITÓRIA HELENA DE SOUZA;
Cardiologia de Assistência e de Pesquisa Ltda - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Betim - Minas Gerais - Brasil;

Introdução: O ensaio clínico TOGETHER iniciado em 2020, como colaboração internacional em resposta aos agravos da pandemia de COVID-19. Utilizando o design teste da plataforma adaptativa, os pesquisadores e equipe internacional, no Brasil, Canadá, Austrália e Estados Unidos, buscaram identificar terapêuticas baseadas em evidências, por meio do emprego de medicamentos já existentes. Objetivos: O estudo investigou a eficácia de tratamentos reaproveitados para a doença COVID-19 em pacientes ambulatoriais adultos com fatores de risco. Foram investigado oito medicamentos (Hidroxicloroquina, Lopinavir / Ritonavir, Ivermectina, Maleato de Fluvoxamina, Metformina, Interferon Lambda Peguilado e Fluvoxamina associado à Budesonida), os quais foram avaliados em 22 municípios do Brasil superando mais de 6.000 participantes. Métodos: O TOGETHER Trial é um ensaio clínico controlado por placebo, randomizado, duplo-cego e adaptativo. Os participantes foram adultos sintomáticos com teste de antígeno positivo para SARS-CoV-2. Foram elegíveis os pacientes com mais de 50 anos e/ou com ao menos uma morbidade conhecida como fator de risco para a forma grave da doença. Os pacientes foram aleatoriamente alocados para receber placebo ou o medicamento estudado. O desfecho primário foi definido como retenção em um ambiente de emergência por mais de 6 horas ou transferência para hospital terciário devido a COVID-19 até 28 dias após a randomização. Resultados: A pesquisa com a hidroxicloroquina, lopinavir-ritonavir e placebo foi interrompido devido à futilidade, com taxas de hospitalização por COVID-19 de 3,7%, 5,7% e 4,8%, respectivamente. Com a fluvoxamina, os pacientes que receberam a medicação apresentaram uma redução de risco significativa (RR 0,68) de eventos adversos em relação ao placebo. Com a ivermectina não se revelou diferença significativa na incidência de hospitalização (14,7% com ivermectina vs. 16,3% com placebo). Com a metformina, não se resultou diferença na proporção de desfechos primários em 28 dias entre os grupos da intervenção e placebo (RR, 1,14). Com interferon, apenas 2,7% tiveram um evento de desfecho primário, comparado com 5,6% no grupo placebo, representando uma redução de 51% no risco (RR, 0,49). Com a associação entre fluvoxamina e budesonida os pacientes apresentaram menor proporção em ambiente de emergência ou hospitalizados devido à COVID-19 (1,8% vs. 3,7% no grupo placebo), representando uma redução significativa no risco (RR, 0,50) com alta probabilidade de superioridade (98,7%). Conclusões: Foi observado que o Maleato de Fluvoxamina, Interferon Lambda Peguilado e o Maleato de Fluvoxamina em associação à Budesonida demonstraram benefícios em relação ao placebo à população cuja foi realizada a intervenção. Já a Hidroxicloroquina, Lopinavir/Ritonavir, Ivermectina e Metformina foram medicações que não demonstraram diferenças significativas entre as intervenções realizadas e os desfechos avaliados.

126 BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICAS EM ÁREA ENDÊMICA PARA TUBERCULOSE PULMONAR, BELÉM DO PARA-BRASIL

TSUCHIYAMA, YUKA; MONTEIRO, JOSÉ TADEU COLARES; CARDOSO, TAMIRES VERÇOSA; MONTEIRO, PRISCILA DIAS;
Universidade Federal do Pará - Belém - Pará - Brasil;

Introdução: A bronquiectasia é uma condição clínica crônica, heterogênea, de gravidade variável caracterizada por uma dilatação anormal e permanente das vias aéreas, está associada a quadro recorrente de inflamação e infecção, com perda funcional e obstrução progressiva das vias aéreas. A etiologia é variável, sendo essencial para nortear a escolha terapêutica e a monitorização da progressão da doença. Objetivos: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com bronquiectasia não fibrocística atendidos no ambulatório de Pneumologia de um hospital de referência em Belém-PA. Métodos: Estudo transversal retrospectivo, com dados baseados em atendimentos no ano de 2019. O estudo avaliou 100 prontuário, destes foram incluídos 53 pacientes, sendo avaliado características sociodemográficas e clínicas. Resultados: A amostra foi predominantemente feminina, de procedência da capital, com início dos sintomas na idade adulta, cuja principal etiologia é pós-infecção respiratória, majoritariamente pós-tuberculose. Os sintomas mais prevalentes foram tosse, expectoração e dispnéia. A bronquiectasia foi preponderantemente difusa e bilateral, sendo as principais classificações morfológicas do tipo cilíndrico e sacular. As medicações mais utilizadas foram beta-2 agonista de longa duração, corticóide inalatório e acetilcisteína. Segundo o escore E-FACED, a maioria dos pacientes foram classificados com bronquiectasia leve. Conclusões: Mulheres com antecedente de tuberculose pulmonar com sintoma de tosse e expectoração persistente devem ser investigadas para doença bronquiectásica.

127 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS E VARIANTES DE IMUNOSSUPRESSAO DE PACIENTES COM ASPERGILOSE PULMONAR CRONICA EM UM HOSPITAL TERCIARIO DE SAO PAULO

BAPTISTA, ANGELINE DA SILVA LOPES; LUZ, LUANA CABRAL; PEREIRA, LARA LUIZA SILVELLO; SIMONGINI, RICELLI LAIS; DE SOUZA, YURI ARAÚJO; MOURO, HELOISA; VALERY, MARIA INÊS BUENO DE ANDRE;
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A aspergilose pulmonar é uma grave infecção fúngica tendo como agente etiológico os fungos do gênero Aspergillus. A infecção acomete principalmente indivíduos imunocomprometidos, apresentando uma alta taxa de mortalidade em decorrência do difícil diagnóstico e tratamento. O diagnóstico de aspergilose crônica necessita de um quadro clínico compatível, associado com alterações radiológicas e isolamento do fungo em culturas de material respiratório e ou sorologia positiva. Objetivos: Avaliar os casos de aspergilose crônica diagnosticados no intervalo de 1 de Novembro de 2021 até 1 de Junho de 2023 e as respostas obtidas ao tratamento efetuado. Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de casos de aspergilose pulmonar crônica, avaliados entre 1 de Novembro de 2021 até 1 de Junho de 2023, composto por pacientes maiores de 18 anos, selecionados a partir do diagnóstico na internação ou em ambulatório. Os dados foram coletados através do prontuário eletrônico da instituição. Resultados: Os resultados obtidos foram comparados com os da literatura. Com N = 7 pacientes (41,6%) apresentaram critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais para aspergilose crônica. Os achados clínicos mais frequentes foram tosse, dispneia e febre prolongada. Os indivíduos apresentaram principalmente doenças pulmonares prévias e patologias imunossupressoras prolongadas. Conclusões: Este estudo descreve os achados mais comuns no nosso meio em pacientes com diagnóstico de APC. Os médicos devem manter um alto índice de suspeita de aspergilose pulmonar, pois o diagnóstico e o tratamento precoces são a base para a prevenção de complicações debilitantes e com risco de vida.

128 CIRURGIA TORACICA MINIMAMENTE INVASIVA EM BRONQUIECTASIAS BILATERAIS.

DE NADAI, TALES RUBENS; AMATE NETO, ANDRE; BENETI, SEBASTIAO ANTONIO; CAMARGO PRETO, FELIPE RAMOS; OLIVO, TAYLOR ENDRIGO TOSCANO; SPINOSA, GUILHERME NOGUEIRA; DE NADAI, MARIANE NUNES; SANTOS, MARCEL KOENIGKAM;
Faculdade de Medicina de Bauru/USP - Bauru - São Paulo - Brasil; Unimed Bauru - Bauru - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO Bronquiectasia é uma condição pulmonar na qual ocorre uma dilatação anormal e irreversível dos brônquios por destruição da parede brônquica em decorrência de infecção de repetição e/ou fibrose cística. Pode ser classificada em fibrótica e não fibrótica. Com o crescente acesso ao uso de tomografia de tórax, está cada vez mais frequente a sua identificação. CASO Paciente de 49 anos, com histórico de pneumonias de repetição desde a infância. Refere episódio de aspiração de mecônio ao nascimento, com consequente pneumonite aspirativa grave e necessidade de oito meses de internação, sendo boa parte desse tempo em regime de UTI. Seguiu com internações frequentes por pneumonias até os 14 anos de idade. Aos 32 anos, após exame de tomografia de tórax, recebeu o diagnóstico de bronquiectasias em ambas as bases pulmonares. Em janeiro de 2022 foi encaminhada pelo pneumologista para avaliação cirúrgica devido a quadro de bronquectasia bilateral, pior a direita. Os exames pré-cirúrgicos evidenciavam uma Prova de função pulmonar (PFP) limítrofe para ressecção pulmonar: FEV1 36% (1,01); FVC 55 %, (1,83); FCV 68 % (0,55). Cintilografia de perfusão e ventilatória, demonstrando shunt com ausência de ventilação em bases pulmonares. Realizada lobectomia inferior direita em julho de 2022 por videotoracoscopia. Apresentou um pós-operatório prolongado, com cinco dias de internação em UTI por uma pneumonia por Pseudomonas, identificada em lavado broncoalveolar (LBA) coletado no momento da cirurgia. Após 22 dias de Internação apresentou alta hospitalar. No seguimento ambulatorial, seis meses depois, relatava melhora da secreção pulmonar e aumento da capacidade ao exercício, com PFP com FEV1 36% (1,01); FVC 48% (1,69); FEV1/FCV 73% (0,60), demonstrando baixa perda ventilatória mesmo após a ressecção de um lobo pulmonar. Em fevereiro de 2023, já com melhora parcial da hipersecreção pulmonar, mesmo com dificuldade em ganho de peso, em reunião multidisciplinar (Lung Board) foi optada a realização da basilectomia anatômica a esquerda por cirurgia robótica, coletado LBA 3 semanas antes da cirurgia, positivo klebsiella pneumoniae, feito então tratamento dirigido por 2 semanas. Pós-operatório sem intercorrências com alta hospitalar no 5o dia. Após 3 meses, melhora importante dos sintomas e sessação da secreção pulmonar. DISCUSSÃO A bronquiectasia é uma patologia pulmonar de evolução crônica que compromete severamente qualidade de vida dos pacientes, evoluindo com infecções de repetições que podem, por sua vez, levar o paciente a perda progressiva da capacidade pulmonar, A cirúrgica minimamente invasiva, seja por videotoracoscopia ou cirurgia Robótica pode desempenhar papel importante na reabilitação clínica e melhorias na qualidade de vida. Mesmo em pacientes com avaliação pulmonar limítrofe para ressecção pulmonar

129 COMPROMETIMENTO PULMONAR NA TC DE TORAX E SUAS IMPLICAÇOES FUTURAS NA COVID-19

ASSADA, LISSA OKAMURA; CAMPANER, LEONARDO; GENEZ, LUCAS AUGUSTO LOPES; MONTEIRO, DESIREE JACOB; SOUZA, FELIPE DE OLIVEIRA; SOARES, FATIMA MITSIE CHIBANA; NETO, ALCINDO CERCI; RIECHI, JAMILE DA COSTA; SERRANO, ROSILET RONDON; CHAGAS, GABRIEL HENRIQUE NUNES;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - LONDRINA - Paraná - Brasil;

Introdução: A COVID-19, infecção respiratória aguda provocada pelo vírus SARS-CoV-2, promoveu uma pandemia mundial a partir de março de 2020. O número de casos confirmados no mundo é de aproximadamente 674 milhões, 37 milhões no Brasil e 158.347 na cidade de Londrina-PR. O uso da TC de tórax é indicado para pacientes hospitalizados, sintomáticos e com indicação clínica específica para tal. É útil também para avaliar a extensão da doença, suas possíveis complicações e estabelecer diagnósticos diferenciais. Devido a isso, o grau de comprometimento pulmonar na TC realizada na admissão hospitalar, é um parâmetro importante que visa identificar uma possível correlação com posteriores sequelas, em especial a fibrose pulmonar. Os achados mais característicos na TC incluem opacidades em vidro fosco multifocais bilaterais, com predomínio periférico e região posterior, frequentemente nas bases. Podem evoluir para padrão de pavimentação em mosaico e, com a evolução da infecção, em consolidações, com posterior reabsorção e o surgimento de faixas fibróticas. Objetivos: Objetivo: analisar a prevalência de sequelas pulmonares em pacientes recuperados da COVID-19 atendidos no ambulatório de especialidades do HU-UEL de maio/2022 a fevereiro/2023. Métodos: Metodologia: Estudo observacional transversal retrospectivo através da análise de prontuários. Resultados: Resultados: Foram avaliados 344 pacientes pós-infecção pela COVID-19, de ambos os sexos, entre 18 e 87 anos. A gravidade da infecção foi heterogênea, sendo percebida pela porcentagem do acometimento pulmonar no exame tomográfico: 121 pacientes apresentaram >75% de comprometimento, 121 entre 50-75% dos pulmões acometidos, 52 entre 25-50%, 13 pacientes com comprometimento de 10-25%, em 17 foi <10%, e os 20 pacientes restantes não possuíam essa informação disponível. Dos pacientes com algum comprometimento pulmonar, 30 necessitam de O2 domiciliar, 20 tiveram 50% ou mais dos pulmões comprometidos. Entre as sequelas agudas da infecção, a fibrose pulmonar é uma das mais severas e frequentes complicações, devido à distorção arquitetônica do parênquima pulmonar, prejudicando sua funcionalidade e aumentando a mortalidade. Registros de fibrose pulmonar estão mais associados à doença grave, necessidade de terapia intensiva, uso de ventilação mecânica e maior tempo de hospitalização. Além disso, pacientes com fibrose sofrem mais frequentemente de sintomas persistentes como tosse, dispneia, dor torácica, fadiga e mialgia, o que é reportado pela maioria dos pacientes do ambulatório. Conclusões: Dessa forma, o conhecimento do grau de acometimento pulmonar por fibrose pós-COVID19 é indispensável para análise do prognóstico e decisão terapêutica individualizada. No entanto, ainda há incertezas quanto aos seus desdobramentos futuros, visto que a pandemia tem curso recente. Assim, é necessário acompanhamento tomográfico e clínico contínuo dos pacientes atendidos no ambulatório, visando o rastreamento da fibrose como complicação a longo prazo.

130 DESAFIOS DIAGNOSTICOS EM APRESENTAÇAO RADIOLOGICA ATIPICA DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE: RELATO DE CASO

VOSS, LARISSA REGO; FIGUEIREDO, FERNANDO GASSMANN; PIRES, BRUNA GASSMANN FIGUEIREDO; OLIVEIRA, VICTOR SILVA; DE CARVALHO, BRUNA RAYWOOD GARCIA; TOKUMOTO, ISABELE CAROLINA; DOS SANTOS JUNIOR, EDVAL GOMES; FIGUEIREDO, RICARDO GASSMANN;
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - FEIRA DE SANTANA - Bahia - Brasil;

Justificativa da relevância do caso relatado: A paracoccidioidomicose, uma micose sistêmica prevalente em regiões tropicais da América Latina, representa um desafio clínico e epidemiológico. Causada pelo fungo Paracoccidioides spp., afeta principalmente indivíduos imunocompetentes por meio da inalação de esporos. Sua apresentação varia desde formas assintomáticas até manifestações graves com acometimento pulmonar. A compreensão da patogênese, diagnóstico precoce e terapias eficazes é essencial para o manejo adequado da doença. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 40 anos de idade, pedreiro, exposição domiciliar a aves, imunocompetente previamente hígido, apresentou quadro de perda ponderal de 12Kg, odinofagia e tosse produtiva com expectoração amarelada há 08 meses. Foi tratado inicialmente com antibióticos, sem melhora após investigação com baciloscopia no escarro e sorologia para HIV negativas. Investigação adicional com tomografia computadorizada de tórax demonstrou vidro fosco bilateral extenso de distribuição não segmentar e cavitação em seguimento apicoposterior do lobo superior esquerdo. Não houve queda hematimétrica ou exteriorização de sangramento. Após cultura de escarro e PPD negativos para tuberculose, realizamos broncoscopia com achado de lesão ulcerada em epiglote, biopsia transbrônquica compatível com processo inflamatório crônico e pesquisa de agentes infecciosos negativos. Uma subsequente biópsia de lesão laríngea revelou inflamação crônica granulomatosa com achados microbiológicos compatíveis com paracoccidioidomicose. Paciente apresentou melhora clínica e radiológica substancial após tratamento com imidazólicos. Discussão: Embora o acometimento pulmonar na paracoccidioidomicose seja frequente, esta micose pulmonar apresenta expressão radiológica bastante diversa. Além de lesões cavitárias, nódulos e infiltrados intersticiais, achados atípicos incluem massas solitárias, derrame pleural e adenomegalias hilares. Formas disseminadas em imunossuprimidos podem apresentar micronódulos difusos. Áreas de extenso vidro fosco na ausência de hemorragias são achados infrequentes. Compreender a diversidade destas apresentações radiológicas é vital para estabelecer o diagnóstico e tratamento precoce da paracoccidioidomicose. Suporte financeiro: Este relato não obteve suporte financeiro nem possui conflitos de interesses.

131 EMBOLIA SEPTICA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS – RELATO DE CASO

SOUZA, RODRIGO BRASILEIRO; SILVA, YOHRAN CACCIATORI; CARDOSO, MATEUS VINICIUS FERNANDES; ALENCAR, VICTOR HUGO ARANTES SISTEROLLI; AQUINO, JULIA VITÓRIA NUNES; OLIVEIRA, PRISCILA BENITZ RIOS; RESENDE, ANA CAROLINA LIMA; LIMA, MARIANA LAFETÁ;
Centro Universitário São Camilo - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Embolia séptica pulmonar é uma condição de rápida evolução, de acometimento etário diverso e alta morbimortalidade. Geralmente cursa com febre, dispneia e dor torácica. No entanto, o histórico de infecção de partes moles associado ao quadro clínico e imagem radiográfica com múltiplos nódulos bilaterais devem alertar para essa hipótese diagnóstica possibilitando que o tratamento seja instituído o mais precocemente possível. Masculino, 14 anos, com antecedente narguilé diário, sem outras comorbidades, realizou sete dias antes da admissão perfuração de piercing na região do tragus do pavilhão auricular esquerdo, após quatro dias relato de febre, dor, flogose na região e ponto de flutuação a palpação, realizado drenagem no estabelecimento em que realizou o procedimento, após apresentou tosse, dispneia aos pequenos esforços e dor torácica ventilatório dependente. Admissão hospitalar: máscara não reinalante 10L/min e SpO2 100%, f: 38 irpm, FC: 98 bpm, PA:140 x 95 mmHg, iniciado ceftriaxone e clindamicina empírico. Nos exames: sorologia para HIV, testes rápidos para influenza e covid negativos, escarro para tuberculose negativo. Radiograma de tórax: múltiplos infiltrados nodulares bilaterais difusos. Tomografia de tórax: nódulos periféricos difusos bilaterais com sinal do vaso de alimentação, alguns com necrose central e cavitados. Evoluiu com hemoptise, instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória aguda com necessidade de intubação orotraqueal e droga vasoativa. Em nova tomografia de tórax com opacidades nodulares com halo em vidro fosco e outras com centro escavado. Devido imagem e gravidade escalonado antibioticoterapia para meropenem e vancomicina. A hemocultura revelou S. aureus sensível à meticilina. Paciente manteve instabilidade hemodinâmica a despeito de drogas vasoativas, com dificuldade de ventilação, hipoxemia e hipercapnia refratarias evoluindo a óbito cinco dias após a admissão hospitalar. Embolia séptica pulmonar é uma condição rara, porém de alta mortalidade, causada pela embolização de trombos contendo microrganismos, especialmente bactérias, provenientes de focos infecciosos primários extrapulmonares, que por sua vez obstruem o leito microvascular pulmonar, culminando em sepse e formação de abscesso focal pulmonar. As infecções de pele e partes moles como no caso descrito acima, endocardite bacteriana, infecções intravenosas e infecção do trato urinário são algumas das causas mais comuns. O padrão radiológico na tomografia de tórax característico da patologia é representado pelo achado de múltiplos nódulos periféricos bilaterais com graus variados de cavitação. Outros achados incluem: opacidades espiculadas e sinal do vaso de alimentação, sinal que pode também se apresentar em outras condições como metástase, fístula arteriovenosa e vasculite pulmonar. A identificação do padrão radiológico associado a clínica e história compatíveis são importantes para início de tratamento precoce e evitar desfechos desfavoráveis.

132 EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE POR TUBERCULOSE NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL, NO PERIODO DE 2018 A 2022

SIQUEIRA, GUSTAVO BRUNO MARTINS DE; FREDRICH, RAUNI GUSTAVO; JUNGES, SABRINA LETICIA BUBANS; SANTOS, DALIANY;
Universidade Federal de Mato Grosso - Sinop - Mato Grosso - Brasil;

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infeciosa causada pelo agente etiológico Mycobacterium tuberculosis, presente tanto nos países considerados subdesenvolvidos quanto nos desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), foram registradas 1,6 milhão de mortes por TB no ano de 2022. No Brasil, em 2021 foram registrados mais de 5 mil óbitos por TB e, em 2022, foram registrados mais de 78 mil novos casos. No Estado de Mato Grosso (MT) a TB é uma doença infecciosa de alta morbimortalidade, de modo que a Secretária de Estado de Saúde (SES-MT) registrou um crescimento de 18% no número de casos em 2022 se comparado ao ano anterior, quando foram registrados 1.347 casos dessa doença. Objetivos: Avaliar o comportamento epidemiológico da mortalidade por tuberculose no Estado de Mato Grosso, período de 2018 a 2022. Métodos: O presente trabalho se trata de um estudo epidemiológico, retrospectivo e descritivo, a partir da coleta de dados secundárias da SES-MT. Variáveis escolhidas: causa básica (Cid10 3C: A15; A16; A17 e A18), número de óbitos, ano de óbito, sexo, faixa etária, raça e macrorregiões de ocorrência. A partir do programa Excel, os dados foram armazenados e o total de óbitos foi calculado de acordo com as variáveis. Por os dados por serem de acesso público, o presente estudo não fere os princípios éticos de pesquisa da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 510/2016. Resultados: Das 394 mortes por TB em MT, o ano com a maior concentração de óbitos foi 2022 (27,9%), seguido por 2021 (20,6%), 2020 (19,3%), 2019 (17%) e 2018 (15,2%). A causa básica responsável pelo maior número de óbitos foi a A16 (48,2%), seguida pelas causas básicas A15 (41,9%), A19 (7,6%), A18 (1,3%) e A17 (1%). O sexo mais expressivamente vitimizado foi o feminino (77,4% das mortes), em contrapartida ao masculino (22,6%). A maioria dos óbitos se concentraram em pacientes acima dos 40 anos de idade (81%), enquanto que apenas 20% das vítimas tinham de 1 mês de idade a 39 anos. Observou-se a etnia parda sendo a mais acometida (55% dos óbitos), seguida pelas etnias branca (24,6%), preta (12,4%), indígena (6,4%) e amarela (0,5%), em branco (1,1%). A macrorregião Centro-Norte apresentou o maior registro de óbitos no período avaliado, sendo registrados 55,8% das mortes, seguida pelas macrorregiões Sul (13,2%), Norte (12%), Leste (8,4%), Oeste (6,3%) e Centro-Noroeste (4,3%). Conclusões: É evidente que o número de óbitos por tuberculose em MT cresceu constantemente no período analisado. A TB é uma patologia que afeta sobretudo o sexo feminino, sendo pessoas acima dos 40 anos, da etnia parda e que vivem na macrorregião de residência Centro-Norte. Por fim, este trabalho ao traçar o comportamento epidemiológico da mortalidade por TB em MT, pode ser a base para futuras pesquisas envolvendo essa patologia infeciosa, a fim de tornar mais eficiente o combate à TB tanto em MT como no Brasil.

133 HEMORRAGIA ALVEOLAR RELACIONADA A SINDROME DE WEIL EM PACIENTE DE AREA ENDEMICA PARA LEPTOSPIROSE

ALVES, MILENA MILENA; BIANCHI, LETICIA LAGUNA; SILVA, TIAGO AIRES DE ALMEIDA; PEREIRA, PIET GABRIEL OLIVEIRA; FLORÃO, MAYARA;
Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II - Porto Velho - Rondônia - Brasil;

Leptospirose é uma zoonose de distribuição mundial, transmitida através de exposição ambiental ou animal contaminados por bactérias do gênero Leptospira. A fase clínica inicial ou septicêmica cursa com febre, mialgia, cefaléia, sufusão conjuntival e hepatoesplenomegalia. Sua fase tardia, conhecida como ictérica ou síndrome de Weil, manifesta-se com icterícia, hemorragia alveolar, lesão renal aguda, anemia podendo evoluir com coagulação intravascular disseminada. Paciente masculino, 21 anos, procedente do interior de Rondônia (RO), agricultor, sem comorbidades prévias. Em 7 de maio de 2022 relatou início de sintomas gripais: febre, odinofagia, dispneia, astenia e hiporexia. Evoluiu com progressão da sintomatologia concomitante a tosse produtiva. Após 4 dias procurou atendimento em unidade de pronto atendimento na cidade de Candeias do Jamari (RO) devido piora dos sintomas relatados associado a dispneia moderada e tosse com hemoptoicos. Na unidade foi evidenciado hipotensão, dispneia e dessaturação. Ao exame físico estertores crepitantes difusos, palidez e icterícia leve. Realizada expansão volêmica, instalado aporte de oxigenoterapia suplementar e transferido para Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II (HEPSJPII) na cidade de Porto Velho (RO). Após admissão, optado por iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e claritromicina endovenosos. Paciente apresentou choque circulatório refratário à aminas vasoativas, evoluindo com insuficiência respiratória hipoxêmica, acidose metabólica grave com hiperlactatemia e infiltrado alveolar difuso bilateralmente em radiografia de tórax. Procedido com intubação orotraqueal, com aspiração de 200 ml de sangue pelo tubo orotraqueal. Nos exames laboratoriais evidenciado RT-PCR para Covid 19 e Influenza negativos, sorologias para sífilis, HIV, hepatites B e C não reagentes, hemocultura e urocultura negativas, teste molecular para Mycobacterium tuberculosis negativo, sorologia por método de ELISA IgM para leptospirose reagente com valor de 1350. Durante a internação houve piora da função renal, pancitopenia, aumento de transaminases, hiperbilirrubinemia, rabdomiólise e discrasia sanguínea. Por fim, indicada terapia de substituição renal devido à azotemia e anúria, pronação e curarização devido difícil manejo ventilatório, além de aspirações diárias de conteúdo hemorrágico pelo tubo orotraqueal. Diante da gravidade do quadro descrito e resposta insatisfatória à terapêutica instituída, o paciente evoluiu para óbito em 3 dias. Apesar de ser uma zoonose difundida geograficamente a leptospirose tem sua prevalência incerta pela subnotificação relacionada ao quadro clínico inicial inespecífico e evolução leve e autolimitada na grande maioria dos casos. Contudo, a forma íctero-hemorrágica engloba alterações multissistêmicas graves, com aumento significativo de morbimortalidade relacionado à doença.

134 INFECÇAO BRONCOPULMONAR POR LOPHOMONAS - RELATO DE CASO

MONTEIRO, DESIREE JACOB; PEREIRA, EIKE JEFFERSON GALDINO; VUOLO, ISABELLA GASPAR; GONZALEZ, LARA HESSMANN; KIMURA, GABRIELA; SERRANO, ROSILET RONDON; CHAGAS, GABRIEL HENRIQUE NUNES; SOUZA, FELIPE DE OLIVEIRA; RIECHI, JAMILE DA COSTA; NOGUEIRA, RAFAELA RODRIGUES SAMPAIO; SOARES, FATIMA MITSIE CHIBANA; NETO, ALCINDO CERCI; TREVISAN, ALEXANDRE; BELLINATI, PHILIPE QUAGLIATO;
HU-UEL - LONDRINA - Paraná - Brasil; PUC-PR - LONDRINA - Paraná - Brasil;

Introdução: A Lophomoniase Pulmonar é uma infecção protozoária incomum, sendo comumente ligada a pacientes que apresentam algum tipo de imunossupressão. Sendo a Lophomonas Spp. um parasita que tem como vetor cupins e baratas, consequentemente é muito ligada a países subdesenvolvidos com condições precárias de saúde, tendo como quadro clinico semelhante as outras infecções pulmonares, manifestando-se com tosse e dispneia. O padrão ouro para o diagnóstico é a broncoscopia com lavado broncoalveolar com visualização do protozoário flagelado em microscopia óptica. Relato de caso: Paciente, sexo feminino, 30 anos, sem comorbidades prévias, moradora de zona urbana, sem presença de animais domésticos, a qual trabalha em escritório na parte administrativa. Iniciou quadro de dispneia aos pequenos esforços de forma abrupta, por 15 dias. Acompanhado de congestão nasal com presença de secreção, astenia, cefaleia e dor em membros inferiores. No hospital Evangélico de Londrina realizada angiotomografia de tórax que apresentou os seguintes achados: múltiplos pequenos nódulos pulmonares sólidos centrolobulares distribuídos difusamente por ambos os pulmões associados a tênue espessamento placa determina sugerindo primeiramente processo infeccioso/inflamatório pulmonar. Devido à presença de nodulação, foi realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar, evidenciando a presença de Lophomonas spp. Em decorrência do achado de Lophomonas, iniciou-se investigação laboratorial e sorológica para avaliação de imunossupressão. Sorologias: toxoplasmose IgM 21,76; toxoplasmose IgG 4,61; Schistossoma não reagente; Chagas IgG não reagente; Chagas IgM não reagente; histoplasmose não reagente; HIV não reagente; Anti-HBS reagente 368,87; HBS-AG não reagente; VDRL e FTA-ABS IgG não reagente. Com a suspeita de provável pneumonia atípica por Lophomonas, foi iniciado tratamento com metronidazol 250mg a cada 6 horas, por 14 dias, com boa evolução do quadro. Discussão: Lophominiase ainda é uma doença subdiagnosticada globalmente, devido a diversos fatores como a baixa prevalência e falta de conhecimento sobre a doença. Desta forma, faltam dados na literatura sobre epidemiologia, fatores predisponentes, quadro clínico e eficácia do tratamento. Consequentemente a verdadeira carga da infecção e impacto social é desconhecida. Em relação ao caso apresentado, o que chama atenção é a baixa possibilidade de exposição da paciente aos 2 principais vetores da doença, cupins e baratas, e a positividade para IgM de CMV, pois existem dados na literatura em que apontam a infecção aguda por CMV como fator predisponente a infecção por Lophomonas. Assim, fica evidente a lacuna no conhecimento sobre o tema, desde o vetor, quadro clínico, formas de rastreio e, principalmente, definir sua importância na saúde nacional devido a escassez de dados na literatura. É um importante diagnóstico diferencial de infecção pulmonar em imunossuprimido, sobretudo em pacientes com exposição de risco.

135 INFECÇAO PULMONAR POR METAPNEUMOVIRUS

ATHAYDE, LUDMILA SILVA; FARESIN, SONIA MARIA; VIEIRA, PAULO CESAR BASTOS; VAGO, LARA MARIA; RIBEIRO, RUBENS;
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Os vírus são importantes patógenos causadores de pneumonia hospitalar e da comunidade. A pneumonia viral é mais comum em crianças, em idosos e em pessoas imunocomprometidas. Após a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, a reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) passou a ser amplamente difundida para detectar vírus respiratórios, possibilitando identificar vírus anteriormente não reconhecidos ou subestimados. Objetivo: Relatar um caso de pneumonia viral por metapneumovírus humano. Relato de caso: Masculino, 53 anos, portador de doença renal crônica não dialítica e hipertensão arterial sistêmica, foi internado na UTI do Hospital São Paulo, devido hipercalemia e acidose metabólica. Após dois dias de internação, queixou-se de tosse seca, iniciada três dias antes da internação, além de odinofagia e diarreia. Negou dispneia, congestão nasal ou coriza e não apresentou febre. Ao exame físico, apresentava crepitações finas em terço inferior e posterior do hemitórax direito, sem sinais de desconforto respiratório. Na tomografia de tórax, havia vidro fosco mais evidente em regiões posteriores dos lobos inferiores. Devido suspeita de infecção viral, foram solicitados testes para detecção do vírus SARS-CoV-2 e Influenza, cujos resultados foram negativos. Visto que paciente não apresentava sinais clínicos nem exames laboratoriais que sugerissem outros diagnósticos diferenciais, como congestão pulmonar, broncoaspiração ou hemorragia alveolar, foi realizada a pesquisa de outros vírus e constatou-se PCR positiva para Metapneumovírus, cujo limite de ciclo foi de 27, valor que reflete alto contágio. O paciente foi mantido em isolamento respiratório por sete dias, recebeu oxigenoterapia em baixo fluxo por 48 horas, evoluindo com estabilidade clínica e melhoria do padrão evacuatório, sem necessidade de suporte de UTI. Discussão: O metapneumovírus humano (HMPV) é causa comum de infecções do trato respiratório, sendo as das vias aéreas inferiores as mais frequentes. Geralmente, a infecção ocorre nos primeiros cinco anos de idade, podendo ocorrer reinfecção ao longo da vida. É transmitido através de gotículas respiratórias, com período de incubação entre três e cinco dias. Os sintomas variam desde tosse, rinorreia, congestão nasal e dor de garganta até pneumonia, bronquiolite, bem como exacerbações agudas de asma e de doença pulmonar obstrutiva crônica. Infecções graves estão associadas, geralmente, a imunossupressão. Sintomas gastrointestinais e otite média aguda também foram observados. A confirmação diagnóstica é feita pela reação por RT-PCR a partir de swabs nasofaríngeos. Todos os pacientes com HMPV devem ser colocados em precauções de gotículas para limitar e prevenir a propagação. A base do tratamento são medidas de suporte com oxigênio suplementar, agentes antipiréticos e hidratação com fluidos intravenosos. Ainda não há vacina disponível para o HMPV.

136 MASSA MEDIASTINAL SECUNDARIA A HISTOPLASMOSE – RELATO DE CASO

SILVA, THIAGO DARLAN SILVEIRA DA; REGIS, PAULA ADRIANA PRADO MELO; FREITAS, LETICIA LIMA; SILVA, RAISSA CAROLINNE BORBA ALVES DA; COSTA, DEMETRIUS SILVA; CAVALCANTE, GABRIELA MACEDO EGÍDIO; MEDEIROS, RAYANNE ALVES DE CARVALHO; LOPES, DANYLO FERNANDES IGLESIAS LEITE; BARROS, PEDRO PINHEIRO;
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ - RECIFE - Rio de Janeiro - Brasil; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - RECIFE - Pernambuco - Brasil;

Justificativa: A mediastinite granulomatosa é uma rara causa de massa mediastinal, caracterizado pela coalescência de múltiplos linfonodos geralmente com centro caseoso necrótico. A etiologia da lesão pode ser não infecciosa, como secundário à sarcoidose, ou infecciosa, sendo o Histoplasma capsulatum o principal agente infeccioso descrito. A doença possui apresentação clínica bastante variada. Nesse trabalho é apresentado o caso de um paciente jovem evidenciando massa mediastinal e sintomas sistêmicos secundários a Histoplasmose. Relato de Caso: Homem de 20 anos de idade, sem comorbidades, internado em maio de 2023, em hospital universitário em Recife-PE, se queixando de tosse seca, perda ponderal não intencional (cerca de 20kg) e dispneia aos esforços ao longo de 8 meses. No início do quadro, apresentou sudorese noturna e discreta disfagia de transferência, porém com remissão espontânea. Relatou ainda escarros hemoptoicos esporádicos que surgiram há 2 meses, auto-limitados. Exames físico e laboratorial sem alterações. Realizado tomografia computadorizada de tórax com contraste que evidenciou formação tecidual de aspecto infiltrativo na região mediastinal peri e infracarinal, envolvendo difusamente o brônquio fonte à direita com leve redução de seu calibre. Procedido mediastinoscopia com biópsia de tumoração em região subcarinal, além da realização de broncoscopia com visualização de secreção sanguinolenta proveniente de lobo superior direito, com aspecto infiltrativo em carina secundária. Lavado broncoalveolar com cultura, genexpert e BAAR negativos. Na avaliação anatomopatológica, as amostras da tumoração mediastinal subcarinal evidenciaram fragmentos de linfonodos com áreas de esclerose e granuloma necrotizante focal, com coloração Grocott-Gomori revelando leveduras com morfologia compatível com Histoplasma capsulatum no centro do granuloma. Iniciado tratamento para Histoplasmose com Itraconazol 400mg/dia oral por 12 semanas com seguimento ambulatorial. Discussão: A Histoplasmose é uma doença causada pelo fungo Histoplasma capsulatum, sendo encontrado de forma endêmica em algumas regiões do Brasil. A infecção ocorre pela inalação dos microconídeos, causando sintomas em torno de 5% dos pacientes expostos, sendo a Histoplasmose pulmonar a forma mais comum da doença. A mediastinite granulomatosa é uma rara apresentação da doença devido provavelmente à uma resposta imune incomum à exposição prévia ao Histoplasma. Os sintomas clínicos são inespecíficos como febre, astenia, tosse, podendo cursar com hemoptise, disfagia e dispneia quando há fistulização ou compressão das estruturas anatômicas adjacentes. O diagnóstico da mediastinite granulomatosa é histopatológico, através da visualização do granuloma que pode ser caseoso ou não, associado a coloração microbiológica específica. O tratamento com itraconazol é realizado apenas em pacientes sintomáticos, com a excisão cirúrgica reservado para aqueles com sintomas compressivos ou fistulizantes.

137 MUCORMICOSE PULMONAR: UM RELATO DE CASO

VALENTIN, MARCUS VINICIUS NASCIMENTO; VALENTIN, FELIPE CINTRA; NAYME, LUÍSA MOSCARDINI; CARDOSO, FERNANDA PARIS; SANTANA, GUILHERME GONÇALVES MAGALHÃES; VEGA, NELSON DE ARAÚJO; TAKAI, GIOVANNA SAYURI MARTINS; CAMACHO, ANA LUIZA THEODORO; BIANCHINI, BÁRBARA TUNES; BERTOLOTO, JULIANA LOPES; SASSO, CLARA IPOLITO; ALEXANDRE, MATHEUS FARIA CLARO; NAYME, JÚLIA MOSCARDINI; ANDRÉ, JULIA DE SÁ; ALVES, JÚLIA FERREIRA;
Centro Universitário Barão de Mauá - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil; Universidade Nove de Julho (UNINOVE) - Bauru - São Paulo - Brasil;

Justificativa da relevância do caso relatado: A Mucormicose é uma doença fúngica invasiva que pode acometer os pulmões. Trata-se de causa comum de infecções oportunistas principalmente em diabéticos e imunocomprometidos. No caso exposto houve apresentação sob a forma de massa pulmonar, reforçando a mensagem de que nem toda massa é câncer, além do papel fundamental da utilização de exames de imagem para elaboração precoce da hipótese diagnóstica e correta terapia. História da doença atual e pregressa: Indivíduo, masculino, 49 anos, diabético, dislipidêmico, com queixa de tosse seca há 4 anos, com piora nas duas últimas semanas evoluindo para expectoração hialina, episódios de dispneia aos mínimos esforços (MRC 2) e sibilância. Foi aventada a hipótese de pneumonia necrotizante e iniciou-se tratamento com antimicrobianos. Após 15 dias, o paciente retorna com dor em membro inferior direito, sendo constatada obstrução arterial. Realizou-se bypass ilíaco femoral, tromboembolectomia e anticoagulação. Três semanas após o procedimento, persistiam as queixas pulmonares, agora com hemoptise de grande volume e dispneia aos mínimos esforços (MRC 3). Exame Físico: Havia taquipneia, roncos difusos e sibilos bilaterais na ausculta pulmonar. Exames Complementares: A glicemia estava elevada (298 mg/dL). O Raio X de tórax mostrava opacidade heterogênea no lobo superior do pulmão esquerdo, sendo confirmada pela tomografia de tórax realizada que evidenciou massa pulmonar de contornos irregulares com broncogramas aéreos de permeio e algumas tags pleurais, localizada no segmento posterior do lobo superior do pulmão esquerdo. Prosseguiu-se com a realização de broncoscopia que evidenciou coágulos de grande volume na árvore brônquica. Foi ainda realizado lavado broncoalveolar que apresentou celularidade alta para neutrófilos, sugerindo processo inflamatório crônico e agudo exsudativo. Por fim foi realizada biópsia transbrônquica que caracterizou infiltrado inflamatório não granulomatoso e aglomerado de hifas fúngicas sugestivas de Mucormicose Pulmonar. Diagnóstico: Frente ao contexto de investigação histológica, prosseguiu-se com a realização de imunohistoquímica que afastou a possibilidade de neoplasia linfoide, confirmando Mucormicose Pulmonar. Evolução: O tratamento consistiu na retirada cirúrgica de tecidos necróticos, com uso de antifúngicos em altas doses de anfotericina B, além do controle da diabetes. Discussão: O caso exposto reforça a importância da elaboração de diagnósticos diferenciais quando estamos diante de consolidações ou massas pulmonares, que podem ser causadas por infecções fúngicas oportunistas, em pacientes com algum grau de imunocomprometimento. Ressalta-se ainda a relevância da correlação entre achados clínicos, investigação histológica e imunohistoquímica, afastando a possibilidade de neoplasia maligna. Caso a Mucormicose não seja diagnosticada precocemente, o desfecho pode ser fatal devido a disseminação da infecção para outros órgãos.

138 NOCARDIOSE PULMONAR NO IMUNOCOMPETENTE - UMA CAUSA DE BRONQUIECTASIAS

SANCHES, FELIPE MARQUESINI; GONZALEZ, DIEGO CAMPOS; SALES, ROBERTA KARLA; COSTA, ANDRE NATHAN;
INCOR - HC FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A nocardiose pulmonar é uma doença infecciosa rara causada pela Nocardia spp, um bacilo gram positivo aeróbio filamentoso ubíquo. Apesar de não haver dados precisos sobre sua epidemiologia, estima-se que a incidência esteja aumentando devido aos avanços diagnósticos e maior prevalência de fatores de risco associados, como as pneumopatias e a imunossupressão. No grupo dos imunocompetentes, que corresponde a 40% dos pacientes, parece haver um fenótipo de doença que cursa com bronquiectasias à semelhança das micobactérias não tuberculosas. Relatamos a seguir um caso de uma paciente com bronquiectasias possivelmente causadas pela nocardia. Caso Clínico: Paciente feminino 52 anos, com hipotireoidismo, sem doenças pulmonares prévias ou exposições relevantes, procura ambulatório de pneumologia por tosse seca há 1 ano e dispneia aos grandes esforços (mMRC 1) associado a febre intermitente não aferida e hemoptóicos há 4 meses. A tomografia computadorizada de tórax realizada com 8 meses de sintomas evidenciou bronquiectasias cilindradas e varicosas com preenchimento luminal com predomínio em regiões basais de lobos inferiores, médio e língula, associado a micronódulos centrolobulares. A investigação complementar etiológica não esclareceu a causa das bronquiectasias. Realizado lavado broncoalveolar com o diagnóstico de Nocardiose por meio da cultura. Iniciado tratamento com Sulfametoxazol-Trimetoprima com boa tolerância e melhora clínica. Após 6 meses de tratamento, a paciente está assintomática e a nova tomografia de tórax mostra redução notável das áreas de impactação brônquica e dos micronódulos. Discussão: A nocardiose pulmonar apresenta-se com quadro clínico de evolução subaguda ou crônica, cujas manifestações de imagem são inespecíficas, variando desde nódulos até consolidações e bronquiectasias. Em estudos retrospectivos nota-se um predomínio das formas com bronquiectasias em 48-67% dos imunocompetentes de meia idade e não se sabe ao certo se elas são parte de um espectro de doença causada pela nocardia ou apenas consequência. No caso apresentado, os sintomas compatíveis com nocardiose, a identificação pela cultura do lavado e a melhora clínica e radiológica sugerem esse fenótipo de infecção. Importante ressaltar que nos casos de bronquiectasias, cuja investigação inicial não conseguiu definir a etiologia, devemos considerar entre as causas infecciosas a Nocardia e sinalizar para culturas de microrganismos de crescimento lento para avaliar a sua presença.

139 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES COM PNEUMONIA ENTRE OS ANOS DE 2017 ATE 2021

SILVA, PAMELLA MORAES BASSO E; FRANÇA, HÉCTOR HUGO QUEIROZ; KAMEI, FERNANDA; FERREIRA, AMANDA LÉLIS; GELALETI, RAFAEL BOTTARO;
Fundação Educacional de Penápolis - Penápolis - São Paulo - Brasil; Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil;

Introdução: Pneumonia é um processo inflamatório agudo do parênquima pulmonar em resposta a um processo infeccioso. Essa doença é classificada de acordo com o local que ocorreu a infecção. Sendo assim, é traduzida em Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) quando o contágio ocorre fora do ambiente hospitalar ou em 48h após a internação. A pneumonia adquirida na comunidade prevalece como a doença infecciosa aguda que causa o maior impacto médico-social relacionado a morbidade e custos relacionados ao tratamento. Sendo assim, para contribuir com a prevenção e promoção a saúde estabeleceu que é indispensável descrever sobre o perfil epidemiológico da pneumonia no Brasil, com a finalidade de identificar possíveis afetados da doença. Objetivos: O presente estudo tem como objetivo analisar os aspectos epidemiológicos sobre das internações de pneumonia no Brasil, no período de 2017 até 2021. Métodos: O projeto compreende-se como um estudo ecológico que procurou verificar dados epidemiológicos da Pneumonia no Brasil, como: morbidade, prevalência, número de internações conforme idade, sexo e cor/raça, número de internações conforme as regiões brasileiras, valores gastos com serviços hospitalares para tratamento e taxa de mortalidade segundo sexo e idade da pneumonia. Os dados foram obtidos com base no SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) e SIM (Sistema de Informações Sobre Mortalidade) disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2017 até 2021. Para a discussão de dados, foi utilizado a bibliografia encontrada nas bases de dados como PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico, e assim, comparados aos dados de prevalência encontrados no DATASUS. Resultados: Foram encontradas 2.638.481 internações hospitalares por pneumonia durante o período estudado, sendo 52,28% do sexo masculino, a faixa etária de 80 anos ou mais (18,4%) foi a mais afetada. A região sudeste (38,07%) apresentou as maiores concentrações de internações e maiores gastos públicos destinados a pneumonia (41,80%). Conclusões: Conclui-se que a maior prevalência de internações relacionada ao quadro de pneumonia é em pacientes na faixa etária de 60-80 anos, do sexo masculino e, que residem na região sudeste. Entende-se que essa alta prevalência acontece devido a exposição de bactérias, diminuição das defesas, menor utilização de recursos públicos relacionados a saúde e maior concentração de pessoas. Salienta-se que o diagnóstico e tratamento precoce conduzem um bom prognóstico da doença, visto que o uso correto de medicamentos e um efetivo tratamento vão favorecer a melhora clínica desses pacientes, em relação a prevenção, com a identificação desse perfil epidemiológico pode realizar prevenções como a vacina antipneumocócica e contra a gripe que acontece todo ano, sendo assim, o uso desses dados demonstra a importância do diagnóstico precoce e dessa maneira, reduzindo os índices de mortalidade causados pela doença por meio da promoção e prevenção a saúde.

140 PNEUMONIA DO LOBO PESADO: UM RELATO DE CASO.

SOUZA, RODRIGO BRASILEIRO; SILVA, YOHRAN CACCIATORI; OLIVEIRA, PRISCILA BENITZ RIOS; RESENDE, ANA CAROLINA LIMA; LIMA, MARIANA LAFETÁ;
Centro Universitário São Camilo - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A Klebsiella pneumoniae (Kp) raramente causa pneumonia adquirida da comunidade (PAC), mas é associada a infecções graves que cursam com importante morbimortalidade. O uso indiscriminado de antibióticos, apesar de reduzir a prevalência da K.p como agente de PAC, tornou-se um fator de risco para infecções graves principalmente em pacientes imunossuprimidos e/ou hospitalizados, assim como alcoolismo e diabetes. A mortalidade é superior a 50% e pode ter complicações como necrose pulmonar. Caso clínico: Homem, 44 anos, tabagista 10 anos-maço, com queixa de tosse seca, febre, queda do estado geral, inapetência e perda ponderal de 3 kg há 03 dias antes da admissão. Evoluiu com dispneia aos pequenos esforços, indo ao pronto socorro. Nega quadros prévios, epidemiologia relevante, etilismo, diabetes e outras comorbidades. Na admissão com máscara não reinalante à 9L/min, mantendo SpO2 94%. Exames complementares: leucocitose com desvio à esquerda; PCR aumentado; gasometria com discreta alcalose metabólica e pesquisa para tuberculose no escarro negativa. O radiograma de tórax: opacificação em lobo superior direito com broncograma aéreo, áreas de cavitação e abaulamento da fissura horizontal. Em uma amostra de hemocultura periférica identificação de Klebsiella pneumoniae. Permaneceu internado por 29 dias, inicialmente tratado com Ceftriaxone e Claritromicina, apresentou piora radiológica com aumento das áreas de necrose e surgimento de áreas de atelectasias com desvio de traquéia ipsilateral e pinçamento diafragmático, escalonado antibiótico para Piperacilina+Tazobactam, posteriormente, para Meropenem, com boa evolução. Recebeu alta em boas condições clínicas e encaminhamento para ambulatório de pneumologia. Discussão: A Klebsiella pneumoniae é uma bactéria gram-negativa oportunista encontrada no ambiente, no trato gastrointestinal, oro e nasofaringe, além do ambiente hospitalar. Responsável de 3% a 5% das PAC's, e em países em desenvolvimento podem chegar a 15%. Em ambiente hospitalar, a incidência chega a 11,8% das pneumonias e de 3% a 8% de todas as infecções. Em exames de imagem pode apresentar consolidação homogênea com broncogramas aéreos, sendo o lobo superior direito o mais acometido, e devido a intensa produção de exsudato inflamatório pode estar presente o sinal do lobo pesado, caracterizado pelo abaulamento da fissura horizontal. Dos fatores de pior prognóstico se destacam o padrão de pneumonia lobar, idade avançada, diabetes, alcoolismo e hipoalbuminemia. Descrito o relato de caso de um paciente jovem, previamente hígido com diagnostico de PAC e evoluiu para pneumonia necrotizante. A radiografia apresentou o sinal do lobo pesado que, embora inespecífico, pode indicar o agente e direcionar o tratamento minimizando as complicações.

141 PREVALENCIA DE INFECÇAO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS NA POPULAÇAO CARCERARIA DE SERGIPE ENTRE 2017 E 2022

LINS, LAVÍNIA SANTOS; SANTOS, CECÍLIA SILVA; LINS, JANICELMA SANTOS; FRANCO, ALEXANDRE PAIXÃO; DE SANTANA, MARIA EDUARDA CARVALHO; PAIXÃO, GUSTAVO HENRIQUE CAVALCANTI PEREIRA; LEITE, MILENA OLIVEIRA; DE OLIVEIRA, LOURDES ANDRESA RAMOS; DE OLIVEIRA, LARISSA MARINA SANTANA MENDONÇA; MEIRA, LETÍCIA ALMEIDA; MONTEIRO, AÉCIO FREIRE; RAMOS, TAINAH FONTES; FILHO, THIAGO BARRETO DO NASCIMENTO; NETO, JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS; LEITE, MARINA DÉDA PEIXOTO; DOURADO, MARIANNA RODRIGUES MARQUES; MITIDIERI, IZADORA MARIA MONTEIRO GOMES;
Universidade Tiradentes - Aracaju - Sergipe - Brasil;

Introdução: A tuberculose é uma das doenças infectocontagiosas de maior mortalidade no Brasil e endêmica do estado de Sergipe, caracterizada pela transmissão da bactéria Mycobacterium tuberculosis através de aerossóis. Dessa forma, seu risco de transmissão em ambientes como prisões, hospitais e minas pode ter impactos epidemiológicos que transcendem seus muros, servindo como amplificadores institucionais da infecção. Em particular, as condições de detenção, incluindo superlotação severa, má ventilação, má nutrição e acesso limitado aos cuidados de saúde, como diagnóstico e tratamento, colocam as pessoas privadas de liberdade em risco elevado de desenvolver muitas doenças infecciosas, dentre elas, a tuberculose pulmonar. Objetivos: Identificar a prevalência da infecção pulmonar por tuberculose em pessoas privadas de liberdade no estado de Sergipe nos últimos cinco anos. Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa, em que foram selecionados dados dos anos de 2017 a 2022, que incluíam diagnósticos de tuberculose pulmonar em pessoas privadas de liberdade (PPL) em Sergipe, dentre o total de casos diagnosticados. A coleta de dados foi realizada no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na base de dados TABNET. Resultados: O número total de casos diagnosticados de tuberculose pulmonar entre os anos de 2017 e 2022 foi igual a 5.043. Destes, 20,22% (n= 1.020) acometeram pessoas privadas de liberdade. Conclusões: Conclui-se, portanto, que, com base nos dados encontrados, o ambiente de uma prisão, devido às condições de insalubridade e características individuais, é favorável à disseminação da bactéria Mycobacterium tuberculosis, e os indivíduos PPL devem ser considerados um grupo de alto risco para tal doença. Estudos epidemiológicos que demonstrem a ideia supracitada podem estimular o diagnóstico precoce da doença nos sintomáticos respiratórios a fim de promover o isolamento e diminuir a taxa de transmissão no estado de Sergipe.

142 RELATO DE CASO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE GANGLIONAR E PULMONAR

PICHARA ITAPARICA, LYSLIE APARECIDA; RODRIGUES LEAL, KATIA REJANE; FORTUNATO BRUGGER NOVAES FERRÃO, INGGRID SELENA; CERCHIARI, ISABELA; GUIMRÃES BARREIRO, JESSICA FRAGA;
Universidade José do Rosário Velano - Alfenas - Minas Gerais - Brasil;

A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica causada pelo fungo dimórfico Paracoccidioides brasiliensis. A doença é restrita à América Latina e é adquirida através da inalação de propágulos do fungo. A forma crônica do adulto mais frequente é de disseminação multifocal, com envolvimento dos pulmões, linfonodos, pele e mucosas. Essa forma tem evolução crônica com diagnóstico tardio. Acomete principalmente os indivíduos do sexo masculino, na faixa etária produtiva da vida (30-60 anos) e está relacionada às atividades agrícolas. Os autores descrevem a respeito do caso clínico de um paciente masculino, com 58 anos, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) com as formas ganglionar e pulmonar concomitantes. Ao exame físico apresentava lesão ganglionar na região cervical esquerda com drenagem espontânea de secreção purulenta, associado a dispneia aos médios esforços, tosse seca persistente, astenia e com presença de dessaturação de oxi-hemoglobina (80% ar ambiente) e estertores finos difusos bilateralmente na admissão hospitalar. Exames complementares incluindo biopsia da lesão cervical (devido inicialmente a hipótese de processo neoplásico como a mais provável) além da sorologia para paracoccidioidomicose reagente 1:8 confirmaram o diagnóstico de PCM. Submetido a internação em UTI e uso de anfotericina B, VNI e O2 suplementar apresentando bom desfecho clínico. No sétimo dia, obteve alta hospitalar com encaminhamento para ambulatório de pneumologia para seguimento do tratamento de paracoccidioidomicose e da DPOC. A PCM é a micose endêmica mais frequente da América Latina, onde o Brasil lidera com o número de casos. Se trata de uma doença sistêmica granulomatosa da qual suas principais apresentações são cutaneomucosas e pulmonar. Com a principal porta de entrada sendo o aparelho respiratório, cerca de 90% dos casos têm os pulmões comprometidos. O diagnóstico definitivo se faz através de achado do Paracoccidioides brasiliensis em fluídos ou tecidos, ou então por títulos de anticorpos específicos. O tratamento pode ser feito com Itraconazol ou Sulfametoxazol- trimetoprim, e os mais graves, com anfotericina B, como utilizado em ambiente hospitalar no caso descrito acima. Por se tratar de uma patologia pouco presente no dia a dia médico, deve-se atentar para considerar a PCM como uma provável hipótese diagnóstica em zonas endêmicas.

143 TERAPIAS COM BENEFICIO NA PREVENÇAO DA TEMPESTADE CITOCINICA INDUZIDA POR INTERLEUCINAS 6, 8, 1β, 12 E 29: PRINCIPAIS ACHADOS DE ESTUDO DE FASE 3, COM ENFOQUE EM SARS-COV-2.

SANTOS, FILIPE VIANA; SANTOS , CASTILHO VITOR QUIRINO DOS; MUSSI , HIGOR GOMES; QUEIROZ , JOSÉ GABRIEL VILHENA DE; ALVES, KELLY CRISTINA; REIS , LUÍZA LANNA FRANÇA; FERREIRA, THIAGO SANTIAGO; CAMPOS, VITORIA HELENA DE SOUZA;

Cardiologia de Assistência e de Pesquisa Ltda - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil;

Introdução: Determinados tipos de infecções respiratórias originam uma resposta imune exacerbada, por meio da elevação de Interleucinas 6, 8, β1 e 12. Isso ocorre devido à desregulação de receptores alfa-1 ou, ainda, devido à inibição da Interleucina-29 (também chamada de Interferon Tipo III). Essas alterações podem desencadear a Síndrome da Tempestade Citocínica (STC), que está associada a inflamação sistêmica, instabilidade hemodinâmica e complicações típicas, como: síndrome respiratória aguda grave, pneumonia intersticial bilateral e hipóxia. Dentre os vírus causadores da STC, podemos citar o H1N1, o Adenovírus, o Vírus Sincicial Respiratório, o Parvovírus e, mais recentemente, o SARS-CoV-2. Uma vez que a chave para a inibição da Tempestade Inflamatória poderia estar no controle da resposta imune, esse estudo realizou importantes análises com dois medicamentos que apresentaram potencial de imunomodulação in vitro previamente: a Fluvoxamina e o Interferon Lambda Peguilado. Objetivos: Analisar os principais resultados obtidos de estudos originais, com o intuito de releitura na perspectiva da inibição da tempestade citocínica em infecções respiratórias. Métodos: Esta pesquisa original de Fase 3 utilizou o Modelo Adaptativo de Ensaio Clínico Randomizado. Como critério de inclusão, foram selecionados pacientes não hospitalizados e sintomáticos com até sete dias de sintomas, e com risco de desenvolvimento de respostas citocínicas acentuadas durante a infecção por Coronavírus . No braço da Fluvoxamina, foram administrados o placebo ou 100 miligramas da medicação a cada doze horas, por dez dias. Já no braço do Interferon, os pacientes receberam injeção subcutânea de 180 microgramas do medicamento ou placebo, em dose única. A pesquisa foi aprovada por conselhos de ética locais e nacionais (CONEP CAAE: 41174620.0.1001.5120, carta de aprovação 5.501.284) e todo o trabalho foi realizado sem a participação direta da indústria farmacêutica, mas em parceria com o Sistema Único de Saúde. Resultados: O braço da Fluvoxamina randomizou 1497 pacientes entre os meses de janeiro e agosto de 2021 e demonstrou Redução do Risco Absoluto de 5% e Redução do Risco Relativo de 32% para hospitalizações. Já no braço Interferon Lambda Peguilado, foram randomizados 1951 pacientes entre junho de 2021 e fevereiro de 2022, no qual demonstrou a redução do risco de hospitalizações ou falecimento relacionados ao COVID-19 em 47%, diminuição da incidência de hospitalização em 65% e redução do risco de morte em 81% em relação ao grupo placebo. Conclusões: A Fluvoxamina exibiu uma notável capacidade de reduzir complicações, ao atuar como potente reguladora de citocinas. De forma semelhante, o Interferon Lambda apresentou resultados ainda mais expressivos, através do mecanismo de barreira contra a infecção. Assim, os dados obtidos fornecem uma base sólida para a continuação da pesquisa sobre métodos de controle da Tempestade Inflamatória presentes em infecções virais respiratórias.

144 TUBERCULOSE COM ACOMETIMENTO PULMONAR, MUSCULOESQUELETICO E ARTICULAR EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDA

JUNIOR, RUBENS RIBEIRO DA SILVA; VAGO, LARA MARIA; ATHAYDE, LUDMILA SILVA; VIEIRA, PAULO CESAR BASTOS; FARESIN, SONIA MARIA;

Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A tuberculose é uma doença granulomatosa que pode afetar todos os órgãos. O acometimento musculoesquelético é infrequente e ocorre em menos de 5% dos casos. O envolvimento articular ocorre nas articulações de carga, como quadril e joelho. A forma de apresentação multifocal é rara, mesmo em países com alta prevalência da doença, e apenas um terço dos doentes apresentam doença pulmonar ativa. Objetivo: Relatar um caso de acometimento pulmonar, articular e muscular por infecção pelo Mycobacterium tuberculosis em uma paciente imunossuprimida. Relato de caso. Feminino, 64 anos, portadora de lúpus há 15 anos e hipertensão pulmonar secundária a esquistossomose, imunossuprimida com prednisona e sulfassalazina há 3 anos. Em 2008 foi tratada para tuberculose miliar por 6 meses. Foi internada em 2022 referindo dispneia progressiva, sudorese noturna e perda ponderal há 2 semanas. TC de tórax evidenciou micronódulos pulmonares com distribuição randômica sugestivos de tuberculose pulmonar miliar, confirmada após lavado broncoalveolar por broncoscopia e teste rápido molecular positivo para M. tuberculosis sensível à rifampicina. Trinta dias antes da internação apresentava quadro de poliartrite comprometendo joelho direito, metacarpofalangeanas e punho direito, além de edema em coxa direita, todos sinais de atividade da doença reumatológica. Paciente foi submetida a punção de líquido sinovial de joelho cuja cultura foi positiva para Mycobacterium tuberculosis. Ressonância da coxa direita evidenciou: miopatia inflamatória do compartimento anterior acometendo os vastos intermédio, medial e lateral, com espessamento e acentuado edema; acúmulo de líquido nos planos perifasciais profundos e sem lesões ósseas. Biópsia do músculo revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com pesquisa de BAAR pela coloração de Ziehl-Neelsen positiva. Paciente iniciou tratamento com esquema RIPE, obteve melhora clínica com redução do edema de membro e recebeu alta usando oxigenoterapia domiciliar devido persistência de hipoxemia. Discussão: O acometimento muscular por tuberculose geralmente ocorre por extensão de um foco ósseo, articular ou tendíneo, por inoculação direta, por disseminação hematogênica ou linfática. A relativa raridade desse acometimento contribui para a habitual demora no diagnóstico dessa condição, mas o diagnóstico diferencial deve ser considerado para qualquer edema muscular isolado, principalmente em um país endêmico para a doença. A confirmação por meio de cultura ou histopatológico são essenciais para o diagnóstico definitivo. Devido a manifestação osteoarticular, o tratamento envolve o uso de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE) por 2 meses, seguido de quatro a dez meses com rifampicina e isoniazida (RI). A abordagem cirúrgica estaria indicada em pacientes com complicações importantes como deformidades ósseas.

145 TUBERCULOSE MILIAR COMO COMPLICAÇÃO EM PACIENTE COM TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA APÓS RASTREIO DE ILTB NEGATIVO: RELATO DE CASO

QUEIROZ, SAMIA ALVES; CARVALHO, GIL GOUVEIA HANZ; DE ALMEIDA, GUSTAVO CORREA; GOMES, GABRIEL HENRIQUE CAVERCAN; PEREIRA, LUIZ ALVES BARRETO; HOMSI, LUIZ;
FAMERP - HOSPITAL DE BASE - SÃO JOSÉ RIO PRETO - São Paulo - Brasil;

A tuberculose representa um problema de saúde pública em nível global, sendo endêmica no Brasil, que se encontra entre os países com maior incidência desta doença. É causada pelo Mycobacterium tuberculosis, e possui uma miríade de apresentações, dentre as quais a forma miliar sendo caracterizada pela disseminação linfo-hematogênica e acomete principalmente pessoas imunossuprimidas. Portanto, é recomendada a investigação de infecção latente (ILTB) por este micro-organismo em pacientes com proposta de tratamentos imunossupressores, especialmente inibidores de TNF-á. Neste trabalho, descrevemos um caso de paciente com doença de Crohn em uso de anti-TNF-á que desenvolveu tuberculose miliar. Mulher, 65 anos, portadora de doença de Crohn com indicação do uso de Infliximab. Rastreio para ILTB com prova tuberculínica resultou negativo (0mm). Após 25 meses de uso da medicação, iniciou dispneia associada a perda ponderal de 4Kg. Em internação hospitalar para investigação, se apresentava taquipneica e com murmúrios vesiculares diminuídos em base, principalmente à direita sem ruídos adventícios à ausculta pulmonar. Nos exames complementares, apresentava leucopenia com linfopenia e indicadores inflamatórios aumentados. Tomografia computadorizada de tórax apresentou consolidação parenquimatosa de aspecto multinodular por vezes confluentes permeadas por opacidades em “vidro fosco” e presença de micronódulos randômicos com derrame pleural bilateral maior à direita. Toracocentese diagnóstica apresentou exsudato de predomínio linfocítico, glicose preservada e ADA elevado com teste rápido molecular para TB negativo. Devido deterioração respiratória, foi realizado broncoscopia com lavado broncoalveolar de predomínio linfocítico e teste rápido molecular para TB positivo. Diante dos achados imaginológicos e laboratoriais, foi estabelecido o diagnóstico de tuberculose miliar e pleural, sendo iniciado esquema anti-tuberculínico padrão com melhora do quadro. Posteriormente, culturas de lavado broncoalveolar e líquido pleural demonstraram crescimento de Mycobacterium tuberculosis, confirmando o diagnóstico. Devido complicação infecciosa, o tratamento com Infliximab foi suspenso, mantendo-se o controle da doença. O rastreio para ILTB em paciente com proposta de uso de anti-TNF-á é recomendada e frequentemente feita através da prova tuberculínica. Entretanto, diversas variáveis podem influenciar no resultado, gerando índices de falso-negativos de até 23%. O caso apresentado coloca em discussão a efetividade de tal rastreio realizado por este método e salienta se a investigação, principalmente em local endêmico como nosso país, com métodos como o Interferon-Gamma Release Assays (IGRA) seria mais adequado principalmente no serviço público.

146 TUBERCULOSE PLEURAL: ANALISE RETROSPECTIVA DE ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EM UM HOSPITAL TERCIARIO EM UM PERIODO DE DEZ ANOS.

AMATE NETO, ANDRÉ; OLIVO, TAYLOR ENDRIGO TOSCANO; CAMARGO PRETO, FELIPE RAMOS; BENETI, SEBASTIAO ANTONIO; DE NADAI, MARIANE NUNES; SANTOS, MARCEL KOENIGKAM; DE NADAI, TALES RUBENS;
Faculdade de Medicina de Bauru/USP - Bauru - São Paulo - Brasil; Hospital das Clínicas de Bauru - Bauru - São Paulo - Brasil; Hospital Estadual de Bauru - Bauru - São Paulo - Brasil;

Introdução: A Tuberculose pleural é um diagnóstico diferencial frequente entre as efusões pleurais. Esta forma de apresentação da tuberculose pode ocorrer como manifestação de doença primária, ou reativação de infecção latente pelo bacilo. É a manifestação mais comum da doença na sua forma extrapulmonar. Objetivos: Avaliar o perfil epidemiológico, bem como características clínicas, dos casos de tuberculose pleural notificados em um a hospital de nível terciário no interior de São Paulo no período de 2013 a 2023. Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo, que avaliou dados clínicos e epidemiológicos através da análise de prontuário de todos os pacientes notificados por tuberculose em um hospital terciário do interior de São Paulo no período de dez anos. Resultados: No período entre julho de 2013 a junho de 2023, foram analisados 628 prontuários referentes a casos de tuberculose notificados pelo hospital, sendo 12 (18,46 %) do sexo feminino e 53 (81,53 %) do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi 37 anos, com idade mínima de oito e máxima de 83 anos. A coinfecção pelo HIV foi observada em somente dois pacientes (3%). Entre os avaliados, 65 pacientes tiveram diagnóstico de tuberculose pleural (10,35 %). Para confirmação do diagnóstico, 24 pacientes (36,9 %) tiveram resultado positivo para tuberculose através de estudo anatomopatológico (visualização do Bacilo e/ou necrose caseosa), 41 pacientes (63 %) através da análise do ADA (> 30) no líquido pleural e 12 (18,46 %) tiveram positividade em ambos os métodos. Dos pacientes com diagnóstico confirmado de TB pleural, quatro evoluíram para óbito durante a internação (6,15 %). Conclusões: A tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública, responsável por um número considerável de óbitos entre as doenças infecto contagiosas. Em geral, sua forma clássica afeta em sua maioria pacientes imunosuprimidos. O acometimento pleural é frequente, e o diagnóstico, muitas vezes, exige procedimentos invasivos para confirmação. A quantificação do ADA no líquido pleural ainda é utilizada como critério para tratamento, apesar de não ser um critério definitivo na confirmação diagnóstica. Entre os pacientes incluídos neste estudo, apenas 3% eram portadores de HIV, o que pode sugerir uma predominância deste subtipo de tuberculose em pacientes imunocompetentes, corroborando os achados de que a TB pleural tem mecanismos de reação de hipersensibilidade do tipo 4 mediada por CD4+/CD8+. Entender o perfil dos pacientes com tuberculose e esclarecer por que alguns evoluem com Tb pleural e outros não ainda é desafiador. A resposta imunológica frente a infecção pelo bacilo é complexa e envolve fatores genéticos e imunológicos ainda não totalmente conhecidos.

147 TUBERCULOSE PLEURO-PULMONAR GRAVE EM IMUNOCOMPETENTE.

AMATE NETO, ANDRE; CAMARGO PRETO, FELIPE RAMOS; OLIVO, TAYLOR ENDRIGO TOSCANO; BENETI, SEBASTIAO ANTONIO; SANTOS, MARCEL KOENIGKAM; DE NADAI, TALES RUBENS;
Hospital das Clínicas de Bauru - Bauru - São Paulo - Brasil;

Introdução: A Tuberculose ainda representa um grande desafio para saúde pública no Brasil e muitos outros países. Segundo OMS, somente no ano de 2022, 1,6 milhão de pessoas morreram da doença no mundo. A tuberculose pulmonar, acomete principalmente população com maior vulnerabilidade social, e, com doenças que comprometem o sistema imunológico. Porém, é comum o desenvolvimento da doença em pessoas, previamente hígidas, e, sem histórico de patologias que afetam o sistema imune. Caso: Paciente jovem, sem histórico de imunodeficiências, que procurou atendimento médico por tosse e dispneia de evolução rápida e progressiva. Na admissão, paciente apresentava sinais clínicos de pneumotórax, sendo realizada drenagem pleural de emergência. Tomografia com extensa cavitação em lobo superior esquerdo, pneumotórax e enfisema de subcutâneo. B.A.A.R. positivo no escarro. Instituído esquema tratamento para Tuberculose conforme preconizado pelo Ministério Saúde. Paciente apresentava fuga aérea importante e evoluía com piora clínica. Indicado abordagem cirúrgica para tratar cavitação pulmonar e controlar a fistula. Realizada segmentectomia pulmonar e ressecção completa da cavitação pré-existente. Boa evolução primeiros dias de pós-operatório, com melhora da fuga aérea e regressão do enfisema de subcutâneo. Manteve, porém, fistula pulmonar prolongada, Nova tomografia mostrou colapso pulmonar a esquerda e aumento cavidade pleural. Realizada nova abordagem com necessidade de pneumonectomia esquerda devido intensa necrose acometendo gravemente lobos superior e inferior. Paciente evolui bem no pós-operatório, resolução do quadro e retirada de dreno pleural e alta com tratamento medicamentoso ambulatorial. No seguimento ambulatorial teve boa evolução e manteve tratamento coxcip ao longo de um ano. Após término do esquema evoluiu com novo quadro respiratório e febre com pneumonia em pulmão direito e empiema pleural a esquerda. Controle de imagem mostrou sinais de fistula de coto brônquico, B.A.A.R negativo, RT-PCR negativo e culturas positivas para Pseudomonas sp. Realizada pleurostomia e após seis meses de seguimento nova abordagem para correção de fistula de coto por abordagem trans esternal. Após três anos e múltiplas cirurgias, paciente segue bem, fistula de coto resolvida, em programação de toracoplastia para fechamento de pleurostomia. Discussão: A Tuberculose ainda é um grave problema de saúde do nosso país, e não apenas pacientes imunodeprimidos são passíveis de desenvolver casos graves da doença. Esse caso, mostrou uma evolução com mútiplas abordagens, mesmo com diagnóstico e tratamento instituido de forma rápida, levando a grande morbidade, custos e perda da qualidade de vida.

outros

148 BRONQUIECTASIA SECUNDARIA A BRONCOASPIRAÇAO DE REPETIÇAO POR FISTULA TRAQUEOESOFAGICA: UM RELATO DE CASO

ITAVAR DE OLIVEIRA, EMILLE ALVES; PUGLIESI, THAYS BRUNELLI; PEDRINI, FERNANDA FURUKAWA; MARTINS ESTAREGUI, MIGUEL DUARTE; SILVA BRUNO, MARINA GIOVANNA; KALIL, MARTA ELIZABETH;
PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE SAO PAULO - CAMPUS SOROCABA - Sorocaba - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO: O termo bronquiectasias refere-se à doença respiratória caracterizada clinicamente por tosse crônica com expectoração e infecções brônquicas. Manifestam-se com sintomas crônicos e diários como tosse, produção de escarro, dispneia aos esforços e fadiga. RELATO DE CASO: Paciente C.A.R.F., 33 anos, sexo feminino, com antecedente de dispneia, tosse e chiado desde a infância, procura pronto socorro apresentando sinais de insuficiência respiratória (tiragem intercostal e de fúrcula com saturação 85% em ar ambiente), com estertores grossos até terço médio. Vinha há 3 semanas apresentando piora de tosse e dispneia progressiva, refrataria a medias clinicas e uso de antibiótico. Após 24h, evolui com necessidade de ventilação mecânica por seis dias. Paciente emagrecida, portadora de fistula traqueoesofágica (FTE) corrigida na infância três vezes (no nascimento, aos 4 e aos 7 anos) com broncoaspiração de repetição e referia tratamento para asma com uso irregular de formoterol + budesonida. Na TCAR visto bronquiectasias com paredes espessadas, múltiplas lesões escavadas, de paredes espessas, com tênues áreas de opacidade em vidro fosco na sua adjacência, associado a múltiplas opacidades centrolobulares no pulmão esquerdo, assumindo configuração com aspecto de árvore em brotamento. Broncoscopia diminutas ulceras de subglote, traqueia com diametro levemente aumentado, recesso/fios de sutura na traqueia distal (correção de fistula previa), culturas para bactérias e fungos negativas. Coletados 2 amostras BAAR negativas. Cloro no suor 31 (VR até 60). α1 antitripsina 221 (VR 70-200). Rast EX1 e HX2 muito elevados. Espirometria: disturbio obstrutivo moderado com cvf reduzido, sem incremento pós broncodilatador. Paciente segue em acompanhamento no ambulatório em uso de broncodilatador, corticoide inalatório e azitromicina em dose profilática. DISCUSSÃO: O mecanismo fisiopatológico da bronquiectasia é descrito como um ciclo vicioso, com infecções recontes e inflamação subsequente, com dano primário aos brônquios e bronquíolos. As FTE podem ser congênitas ou adquiridas, como acontece na maior parte dos adultos. Deve-se suspeitar de FTE pela presença de broncoaspirações, bronquite, pneumonia recorrente e desnutrição. O diagnóstico inclui a combinação de achados clínicos, de imagem e endoscópicos.

149 CONHECIMENTO TEORICO DO INALADOR DOSIMETRADO ENTRE GRADUANDOS DE MEDICINA

STEIDLE, LEILA JOHN MARQUES; PINCELLI, MARIANGELA PIMENTEL; BRISOT, MANUELA FELISBINO; BORGES, BRUNA ANTUNES; PEREIRA, CARLOS EDUARDO; PAULI, LEANDRA;
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil;

Introdução: Os inaladores dosimetrados (IDs) são os dispositivos mais utilizados para administração de fármacos em doenças respiratórias obstrutivas. Erros na utilização dos IDs são frequentes. O conhecimento da técnica inalatória (TI) entre os graduandos de medicina é fundamental. Objetivos: Avaliar o conhecimento (geral e específico) da TI do ID entre os graduandos do curso de medicina da 3ª a 12ª fases da UFSC e comparar o conhecimento das fases iniciais (3a-5a) (FIs) com as fases finais (6a-12a) (FFs). Métodos: Estudo transversal que avaliou o conhecimento da TI dos IDs por aplicação de questionário online. Foram coletados dados demográficos, conhecimento geral do ID (explicação recebida; explicação para um paciente; ciência da disponibilidade no SUS), bem como conhecimento específico do passo-a-passo da TI avaliado através da frequência das seguintes orientações corretas (OCs): Retirar a tampa, agitar o inalador, segurar o inalador verticalmente, conectar espaçador ao frasco, acoplar o espaçador entre os lábios ou sem espaçador com distância de 2-3 cm da boca, ou acoplar diretamente na boca, expiração profunda, inspiração adequada (lenta e > 3s) com profundidade e sustentada por 10 segundos, expiração habitual, inalação seguinte em >60 s., limpeza da cavidade oral, limpeza do espaçador/ frasco com pano úmido. Qualquer passo orientado de forma diferente foi considerado como orientação incorreta (OI). Na opção "não sei" considerou-se o desconhecimento da etapa. Comparou-se o conhecimento geral e específico entre participantes das FIs com os das FFs. Aprovação CEP-UFSC com No 4.822.132. Resultados: Dos 145 graduandos, 95 já haviam recebido alguma informação sobre uso do ID durante o curso (65%). A maioria já tinha presenciado o uso do ID (86,2%), desconhecia que o ID está disponível no SUS. (83,3%) e nunca havia orientado o ID para um paciente (64,1%). Apenas 11,7% dos alunos utilizavam regularmente alguma espécie de inalador. Destes, a maioria (66,7%) usava o ID. Metade não soube orientar nenhum dos passos da TI do ID. As OCs mais frequentes foram: agitar o frasco (61,4%), remover a tampa (52,4%), orientar a possibilidade de acoplamento a espaçador com máscara (51,0%), posicionamento do inalador (48,3%) e orientar expirar o máximo possível (47,6%). Os graduandos das FFs (n=83) estavam mais informados em relação à disponibilidade do inalador no SUS (22%) (p<0,02), receberam mais explicação sobre ID (92,8%) (p< 0,001), presenciaram mais alguém utilizando o ID (91,6%) (p<0,001); bem como (57%) (p=0,03). explicaram mais o uso para algum paciente de forma significativamente maior em relação às FIs. (n=62). As frequências da OCs da TI das FFs foram significativamente maiores do que aquelas das FIs para todos as etapas do ID. (p<0,01). Conclusões: Em geral, o conhecimento dos participantes sobre o ID é considerado baixo. Durante o curso, os alunos presenciaram mais as etapas da TI, recebem mais instrução sobre o ID e demonstraram melhora do conhecimento específico em todas as etapas de orientação da TI do ID.

150 DETECÇAO DE DEFICIENCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA POR GENOTIPAGEM (TESTE DE GENOTIPAGEM A1AT): DADOS DA AMERICA LATINA (2018-2023)

FLEURY, ANA CAROLINA; JARDIM, JOSE ROBERTO; ABRAHAM, ALI; ACQUIER, MARIANO FERNANDEZ; NOELIA, RAPUN; DROBNIC, ESTRELLA; PRADA, LEIDY; OSABA, LOURDES;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: A deficiência de alfa-1 antitripsina (AATD) continua sendo uma condição genética subdiagnosticada. Em 2018, foi introduzido um método de diagnóstico para DAAT, atualmente implementado na Espanha, América Latina (Argentina, Brasil, Chile e Colômbia) e Turquia. Este método consiste na realização de genotipagem multiplex com o A1AT Gentoyping Test (Progenika Biopharma) em amostras de sangue seco ou células bucais enviadas por correio ou courier e registradas em uma plataforma web. O resultado da genotipagem determina se um indivíduo é portador de mutações no gene que codifica a síntese da alfa-1 antitripsina. Objetivos: A presente análise foi proposta com o objetivo de observar a viabilidade e a continuidade do uso desse sistema diagnóstico na América Latina na avaliação das frequências alélicas na DAAT. Métodos: Foi realizada uma análise observacional transversal dos resultados do banco de dados da plataforma web entre março de 2018 e março de 2023 do registro de amostras da América Latina. Resultados: No momento da análise estavam cadastradas na plataforma 68.041 amostras, das quais 30.721 (45,15%) pertenciam à América Latina e destas, 28.960 (94,26%) foram analisadas sendo 95% das amostras pertencentes a indivíduos com mais de 50 anos de idade. A frequência das combinações alélicas mais frequentes foi MS 12,24%, MZ 4,53%, SS 0,58%, SZ 0,66% e ZZ 1,14%. Em 427 amostras (1,47%) foram encontrados alelos raros ou nulos. Adicionalmente, foram identificados 12 casos com mutações previamente não descritas. Conclusões: Esses resultados confirmam a viabilidade e a continuidade do uso ao longo do tempo desse sistema de diagnóstico de AATD realizado simultaneamente em quatro países latino-americanos. O sistema provou ser satisfatório e parece melhorar o diagnóstico oportuno de AATD.

151 DIAGNOSTICO TARDIO DE FIBROSE CISTICA (FC): UM RELATO DE CASO

CORREIA, VINICIUS EVARISTO; PEREZ, MARIA FERNANDA BOTELHO; COSTA SOUSA , NATHÁLIA COSTA; JUNIOR, ROBERTO RODRIGUES; SAN MARTÍN , SOFIA ROCHA; TONIOLI , LUÍS PAULO; PASSINI, VIVIANE VIEIRA; NEIS, MARCIO ABREU; FILHO, WILLIAM SALIBE; SOUSA , THAIS SILVA; FISS, ELIE; GUAZZELLI, ADRIANO CESAR; FACULDADE DE MEDICINA DO ABC - SANTO ANDRE - São Paulo - Brasil;

1. Objetivo A Fibrose Cística (FC) é uma exocrinopatia autossômica recessiva complexa que afeta múltiplos órgãos. Apresenta-se classicamente nos primeiros anos de vida com doença pulmonar, insuficiência pancreática, má absorção, desnutrição e é diagnosticada com teste de triagem de cloreto de suor positivo. Existe um subtipo de FC, chamado de FC atípica, que representa um desafio para os médicos devido à sua apresentação incomum e início tardio dos sintomas. Relatamos um caso de uma paciente com diagnóstico tardio de FC, descrevendo seus sintomas, idade ao diagnóstico e morbidade. 2. Métodos Mulher, cinquenta e um anos, com história de quadro de tosse recorrente e dificuldade em ganhar peso, além de episódios recorrentes de diarreia durante a infância. História familiar de irmão falecido com menos de 1 ano, sem causa definida. Negava consanguinidade, pneumopatia previa, tabagismo, exposição a mofo, aves e sem fator de risco ocupacional. Em março de 2017, apresentou quadro de tosse produtiva com secreção esverdeada associada a cansaço, adinamia e emagrecimento. Feito tratamento com antibiótico e encaminhada para ambulatório de Pneumologia. Após avaliação inicial, solicitado Tomografia Computadorizada (TC) de tórax que apresentava: bronquiectasias císticas e de tração acometendo ambos os lobos pulmonares superiores e múltiplos nódulos em lobos superiores de ambos os hemitorax e lobo médio direito. Nesta primeira avaliação foi prescrito azitromicina 500 mg três vezes na semana em dias alternados, e formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg com uma dose 2 x ao dia e solicitados novos exames conforme demostrado na Tabela 1. Tabela 1 Conforme avaliação clínica e resultado de exames na consulta de retorno (Tabela 1), foi aventada a possibilidade de fibrose cística de apresentação tardia. 3. Discussão A FC é uma exocrinopatia autossômica recessiva complexa que afeta múltiplos órgãos. Apresenta-se classicamente nos primeiros anos de vida com doença pulmonar, insuficiência pancreática, má absorção, desnutrição e é diagnosticada com teste de triagem de cloreto de suor positivo. Existe outro grupo clinicamente diverso de indivíduos com FC que geralmente tem início na idade adulta com sintomas mínimos, podendo envolver apenas um único órgão, e um teste de cloreto de suor negativo chamado FC atípica (SAGESSE; YADAVA; MANDAVA, 2020). Nas últimas décadas, a sobrevida em pacientes com FC aumentou significativamente devido ao surgimento de novas drogas. Os moduladores CFTR são uma nova classe de drogas que visam diretamente o defeito molecular anormal da proteína CFTR. 4. Conclusão Este relato de caso se justifica pela oportunidade de aumentar a conscientização e o conhecimento dos médicos sobre a apresentação clínica da FC atípica, na esperança de melhorar a identificação clínica e estabelecer dados básicos para comparação em qualquer discussão sobre triagem para FC de diagnóstico tardio.

152 DOENÇA PULMONAR EOSINOFILICA SECUNDARIO A EXPOSICOES: UM RELATO DE CASO

BANDEIRA, CESAR PIRAJÁ; CAUZZO, ISABELA SCHOENACKER; SANTOS, UBIRATAN DE PAULA; USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

INTRODUÇÃO As doenças pulmonares eosinofílicas constituem um grupo diverso de distúrbios caracterizados por um número elevado de eosinófilos no parênquima pulmonar e nas vias aéreas. Durante a investigação, é importante reconhecer as diversas patologias englobadas nesse grupo de doenças, sendo necessário a investigação direcionada. RELATO DE CASO Paciente de 52 anos, sexo feminino, ex tabagista em cessação há um mês (carga tabágica de 30 anos/maço) apresentava dispneia aos moderados esforços e tosse seca há cerca de 2 anos, com piora há 30 dias. Foi diagnosticada com DPOC e iniciado uso de dispositivos inalatórios, mas sem melhora. Refere também episódios de piora aguda dos sintomas respiratórios, maioria delas com a impressão de quadro viral sendo prescrito cursos de corticoide oral com melhora notável. Em um desses atendimentos em novembro de 2020, realizado tomografia de tórax que constatou opacidades em vidro fosco peribroncovasculares esparsas bilaterais, interpretado como quadro infeccioso viral inespecífico. Em junho de 2023, apresentou piora insidiosa dos sintomas, quando, durante investigação, foi descoberto que previamente ao início do quadro havia aumentado sua carga tabágica e iniciado uso de Desvenlafaxina. Exames laboratoriais demonstravam eosinofilia periférica de junho de 2023, de 1285 (14%) e 1465 (18%), e lavado broncoalveolar apresentava eosinofilia de 40%. Devido a suspeita de doença pulmonar eosinofílica, possivelmente associada ao uso de desvenlafaxina ou tabagismo, foi orientado a suspensão do medicamento e reforçado a cessação do tabagismo. Após um mês paciente retorna assintomática e com queda dos eosinófilos para 488 (8,8%). Nova prova de função pulmonar normal e imagem pulmonar com resolução do vidro fosco difuso, persistindo apenas áreas de atenuação em mosaico. DISCUSSÃO Descrevemos um caso de uma paciente do sexo feminino, de meia-idade, apresentando sintomas respiratórios inespecíficos e eosinofilia, associado a alteração parenquimatosa na tomográfia de tórax, sendo a doença pulmonar eosinofilica a principal hipótese diagnostica. Apesar da eventual dificuldade, a correta distinção entre as apresentações de doença pulmonar eosinofílica é de extrema importância, tendo impacto tanto no tratamento como no prognóstico do paciente. No presente caso o tabagismo e a eosinofilia pulmonar induzida por drogas são possibilidades, apesar da associação com Venlafaxina ser melhor descrita. O caso em questão demonstra a dificuldade de investigação e confirmação etiológica dentro da síndrome pulmonar eosinofílica, muitas vezes por sobreposição entre os achados clínicos, radiológicos e exposições, reforçando a necessidade de uma história clínica detalhada, incluindo histórico medicamentoso e de possíveis exposições, além de uma investigação adicional, muitas vezes necessitando exames invasivos.

153 EDEMA PULMONAR DE REEXPANSAO - RELATO DE CASO

SOUZA, RODRIGO BRASILEIRO; NERI, JAYNE LUCIVANIA SANTANA; RESENDE, ANA CAROLINA LIMA; RESENDE, ANA BEATRIZ LIMA; AQUINO, JULIA VITORIA NUNES; PITANGA, GIOVANNA GONÇALVES; GALORO, MARIA LUIZA; RIBEIRO, JUSSARA RAMOS; LIMA, MARIANA LAFETÁ; BRAGA, ANDRÉ LUÍS SIMÕES; LIMA, EVELISE;
Centro Universitário São Camilo - São Paulo - São Paulo - Brasil; Hospital Geral de Carapicuíba - São Paulo - São Paulo - Brasil;

O edema pulmonar de reexpansão (EPR) é uma complicação rara da drenagem torácica, com incidência de 1-14%, e está relacionada com a velocidade e volume da evacuação pleural. A evolução em geral é autolimitada, porém pode progredir rapidamente para insuficiência respiratória, sendo relatada taxa de mortalidade próxima a 20%. Destaca-se a importância do diagnóstico e tratamento do EPR, além de cautela ao drenar pneumotórax e derrame pleural volumosos ou colapso pulmonar prolongado. Feminino, 37anos, tabagista (22m/a). Queixa de dispneia aos moderados esforços e dor torácica após movimento súbito ao levantar-se há 01 semana, em serviço externo apresentava ao exame físico: redução dos sons pulmonares, frêmito tóraco-vocal e expansibilidade pulmonar, com hipertimpanismo à direita. Em radiografia de tórax: pneumotórax extenso, sem desvio de estruturas. Nega trauma, tosse incoercível ou fatores de aumento de pressão intratorácica. Realizado drenagem torácica com dreno pigtail com expansibilidade pulmonar após drenagem. Apresentou melhora da dispneia temporariamente, porém com retorno do sintoma após 4 horas da drenagem. Optado por realizar tomografia de tórax: presença de dreno pleural em hemitórax direito, vidro fosco difuso com espessamento de septos interlobulares e lobulares à direita e padrão em mosaico. Achados compatíveis com alteração da relação V/Q, sugestivo de congestão pulmonar por edema de reperfusão após expansão pulmonar abrupta. Realizado tratamento conservador, com melhora clínica, sendo encaminhada para ambulatório de pneumologia para investigação de etiologia do pneumotórax e cessação do tabagismo. Entende-se que o colapso pulmonar prolongado (> 72 horas) leva à hipoxemia nos pulmões, danos à parede capilar e produção reduzida de surfactante. A rápida abertura dos alvéolos causa fluxo sanguíneo súbito, resultando em aumento da permeabilidade capilar e da pressão hidrostática, levando ao acúmulo de líquido nos alvéolos e no interstício, desenvolvendo edema. Na tomografia de tórax manifesta-se por achados não específicos de EPR como padrão de vidro fosco, espessamento do septo interlobular, consolidação e áreas de atelectasia. Pacientes jovens (<40 anos), com pneumotórax maiores que 30%, drenagem superiores à 1,2L ou atelectasia prolongada são mais propensos a desenvolver EPR. A apresentação clínica é caracterizada por um rápido início de dispneia, tosse persistente, e taquipneia, comumente dentro de 1-2 horas após a drenagem torácica. Outros sinais são diminuição da saturação de oxigênio, taquipneia, taquicardia, escarro rosado e instabilidade hemodinâmica. Em sua maioria, os pacientes apresentam boa resposta ao tratamento de suporte com oxigênio e ventilação não invasiva, mas casos mais críticos podem necessitar de intubação endotraqueal e suporte hemodinâmico. Vale ressaltar as medidas preventivas de EPR, como controle da rapidez da reexpansão, retirada de volumes inferiores a 1,5L em 1h e evitar pressões elevadas de sucção.

154 ENVOLVIMENTO DAS VIAS AEREAS EM PACIENTES COM PENFIGOIDE DAS MEMBRANAS MUCOSAS: RELATO DE DOIS CASOS

MACHADO, LARA NASCENTES; DE OLIVEIRA, FRANCINI ROSSETTO; ALMEIDA , BEATRIZ VILACIAN; CASEIRO, MAYRA DUARTE; SAITO, CAMILA HANAE FILGUEIRA; RACHED , SAMIA ZAHI; ATHANAZIO, RODRIGO ABENSUR;
Instituto do Coração HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

O penfigoide das membranas mucosas (PPM), também chamado de penfigoide cicatricial,é uma condição rara caracterizada por tendência à formação de cicatrizes. Afeta predominantemente idosos e mulheres. Clinicamente, acomete uma ou mais mucosas, podendo resultar em cicatrizes, sendo o envolvimento cutâneo menos comum. As mucosas mais afetadas, em ordem decrescente, são bucal, ocular, nasal, nasofaríngea, anogenital, pele, laringe e esôfago. Paciente 1, sexo masculino, 34 anos, com PPM desde 2014. Apresenta acometimento ocular (sinéquias), esofágico, laríngeo, traqueal e cutâneo . Biópsia de traquéia, laringe, esôfago e pele perilesional revelaram imunofluorescência com depósito lineares de IgG e C3 na zona da membrana basal, confirmando o diagnóstico. Devido a estenose laringotraqueal longa foi traqueostomizado aos 23 anos. Tentativas de tratamento com dilatações e colocação de tubo T foram realizadas. Fez uso de micofenolato de 2016 a 2017. Em 2018 começou rituximabe além de corticoterapia oral. Perdeu seguimento e retornou em 2022 com quadro de piora importante da dispneia. Tomografia de Tórax revelou estenose brônquicas e bronquiectasias. Broncoscopia confirmou estenose laríngea, traqueal e brônquica do lobo inferior direito. Biópsia endobronquica apresenta imunofluorescência anti-IgG homogênea, moderada, continua na zona da membrana basal. A reintrodução do rituximabe e corticoterapia foi escolhida como tratamento. Paciente 2, sexo feminino, 39 anos com PPM desde 2014 com atividade em laringe e mucosa bucal. Em uso de traqueostomia desde 2014. A tomografia de tórax revelou espessamento parietal difuso na traqueia e brônquios principais com discreta redução da luz, além de opacidades em vidro fosco em ambos os pulmões sugerindo pneumonia organização. Broncoscopia evidenciou estenose laríngea completa, mucosa da traquéia e árvore brônquica difusamente edemaciada com eritema. Biópsia endobrônquica da traqueia e carina apresentam imunofluorescência anti-IgG homogênea, moderada, continua na zona da membrana basal. O tratamento consistiu na terapia com rituximabe e prednisona. Em casos de PPM, é incomum encontrar um envolvimento específico dos brônquios. Esta situação é pouco compreendida e está associada a um prognóstico desfavorável. A possibilidade desse envolvimento brônquico decorre da expressão de antígenos-alvo potenciais dos autoanticorpos PPM no epitélio brônquico, o que pode ser influenciado pela metaplasia Malpighiana. É importante estar atento a sintomas respiratórios leves e, quando não houver uma explicação clara para eles, deve-se considerar a possibilidade de envolvimento dos brônquios, especialmente em casos graves de PPM de início precoce. A broncoscopia com biópsia e o teste imunofluorescência direta são os métodos padrão ouro para diagnóstico.

155 ESPLENOSE TORACICA - UM RELATO DE CASO

FILGUEIRA SAITO, CAMILA HANAE; MARQUESINI SANCHES, FELIPE; NASCENTES MACHADO, LARA; CARUSO CHATE, RODRIGO;
HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Esplenose torácica (ET) é um autoimplante de tecido esplênico na cavidade torácica após trauma abdominal com lesão do baço e ruptura diafragmática. A maioria dos casos é assintomática e o diagnóstico é incidental por meio de tomografia computadorizada (TC) evidenciando lesão pulmonar sólida. Pela história clínica e achados radiológicos compatíveis, suspeita-se da etiologia de ET, e a sua confirmação é possível após cintilografia específica. No entanto, o desconhecimento da ET pode levar a investigações demoradas e a procedimentos invasivos, expondo o paciente a riscos. Relatamos o caso de um paciente esplenectomizado por trauma abdominal há 24 anos, apresentando lesões sólidas pleurais em TC, sendo submetido a biópsia transtorácica e diagnóstico de ET. Relato de Caso: Paciente masculino, 61 anos, ex-tabagista, com quadro de tosse e febre, apresentando melhora sintomática após tratamento com antibiótico. Realizada TC de tórax, na qual se observou opacidades pulmonares bilaterais, mais exuberantes no lobo médio, além de lesões sólidas subpleurais à esquerda. Ainda em serviço externo, submetido a TC de controle, cerca de 03 meses após quadro inicial, mantendo alterações citadas. Optado, portanto, por encaminhamento ao nosso serviço. Admitido com queixa apenas de tosse seca. Questionado ativamente, referiu passado de lesão por arma de fogo em 1999, com trauma abdominal e saída do projétil pelo hemitórax esquerdo e necessidade de esplenectomia. Solicitada biópsia transcutânea por radiointervenção da lesão sólida pulmonar esquerda, diante da possibilidade de neoplasia. O anatomopatológico evidenciou hiperplasia linfóide, compatível com ET. Discussão: A esplenose é um autotransplante do tecido esplênico em sítios ectópicos. Trata-se de uma entidade benigna e ocorre após ruptura traumática do baço ou esplenectomia. A ET é a mais incomum, sendo descrita em até 18% dos casos de esplenose. É um achado majoritariamente incidental, pois os pacientes são, em geral, assintomáticos e já transcorrido longo período desde o trauma inicial. Raros pacientes apresentam dor pleurítica ou hemoptise. O aspecto radiológico é inespecífico na TC ou ressonância magnética - uma lesão pleural com realce ao contraste. Logo, o diagnóstico diferencial é amplo, incluindo mesotelioma, neoplasia pulmonar, linfoma, tumor neurológico ou metástase. Diante de anamnese e alteração radiológica compatível, o exame com maior sensibilidade e especificidade para confirmação diagnóstica é a cintilografia 99mTc com hemácias esferocitadas. A remoção cirúrgica do tecido esplênico, em sua maioria viável, não é recomendada. A biópsia ou abordagem cirúrgica da lesão visando diagnóstico, torna-se dispensável quando a cintilografia é disponível. Contudo, diante do desconhecimento da ET e a possibilidade de diagnóstico diferencial com neoplasia, muitos pacientes, incluindo o descrito neste relato, são submetidos desnecessariamente a procedimentos invasivos e passíveis de complicações.

156 GRANULOMATOSE COM POLIANGEITE EM SUA FORMA LIMITADA- UM RELATO DE CASO

ROTONDANO, MILLA; GALENO, OZEAS;
HOSPITAL SANTA MARCELINA - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: A granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma vasculite que acomete vasos de pequeno e médio calibre e é caracterizada pelo envolvimento de múltiplos órgãos e sistemas. A doença é mais comumente associada ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (p-ANCA) e ao anticorpo anti-proteinase 3 (anti-Pr3). Histologicamente é caracterizada por inflamação granulomatosa necrosante. Clinicamente pode se manifestar com nódulos pulmonares randômicos, sinusopatia destrutiva, além de glomerulonefrite pauci-imune necrosante e hemorragia alveolar. Relato de caso: Paciente, sexo masculino, 47 anos, com perda ponderal (16kg em 30 dias), sinusite e hemorragia nasal importante, sendo necessária hospitalização. Exame físico sem alterações dignas de nota. TC de seios da face evidenciava pansinusopatia com pólipos e TC de tórax apresentando nódulos pulmonares randômicos difusamente distribuídos. Optado por realização de biópsia de seios da face com resultado de processo inflamatório granulomatoso com necrose e biópsia de nódulo pulmonar resultando em processo inflamatório granulomatoso necrosante. Exames laboratoriais com dosagem de anticorpos ANCA e ELISA anti-Pr3 reagentes e sem outras disfunções orgânicas. Iniciado prednisona e metotrexato evoluindo após alguns meses com melhora das opacidades nodulares e da sinusopatia. Discussão: A GPA faz parte do grupo de vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (p-ANCA). Afeta pessoas entre a quarta e sexta décadas de vida, sem disparidade de sexos. O acometimento de vias aéreas superiores é a manifestação clínica mais frequente e o pulmão é acometido em cerca de 45% dos casos. O diagnóstico da GPA é baseado em critérios clínicos, radiológicos, sorológicos e anatomopatológicos. A recomendação atual da Academia Americana de Reumatologia (ACR) e Associação Européia de Reumatologia (EULAR) é a avaliação através do escore de critérios diagnósticos, atualizado em 2022, que atribui peso aos diferentes achados encontrados. Quando o resultado é maior do que cinco pontos o diagnóstico pode ser estabelecido com sensibilidade e especificidade de 93% e 94%, respectivamente. O tratamento é realizado com emprego de esteróides e drogas imunossupressoras e a escolha do esquema terapêutico irá depender da forma de apresentação da doença. Nas formas limitadas, como no presente caso, normalmente são utilizadas medicações por via oral como prednisona, metotrexate e/ou azatioprina, enquanto nas formas extensas e ameaçadores a vida são empregadas medicações endovenosas como pulsoterapia de metilprednisolona, ciclofosfamida, rituximab e até imunoglobulina.

157 HIPERTENSAO PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA: UMA CAUSA DE DISPNEIA PERSISTENTE APOS TEP AGUDO

MENEZES, CEILA BEATRIZ OLIVEIRA; CARDOSO, TAINÁ GUIMARÃES; MONTAL, ANDRÉ BANDEIRA DE MELO JORGE; BARRETO, GABRIELA LIMA; RÊGO, KEVIA SOUSA; LOUREIRO, BRUNA MELO COELHO; DANTAS , FERNANDA DE SOUZA E SILVA; SERRA, JULIANE PENALVA COSTA; LOUREIRO, CAMILA MELO COELHO; MARINHO, JAMOCYR MOURA;
Hospital Santa Izabel - SALVADOR, BAHIA, BRASIL - Bahia - Brasil;

Introdução A Hipertensão Pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é caracterizada por obstrução arterial pulmonar secundária a tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo não resolvido, após 3 meses de anticoagulação terapêutica, mantendo como sintoma principal dispneia crônica. Relato de caso Feminino, 41 anos, hipertensa, obesidade grau III, compareceu em consulta médica em julho de 2022 relatando dispneia aos mínimos esforços, acompanhada de lipotimia e dor torácica, dispneia paroxística noturna, ortopneia e edema de membros inferiores, de início há 2 anos, após diagnóstico de TEP agudo concomitante à infecção respiratória pelo vírus SARS-CoV-2. Fez uso de anticoagulação terapêutica por 3 meses de maneira irregular. Ao exame físico, identificado discreta estase de jugulares, B2 hiperfonética em foco pulmonar, edema com cacifo (2+/4+) e sinais de insuficiência venosa periférica. Anticoagulante lúpico positivo. Angiotomografia de tórax (01/11/22): rombo mural excêntrico crônico na artéria interlobar inferior esquerda e interrupção do ramo segmentar superior do lobo inferior homolateral; aumento da relação artéria-brônquio intrapulmonar e aumento do calibre do tronco arterial pulmonar (3,3 cm); cardiomegalia com sobrecarga de câmaras direitas e retificação do septo interventricular; aumento da relação VD/VE. Cintilografia de perfusão pulmonar (25/11/22): múltiplos defeitos perfusionais em cunha em ambos os pulmões. Cateterismo cardíaco de câmaras direitas (04/11/23): PmAP 50,6 mmHg, PoAP 7 mmHg, RVP 854 dyn.seg/cm5. Diante dos achados, foi diagnosticada com HPTEC, encaminhada para internação em abril de 2023 para tratamento cirúrgico com tromboendarterectomia pulmonar, a qual transcorreu sem intercorrências. Apresentando PSAP 95 mmHg pré-cirúrgica, com queda para 29 mmHg no pós operatório imediato. Paciente evolui com estabilidade clínica, recebendo alta hospitalar em uso de anticoagulação terapêutica e sem terapia vasodilatadora pulmonar. Discussão A HPTEC é uma complicação tardia do TEP agudo (até 2 anos), com incidência de 6,3% e classificada como hipertensão pulmonar do grupo 4. Diante da gravidade, as diretrizes atuais recomendam avaliação diagnóstica adicional em pacientes com dispneia persistente e limitação ao exercício após um episódio de TEP. A paciente em questão tinha fatores de riscos conhecidos para dispneia crônica, incluindo episódio trombótico prévio, obesidade, anticoagulante lúpico positivo, infecção pelo vírus SARS-CoV-2 e um período de anticoagulação inadequada. O rastreio é realizado por ecocardiograma transtorácico e o diagnóstico é dado pelo achado de obstrução vascular associada a hipertensão pulmonar pré-capilar com hiperresistência vascular pulmonar no cateterismo direito. A triagem de rotina para HPTEC é de extrema importância pela possibilidade de cura com o tratamento cirúrgico. Pacientes não candidatos à cirurgia são tratados com vasodilatador pulmonar associado ou não à angioplastia pulmonar Suporte financeiro Não houve.

158 IMPACTO DO USO DE IVACAFTOR EM PACIENTES COM MUTAÇOES DE CLASSE III EM UM CENTRO DE REFERENCIA ADULTO DE FIBROSE CISTICA

ALMEIDA, BEATRIZ VILACIAN; RACHED, SAMIA ZAHI; LIMA, RENATO MIRANDA; ENDLICH, BLENDA NUNES; PASSOS, HOMERO RODRIGUES DOS; MACHADO, LARA NASCENTES; CASEIRO, MAYRA DUARTE; MAIA, ANA LUISA PIMENTEL; SILVA, THAIS MOREIRA DE FIGUEIREDO; SANTOS, GERSON DE ALMEIDA CORREIA; AMATUZZI, RAFAELA PEREIRA; PARODI, LUDMILA NEVES DE; ATHANAZIO, RODRIGO ABENSUR;
USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva grave associada a baixa expectativa de vida. Nos últimos anos, uma nova classe de medicamento, modulares da CFTR, surgiram com o potencial de corrigir o defeito básico da doença e restaurar a função da proteína afetada. O ivacaftor foi o primeiro desses medicamentos aprovado para os pacientes com FC, sendo classificado como um medicamento potencializador, indicado para pacientes com mutação de gating (classe III). A incorporação da medicação no SUS ocorreu recentemente e faz-se necessário avaliar a efetividade deste tratamento em nosso meio. Objetivos: Avaliar a efetividade do uso do ivacaftor em pacientes com mutações de classe III no centro de referência adulto de FC da disciplina de Pneumologia do InCor HCFMUSP. Métodos: Estudo retrospectivo com análise dos prontuários dos pacientes em uso de ivacaftor na instituição. Foram avaliados desfechos de função pulmonar (espirometria), nutricionais (peso), qualidade de vida (CFQ-R domínio respiratório) e níveis de cloreto no suor. Foram coletados dados considerando o período de 28 a 36 semanas antes e após o início da medicação. As consultas e exames foram avaliados de 2019 a 2023. Resultados: Foram incluídos 9 pacientes, sendo 5 do sexo masculino, com idade média de 24,6 anos. A mutação mais comumente identificada foi a S549R, presente em 8 pacientes. Após o início do ivacaftor, foi observado um aumento médio de 14,4% no VEF1 predito, de 2,0 kg no peso, de 1,18 pontos no IMC e de 33,33 pontos no domínio respiratório do CFQ-R. Para os três pacientes em que foi possível realizar a coleta de cloreto no suor antes e após o início da medicação, foi observada uma redução de 46 mmol/L no teste do suor. Conclusões: Os resultados encontrados são semelhantes aos observados nos estudos pivotais do ivacaftor que demonstraram aumento de 10,4% de VEF1, sendo já observado aumento expressivo de 9,3 pontos percentuais no 15o dia de tratamento. Ademais, houve ganho de 3,1 kg de peso, 5,9 pontos no domínio respiratório do CFQ-R e redução de 48,7 mmol/L no cloreto no suor. O uso de ivacaftor em indivíduos adultos com FC e mutações de classe III mostrou-se efetivo, apresentando benefícios funcionais, nutricionais e na qualidade de vida. Estes dados contribuem para avaliação da incorporação recente deste medicamento no SUS, sendo imprescindível a manutenção do fornecimento do medicamento a estes indivíduos.

159 IMUNODEFICIENCIA COMUM VARIAVEL NO CONTEXTO DA COVID-19

FREITAS DE MELO, ANA CAROLINE; RABAHI, MARCELO FOUAD; SCHUWARTZ TANNUS , DANIELA GRANER; ALMEIDA PRADO, LORENNA JUNQUEIRA; OLIVEIRA CARDOSO, AMANDA DA ROCHA; VELASCO, FLAVIA CASTRO; GALVÃO FERREIRA, ANNA CAROLINA; CURTI PIMENTEL, RAFAELLA OLIVEIRA; LOPES, LAIS ROCHA; RABAHI, MATHEUS; DOMINGOS DE SOUSA, ISABELLA SOARES; ROMAO, VINICIUS DOS SANTOS; DE OLIVEIRA, THALLES PIRES; DE OLIVEIRA, SABRINA NUNES; DE QUEIROZ, MATHEUS ABNER; RIBEIRO, KAIO PALMEIRA; CURTI, MARYANA OLIVEIRA;

Hospital das Clínicas de Goiás - UFG - Goiânia - Goiás - Brasil;

INTRODUÇÃO: A imunodeficiência primária trata-se de um distúrbio genético que compromete a função do sistema imunológico, tornando os indivíduos afetados mais suscetíveis a infecções recorrentes, afetando a gravidade de doenças como a Covid-19. No seguinte caso mostra a importância da investigação minuciosa mais intervenção terapêutica direcionada e como a imunodeficiência primária apresentou-se durante a pandemia Covid-19. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 26 anos, nega consumo de álcool ou tabaco, apresenta quadros de pneumonias de repetição há 3 anos após infecção por SARS-CoV-2. Informa histórico de asma desde a infância, em uso de corticoide inalatório de forma irregular. Na família, a tia materna tem Tireoidite de Hashimoto. Em março de 2023, após apresentar tosse produtiva, febre, dor torácica e dessaturação, foi diagnosticada com pneumonia associada à derrame pleural à esquerda. Necessitou de múltiplos esquemas de antibióticos sem melhora expressiva, sendo encaminhada para internação no HC-UFG em abril de 2023. A tomografia de tórax apresentou derrame pleural loculado e toracoscopia com pleurite agudizada não granulomatosa e inespecífica. Análise do líquido pleural com BAAR; GRAM; TRM-TB; cultura de fungos, bactérias aeróbias e micobactérias negativos. Paciente recebeu alta hospitalar após melhora do quadro geral com prescrição de clenil 200 mcg. Após 1 mês, retornou com um quadro de infecção das vias aéreas superiores e agravamento da tosse com escarro amarelado. Nova tomografia de tórax revelou aumento bilateral de nódulos centrolobulares nos ápices pulmonares, indicando processo inflamatório infeccioso. A tomografia dos seios da face evidenciou espessamento mucoso moderado e difuso nas cavidades paranasais e por preenchimento líquido. A broncoscopia evidenciou sinais de inflamação crônica na árvore brônquica e a endoscopia digestiva alta indicou sinais sugestivos de esofagite eosinofílica. Diante dos episódios de pneumonia de repetição, sinusite e ceratite herpética recente, suspeitou-se de uma possível imunodeficiência primária. Na investigação apresentou redução nas imunoglobulinas IgA, subclasses de IgG, células NK, gamaglobulinas e B-2 globulina, e anti-HBs não reagentes. Com base nesses achados, foi instituído o tratamento para imunodeficiência comum variável (IDCV) com predomínio humoral combinado ao uso de broncodilatadores. A paciente obteve melhora clínica e progresso nos exames laboratoriais, dispensando o suporte de oxigênio domiciliar. DISCUSSÃO: Achados imunológicos associados à história clínica corroboram a hipótese de IDCV e o tipo de imunodeficiência torna-se relevante ao tratamento[1]. Durante pandemia Covid-19 pacientes com ICV apresentaram maior morbidade e até mesmo atraso no diagnóstico da imunodeficiência[2]. Portanto, esse caso clínico reforça a necessidade de se realizar uma análise imunológica de pacientes com histórico clínico compatível, especialmente nos casos iniciados durante ou após Covid-19.

160 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA ASSOCIADA A EVOLUÇÃO DE OSTEOPOROSE JUVENIL IDIOPÁTICA PARA CIFOSE DE SCHEUERMANN: UM RELATO DE CASO.

MACHADO, MARCELO QUIRINO DE MOURA; DOS SANTOS, AMANDA COMEGNA; PAZETO, LAURA FERREIRA FRANÇA;

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo - Brasil;

A cifose de Scheuermann, também conhecida como doença de Scheuermann, é uma condição que envolve uma curvatura anormal e excessiva da coluna vertebral. Envolve os corpos vertebrais e os discos da coluna vertebral e é caracterizado por um encunhamento anterior maior ou igual a 5 graus em três ou mais corpos vertebrais adjacentes. A doença de Scheuermann tipo 1 envolve a coluna torácica, enquanto o tipo 2 envolve a coluna torácica e lombar. A Osteoporose Juvenil Idiopática é uma condição incomum, com poucos relatos de casos na literatura. Séries relatadas indicam que é uma condição que acompanha classicamente fraturas vertebrais e metafisárias durante os anos pré-púberes imediatos, mas que parece se desenvolver naturalmente durante a puberdade. A associação dessas duas doenças descritas com quadro evolutivo de Insuficiência Respiratória Crônica tipo 2 (PCO2 maior que 45 mmHg), por acometimento da caixa torácica, torna-se um desafio terapêutico e, por isso, iremos descrever um relato de caso acerca deste tema. Paciente, aos 17 anos , em 1998, iniciou artralgias em joelhos, principalmente, à movimentação, evoluindo para lombalgia em cerca de meses, de caráter progressivo, à movimentação, sendo detectada leve escoliose ao exame radiográfico quando passou por ortopedista. Realizou fisioterapia para melhora da dor, porém, começou a apresentar deformidades em caixa torácica e dor crônica, evoluindo com redução da estatura de maneira progressiva (estatura aos 17 anos em torno de 1,74 m, estatura atual aos 42 anos de 1,53 m). Foi submetido a avaliação da equipe de Endocrinologia e Ortopedia da Instituição, com hipótese de Osteoporose Juvenil Idiopática, com várias fraturas vertebrais espontâneas e densitometria óssea compatível (z score da região lombar L2-L4 de -10 DP). De maneira evolutiva, houve curvatura anormal e excessiva da coluna vertebral, envolvendo os corpos vertebrais e os discos com encunhamento anterior maior ou igual a 5 graus em três ou mais corpos vertebrais adjacentes, sendo diagnosticado, também, com doença de Scheuermann. Em 2014, aos 34 anos, iniciou quadro de desconforto respiratório para dormir, diante de hipercapnia (PCO2 de 67 mmHg) relacionada a progressão de deformidade da caixa torácica, iniciou uso de bipap, no período noturno. Desde então, evoluiu com piora da dispneia aos esforços e fraqueza muscular em 2018, com queda da saturação (PO2-51,5 mmHg), com início do uso associado de oxigênio domiciliar por 16 horas ao dia desde Março de 2019. Considerando as últimas diretrizes para uso de Bipap em doenças que incorrem em hipoventilação e hipercapnia, pacientes com PCO2 acima de 45 mmHg, possuem indicação de uso de bipap noturno.Neste caso, ajustamos uma Pressão Inspiratória para 18 mmHg com Pressão Expiratória de 8, estabelecendo um delta de pressão em torno de 10 mmHg, a fim de manter um hipercapnia permissiva, mas com Ph adequado e conforto respiratório , a despeito da evolução da doença.

161 LEIOMIOMATOSE BENIGNA METASTATIZANTE PULMONAR COM PADRAO NODULAR RANDOMICO

ARAUJO, NAIANA MOTA; CARDOSO, ISABELLA MARIA DA SILVA; JATOBÁ, THAYSA KARLLA DE ALBUQUERQUE; MENCATO, LUANA PORTO; TEIXEIRA, ALINA KARIME AUSTREGESILO DE ATHAYDE; BEZERRA, GRASIELLE SANTOS; TOJAL, ANAELZE SIQUEIRA TAVARES; SILVA, MARCELL COUTINHO DA; ALMEIDA, MARIA LUIZA DORIA; NETO, JOSE BARRETO; LIMA, FRANCISCO JOSE NASCIMENTO; ANDRADE, JULIANA DANTAS; FILHO, EDSON FRANCO; ARAUJO, GEORGE ANDRE DE ALMEIDA; MENEZES, GABRIELLA VASCONCELOS DE; OLIVEIRA, HEKTOR SILVA; ROCHA, BRENDA MEIRA;
HU-UFS - ARACAJU - Sergipe - Brasil;

Relevância do caso relatado: Este relato é relevante devido a escassez de publicações na literatura mundial da condição clínica e ausência de protocolos terapêuticos. Além disso, a apresentação clínica grave e atípica da paciente gera muitos questionamentos que precisam ser discutidos e estudados.História da doença atual:Mulher,42 anos,dá entrada com tosse seca, dispneia progressiva e perda ponderal de 15kg há 4 meses.História da doença pregressa: Histerectomia por miomatose há 10 anos.Exame físico:Emagrecida,ausculta pulmonar com creptações finas difusas, saturação em ar ambiente 80%, frequência respiratória de 32ipm.Exames complementares:À TC de tórax:incontáveis nódulos sólidos de distribuição hematogênica, alguns confluentes, acometendo difusamente os pulmões. O maior medindo 3,9cm; ausência de linfonodomegalia mediastinal.Diagnótico:Foi aventada hipótese diagnóstica de implantes neoplásicos secundários.Realizou-se exames complementares para rastreio de possível sítio neoplásico primário, porém sem achados relevantes.Foi optado realizar uma biopsia pulmonar cirúrgica.O resultado da histologia apontou múltiplos focos de neoplasia fusocelular sem atipias, baixa celularidade, ausência de necrose e figuras de mitose.Na imuno-histoquímica houve expressão intensa para actina, desmina e receptor de estrogênio. Foi então firmado o diagnóstico de leiomiomatose benigna metastatizante.Evolução:Paciente foi submetida a ooforectomia bilateral para bloqueio hormonal e recebeu alta com O2 domiciliar 2l/min.Em reavaliação ambulatorial 2 meses após,evidenciou-se piora clínica e radiológica, sendo então introduzido raloxifeno 60mg/dia. Atualmente a paciente encontra-se com dispneia mMRC 2 em uso de O2 2l/min 24h/dia e foi encaminhada para avaliação com equipe de transplante pulmonar. Discussão: A leiomiomatose metastatizante benigna é uma condição rara que em geral é descoberta acidentalmente.A maioria das pacientes são assintomáticas e os sintomas quando presentes(30%),são inespecíficos e dependem da extensão,localização e número das lesões.O histórico de mioma ou histerectomia por miomatose é fundamental para a suspeita diagnóstica.Os nódulos pulmonares podem ser encontrados desde 3 meses até 20 anos após a histerectomia.A principal hipótese etiológica é a teoria do transporte de células musculares lisas através de vasos sanguíneos e linfáticos.O exame de imagem é indistinguível de uma metástase pulmonar maligna.Os nódulos podem ser solitários ou múltiplos, de variados tamanhos.O diagnóstico requer histologia com fibras musculares lisas, baixo índice mitótico e a ausência de necrose e atipia.Imunohistoquímica mostra forte expressão hormonal a estrogênio e progesterona.O tratameno é baseado no bloqueio hormonal cirúrgico ou químico. É possível ressecção cirúrgica dos nódulos mais exuberantes.A resposta as terapias hormonais variam, podendo haver estabilização dos nódulos e sintomas em alguns casos e em outros progressão e necessidade de transplante pulmonar.

162 LESAO PULMONAR SECUNDARIA A SIFILIS: UM RELATO DE CASO

ALMEIDA, BEATRIZ VILACIAN; COLARES, PHILIPPE FIGUEIREDO BRAGA; PASSOS, HOMERO RODRIGUES DOS; CASEIRO, MAYRA DUARTE; MACHADO, LARA NASCENTES;
USP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível altamente prevalente no Brasil. Em geral, acomete nos estágios iniciais região genital, pele e linfonodos, e, tardiamente, ossos, coração e sistema nervoso. O acometimento pulmonar pela sífilis é raro, em 1 a 12,5% dos casos. Coleman et al. (1983) desenvolveram critérios diagnósticos para sífilis pulmonar sem a necessidade de procedimentos invasivos: achados clínicos típicos, positividade sorológica, anormalidades pulmonares em exame de imagem, exclusão de outras doenças pulmonares e resposta radiológica ao tratamento. Descrição do caso: Mulher, 38 anos, com história de lesões purpúricas de caráter ascendente e pruriginosas há 1 mês, associadas a febre, dor abdominal, diarreia e vômitos, há 2 semanas. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou nódulos pulmonares subpleurais bilateralmente, não calcificados, sendo o maior escavado. Negava sintomas respiratórios, neurológicos, visuais e reumatológicos. Realizada avaliação com exames laboratoriais, que evidenciaram aumento de provas inflamatórias, sem leucocitose, pesquisa de autoanticorpos e sorologias para fungos negativas. VDRL positivo com título 1/128, com anticorpo específico positivo, sendo que, no ano anterior, apresentava VDRL não reagente. Realizada biópsia de lesões de pele com resultado sugestivo de vasculite leucocitoclástica com moderado infiltrado linfocitário rico em neutrófilos. A pesquisa por depósitos de imunoglobulinas foi negativa, e a pesquisa de Treponema pallidum foi inconclusiva. Diante do quadro sistêmico e sorologia reagente com altos títulos, realizado diagnóstico de sífilis latente de duração indeterminada, e submetida a tratamento com 3 doses de penicilina benzatina, com redução do título de VDRL. Indicada biópsia de nódulo pulmonar eletivamente, porém não realizada, pois paciente teve involução das lesões no período, após o tratamento. As lesões de pele também tiveram melhora significativa. O acometimento pulmonar pela sífilis pode acontecer nas formas congênitas, secundárias e terciárias. Quando presentes, as lesões se apresentam em geral como opacidades nodulares subpleurais. Raramente ocorre derrame pleural ou linfonodomegalia. A investigação de diagnósticos alternativos é de suma importância, principalmente em pacientes HIV positivos. Nesse sentido, em muitos casos, a biópsia pulmonar pode ser indicada. Não há descrição histopatológica característica da doença e a visualização direta do T. pallidum é rara. Porém, a biópsia guarda seu valor ao afastar diagnósticos alternativos, como neoplasias, doenças fúngicas, nódulos reumatoides, vasculite e embolização séptica. A investigação de diagnósticos diferenciais, no entanto, não deve retardar o tratamento caso a sífilis tenha sido diagnosticada a partir de testes sorológicos e quadro clínico, como no caso relatado. O tratamento precoce além de evitar complicações, auxilia na definição diagnóstica em caso de lesões pulmonares com base na resposta terapêutica.

163 LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

RUIZ BARBOSA , KARINA; PISSOLATTI PELLUCCI, KLEBER; FINOTTO GALERA, NATÁLIA; BOCATO, ANA CLARA; RODRIGUES RIBEIRO, BRUNA CAROLINE; DARLI BERTELLI BUENO, VITÓRIA;
Hospital Santa Marcelina - São Paulo - São Paulo - Brasil;

JUSTIFICATIVA: A linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM) é uma doença rara, de difícil diagnóstico que acomete quase exclusivamente mulheres em idade reprodutiva e se caracteriza pela proliferação de células musculares lisas atípicas nas vias aéreas, vasos sanguíneos e linfáticos, podendo ser esporádica ou estar associada a mutação nos genes do complexo esclerose tuberosa (CET). RELATO DE CASO: Sexo feminino, 40 anos, procurou atendimento por dispneia progressiva há um ano, piorada há 30 dias, associada a perda ponderal nos últimos três meses e dor em dorso e flanco esquerdo. Antecedente de histerectomia, há um ano, por leiomioma. Negava tabagismo e exposições dignas de nota. Ao exame estava taquipneica, FR: 24 irpm, SpO2: 92% em ar ambiente e MV+ diminuído em base de hemitórax direito e metade inferior de hemitórax esquerdo. Abdome com ascite moderada e edema simétrico +2/+4 em MMII. RX tórax: derrame pleural bilateral. Toracocentese diagnóstica: líquido turvo, opalescente, exsudativo linfocítico com ADA baixo. Optado por internação hospitalar para drenagem torácica e antibioticoterapia. EVOLUÇÃO: No 100DIH a paciente se mantinha com grande volume de drenagem pleural e piora da turbidez sendo levantada suspeita de quilotórax e requisitado reanálise do líquido pleural e TC de tórax. A toracocentese revelou triglicérides de 3000 mg/dL confirmando o quilotórax. A TC de tórax evidenciou cistos homogêneos distribuídos difusamente pelos pulmões, além de pequena ascite. Solicitada avaliação da Pneumologia que sugeriu diagnóstico de LAM, orientou dieta pobre em gorduras e nutrição parenteral. A paciente evoluiu com melhora clínica, diminuição da ascite e derrame pleural permitindo a retirada do dreno e alta hospitalar com encaminhamento para serviço de referência. DISCUSSÃO: A LAM é uma enfermidade rara que apresenta como manifestações 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 exige biópsia, contudo pode ser estabelecido pela epidemiologia e presença de sinais clínicos e achados característicos aos exames de imagem, além da dosagem sérica do VEGF-D > 800 pg/mL. Neste caso, o diagnóstico se deu pelos cistos pulmonares em uma mulher fértil associado a derrame quiloso e antecedente de leiomioma uterino. O tratamento consiste no uso de broncodilatadores, drenagem de tórax, ressecção nos grandes angiomiolipomas e até transplante de pulmão. Em 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 com a redução da ascite e derrame pleural o paciente foi encaminhado para tratamento em centro especializado.

164 PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO APRESENTANDO SINDROME DO PULMAO ENCOLHIDO.

VIEIRA DA COSTA JUNIOR, JOSE RENAN; RODRIGUES DA CUNHA STOIANOV, THIAGO; HENRIQUE AZEVEDO SANTOS, SILVIO; LAGUNA BIANCHI, LETICIA; ABREU BANDEIRA, THALYSSA; DOS SANTOS OLIVEIRA VIANNA, ELCIO; ALVES, LUIS RENATO; IGNACIO DE PADUA, ADRIANA; ANTUNES CETLIN, ANDREA; TADAO WADA, DANILO; VILLELA GARCIA, ROSÂNGELA; SANTOS NUNES, ROOSEVELT; BEZERRA DE MENEZES, MARCELO; PIPPA GADIOLI, LEONARDO;
Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil;

A síndrome do pulmão encolhido (“shrinking lung syndrome”) é uma forma rara de acometimento pulmonar associada lúpus eritematoso sistêmico em 1% a 6% dos casos. Seu quadro clínico, eventualmente, cursa com dispneia, dor torácica pleurítica, perda progressiva dos volumes pulmonares e ausência de sinais tomográficos de intersticiopatia e/ou pleuropatia. Paciente do sexo feminino, 35 anos, com diagnóstico de Lúpus eritematoso sistêmico, desde 2014, com histórico de internações ora devido à nefrite lúpica, ora a anemia hemolítica, pericardite autoimune e trombose venosa profunda. Durante período de seguimento, excluída síndrome do anticorpo antifosfolipídeo. Como tratamentos instituídos, pulsoterapia com metilprednisolona, ciclofosfamida e imunoglobulina endovenosa (em vigência de anemia hemolítica grave). À avaliação, pela equipe da Pneumologia de nossa instituição, refere queixa de dispneia aos mínimos esforços, associada à dor torácica difusa, bilateral, quando inspiração profunda e ao decúbito dorsal, desde 2020. Ao exame físico, sinais de artrite em segunda e quinta interfalangianas distais direitas, com fenômeno de raynaud em respectivos dedos, associado a frequência ventilatória de 30 incursões respiratórias por minuto, sem sinais de esforço ventilatório. Após a exclusão de causas cardiovasculares, realizada tomografia de tórax de alta resolução, com ausência de alterações intersticiais ou pleurais. Entretanto, em corte coronal, evidenciada, elevação de cúpulas diafragmáticas e redução volumétrica pulmonar. A ultrassonografia diafragmática revelou velocidade de contração reduzida (0,5 cm/s) e atrofia muscular. Pletismografia com 0,81 litro (23%) de capacidade vital forçada, 0,81 litro (28%) de volume expiratório forçado e 2,0 litros (41%) de capacidade pulmonar total. Medidas de pressões inspiratória e expiratória de 42 e 45 cmH2O (45% e 48%), respectivamente e ventilação voluntária máxima de 60,26 litros/minuto (44%). Positividade em FAN membrana nuclear e nuclear homogêneo (1:160 e 1:640) anti-DNA nativo (1:320), anti-Sm (>200 UR/mL), anti-RNP (173,9 UR/mL). Realizado tratamento com prednisona (40 miligramas/dia), hidroxicloroquina (400 miligramas/dia), colchicina (1 miligrama/dia) e micofenolato mofetil (3 gramas/dia). Evoluiu com melhora discreta de sintomas respiratórios. Devido ao quadro clínico-radiológico, aventada hipótese de síndrome do pulmão encolhido. Sua fisiopatologia é, até o momento, desconhecida. Uma das hipóteses mais aceitas é a redução do espessamento e disfunção de ambos os diafragmas, devido à miopatia, com consequente elevação das cúpulas. Porém, naqueles com força muscular diafragmática preservada, pode ocorrer inflamação pleural, gerando limitação inspiratória e consequente reorganização parenquimatosa com limitação da complacência pulmonar. O tratamento ainda é incerto: glicocorticoides e imunossupressores (ciclofosfamida, micofenolato, azatioprina, rituximabe, a exemplo) podem melhorar sintomas e função pulmonar.

165 PROGRAMA INSPIRE: TABAGISMO, NOVOS DIAGNOSTICOS E SAUDE RESPIRATORIA EM UMA POPULAÇAO DO INTERIOR DO ESTADO DE SAO PAULO. UMA ANALISE SOB ENFOQUE SOCIAL E DEMOGRAFICO.

PRUDENTE, ROBSON APARECIDO; CORRÊA, BEATRIZ CHIAVEGATTI SAMPAIO; ARAÚJO, BRUNO BARIONI GUIMARÃES; LIMA, BRUNO FADEL BARBOSA; BREDA NETO, CARLOS TADEU; HASIMOTO, ERICA NISHIDA; FRANCO, ESTEFÂNIA APARECIDA THOMÉ; TRINCO DA SILVA , FELIPE ROBERTO; ARTIGA, GABRIEL DE GODOY; RENÓ, GABRIEL FERREIRA; DE AGUIAR, IVANA TEIXEIRA; MOLERO, LARISSA FERRACINI; ISHIMOTO, LETICIA YUMI; BRIZOLA, LUIS FERNANDO PEREIRA; MACHADO, LUIZ HENRIQUE SOARES; DOS SANTOS, MAERCIO SOUZA CICERO; DORNA, MARIANA DE SOUZA; MONTE, MARINA GAIATO; CALLEGARI, MATHEUS AUGUSTO; NISHIYAMA, VITOR PASCHOALETI; TANNI, SUZANA ERICO;

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Introdução: A disparidade no consumo de tabaco é notável entre diferentes classes sociais, com maior influência nas camadas menos privilegiadas. Assim, as lacunas existentes na compreensão do tabagismo em grupos diversos comprometem a avaliação dos efeitos do tabaco na saúde respiratória, o que pode resultar em impactos variados nos serviços de saúde e aumentar os índices de doenças e mortes nessas populações. Objetivos: Analisar o perfil demográfico, de tabagismo e a identificação de novos diagnósticos de doenças pulmonares de indivíduos com sintomas respiratórios. Métodos: Foram incluídos os sujeitos participantes do "Programa Inspire, saúde respiratória", isto é, moradores da região de Botucatu–SP considerados territorialmente de maior vulnerabilidade social, com sintomas respiratórios e maiores de 18 anos. Foi realizado exame de espirometria e coletados dados socioeconômicos, de gênero e raça, risco nutricional, de fragilidade, exposição ao tabaco e seus derivados e sintomas respiratórios. Resultados: Foram incluídos 144 indivíduos [61% mulheres, com 55(44-64) anos, IMC de 27,6(24,2-31,6) kg/m2, VEF1: 84,5±19%]. Daqueles que autodeclararam a raça, 68,5% se diziam brancos, 20% pardos e 11,5% negros. A escolaridade predominante foi o ensino médio (32% dos casos) e a maior proporção da renda familiar foi cerca de dois a quatro salários-mínimos (classe D IBGE), com 39% dos casos. Do total da amostra, 65,6% era tabagista ativo e 20% ex-tabagista, além disso, daqueles que nunca fumaram, 11% apresentava exposição passiva. A carga tabágica entre fumantes ativos e prévios foi de 35(22,5-54) anos-maço e, dentre aqueles que cessaram o tabagismo ou que tentaram parar de fumar previamente, o método mais utilizado foi o adesivo de nicotina, seguido da prescrição de cloridrato de bupropiona (26% e 24% dos casos, respectivamente). Em relação aos sintomas apresentados, 47% referiram tosse e dispneia, 44% expectoração, 36% chiado no peito, 31% tontura, 27% palpitações, 22% dor torácica e claudicação, 15% infecções de vias aéreas de repetição, 6% outros sintomas e 18% negaram quaisquer manifestações. Quanto aos diagnósticos, após avaliação médica, foram identificados os seguintes diagnósticos: DPOC (16%), Asma (12%) Câncer de pulmão (9%), PRISM (3%), Pré-DPOC (2%) e, em 8% dos casos, alterações espirométricas que necessitam de maiores investigações. Todos os pacientes com diagnóstico de doenças respiratórias foram encaminhados para maiores investigações e tratamento na unidade básica de saúde e/ou serviço especializado. Conclusões: Observa-se alta prevalência de tabagismo e sintomas respiratórios como tosse, dispneia e chiado no peito em indivíduos predominantemente de classe social baixa. Além disso, foram identificados números elevados de diagnósticos de DPOC, asma e tabagismo ativo. A diversidade dos resultados destaca a complexidade das condições pulmonares, enfatizando a necessidade de intervenções de saúde abrangentes para um manejo eficaz e a manutenção da saúde desses indivíduos.

166 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR EM PACIENTE JOVEM DO SEXO FEMININO, UM RELATO DE CASO

PEREIRA, LUIZ ALVES BARRETO; GOMES, GABRIEL HENRIQUE CAVERÇAN; QUEIROZ, SAMIA ALVES; DE ALMEIDA, GUSTAVO CORRÊA; CARVALHO, GIL GOUVEIA HANS;

FAMERP - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - São Paulo - Brasil;

O OBJETIVO DESTE TRABALHO É RELATAR UM CASO DE PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR, DOENÇA RARA E DE BAIXA PREVALÊNCIA , QUE IDENTIFICAMOS EM UMA PACIENTE JOVEM QUE PROCUROU NOSSO ATENDIMENTO DEVIDO QUEIXA LIMITANTE DE DISPNEIA. POR TRATAR DE DOENÇA RARA, É IMPORTANTE A DIFUSÃO DOS CASOS E SUAS EVOLUÇÕES E TRATAMENTOS INSTITUÍDOS PARA DISCUSSÃO E CONHECIMENTO CIENTÍFICO. PACIENTE DO SEXO FEMININO, 44 ANOS, INICIA QUADRO DE DISPNEIA MMRC 2 COM PIORA PROGRESSIVA E TOSSE SECA, SEM FEBRE, SIBILÂNCIA, DOR TORÁCICA OU OUTRAS QUEIXAS. NÃO RELATOU DOENÇAS DE BASE, QUADRO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO PRÉVIO OU ALERGIAS. NÃO FAZIA USO DE MEDICAÇÕES DIÁRIAS. INTERNADA EM SERVIÇO SECUNDÁRIO COM TOMOGRAFIA MOSTRANDO LESÕES ALVEOLARES CONSOLIDATIVAS DIFUSAS BILATERALMENTE E PROCESSO BRONQUÍOLO ALVEOLAR. FOI TRATADA INICIALMENTE COM PREDNISONA 20 MG E BECLOMETASONA, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR. PACIENTE MANTINHA SINTOMAS E, APÓS PIORA DO QUADRO DE DISPNEIA, MANTENDO SEM SINAIS INFECCIOSOS, FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPIITAL DE BASE DA FAMERP ONDE FOI INICIADO INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL E BRONCOSCOPIA COM LAVADO BRONCOALVEOLAR. EXAME NÃO DEMONSTROU ALTERAÇÕES ANATOMICAS, ASPIRADO SEM CARÁTER SANGUINOLENTO OU PURULENTO DESCRITO; LAB COM CULTURAS PARA BAAR, FUNGOS E MICOBACTERIAS NEGATIVA E CULTURA BACTERIANA DE COLONIZAÇÃO, 310 CÉLULAS SENDO 79% LINFÓCITOS E 8% NEUTRÓFILOS. PESQUISA DE AUTOIMUNIDADE AMPLA SEM RESULTADOS POSITIVOS. REALIZOU PLETISMOGRAFIA COM RESTRIÇÃO MODERADA À ESPIROMETRIA, VOLUMES PULMONARES REDUZIDOS COMPATÍVEIS COM RESTRIÇÃO GRAVE EM PLETISMOGRAFIA E DIFUSÃO DE CO DE 67%. COM MELHORA PARCIAL E ESTABILIDADE RECEBEU ALTA COM PROGRAMAÇÃO DE BIÓPSIA CIRÚRGICA. EM RETORNO AMBULATORIAL 2 SEMANAS DEPOIS, PACIENTE MANTEVE DISPNEIA COM AGUDIZAÇÃO DO SINTOMA, MESMO EM USO DE CORTICÓIDE. REALIZOU BIÓPSIA A CÉU ABERTO PELA CIRÚRGICA TORÁCICA E APÓS ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA, INDENTIFICADO PROTEINOSE ALVEOLAR, SELANDO O DIAGNÓSTICO. PACIENTE REALIZOU LAVAGEM PULMONAR TOTAL 7 DIAS APÓS O DIAGNÓSTICO, NECESSITANDO BREVE PERÍODO DE UTI, COM EXTUBAÇÃO EM 24H. MELHORA IMPORTANTE CLÍNICA, COM MMRC 2. TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS DE 358 SEM DESSATURAÇÃO. NA EVOLUÇÃO AMBULATORIAL. PACIENTE APRESENTOU MELHORA CLÍNICA IMPORTANTE E ESPIROMETRIA COM RESTRIÇÃO LEVE NA ÚLTIMA AVALIAÇÃO. PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR É UMA DOENÇA RARA, QUE É CARACTERIZADA POR ACÚMULO ALVEOLAR DE PROTEÍNAS E LÍPIDES DEVIDO A FALHA DE ATIVIDADE DOS MACRÓFAGOS PULMONARES. TEM ASSOCIAÇÃO COM TABAGISMO, EXPOSIÇÃO AMBIENTAL E OCUPACIONAL ALÉM DE TER CARÁTER HEREDITÁRIO. APESAR DE CAUSAR TOSSE E DISPNEIA, A DOENÇA NÃO TEM EXAME FÍSICO EXUBERANTE E É SUSPEITA PRINCIPALMENTE EM EXAME DE IMAGEM DE TOMOGRAFIA, COM PADRÃO EM MOSAICO E VIDRO FOSCO BILATERAL. O DIAGNÓSTICO PODE SER FEITO POR LAVADO BRONCOALVEOLAR COM ASPIRADO LEITOSO OU BIÓPSIA. O TRATAMENTO PRINCIPAL É O LAVADO PULMONAR TOTAL. CUIDADO COM INFECÇÕES SECUNDÁRIAS, POSSIBILIDADE DE NEOPLASIA E CESSAÇÃO DE EXPOSIÇÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.

167 SINDROME DE HAMMAN: RELATO DE UM CASO DE PNEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO EM UM JOVEM USUARIO DE COCAINA

CABRAL, MAURO ANDRE AZEVEDO SILVA KAISER; RIBEIRO, ANTONIO JOSÉ ROCHA; REIS, IZABELA DE FIGUEIREDO; SILVA, DAVI FELIPE MORAES; DAVID, YONARA RIVELLE NEVES; COSTA, ÁLVARO RANIERI MOREIRA; GIUSTI, JOÃO ANTÔNIO ZANETTE; OLIVEIRA, PALOMA SOARES; VIEIRA, LUCAS SOUSA;
Hospital Regional Jorge Abreu - Sinop - Mato Grosso - Brasil; Universidade Federal de Mato Grosso campus Sinop - Sinop - Mato Grosso - Brasil;

Introdução: A Síndrome de Hamman (SH), também conhecida como pneumomediastino espontâneo, é uma condição rara caracterizada pela presença de ar no mediastino, resultante do extravasamento de ar dos pulmões para o espaço mediastinal, causado pelo efeito Macklin, o qual consiste em um processo de três etapas, incluindo ruptura alveolar, dissecção de gás através da fáscia broncovascular e disseminação intersticial pulmonar para o mediastino. A SH apresenta-se como uma complicação de atividades físicas intensas, asma e uso de drogas inalatórias que demandam da manobra de valsava prolongada, como cocaína. Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 23 anos, procurou emergência devido a dor precordial de forte intensidade sem outros sintomas associados. Tabagista importante e usuário de inalatórias como maconha e cocaína. Negava doenças pulmonares prévias, história de trauma, cirurgias e outros procedimentos invasivos. Exame físico de admissão normal. ECG, mascadores de necrose miocárdica e ECO normais. Antígeno para COVID negativo. Angiotomografia de tórax sem evidência de TEP, mas com sinais de pneumomediastino e enfisema nos planos musculares cervicais inferiores. EDA normal sem sinais de fístula traqueoesofágica. Visto que outras causas de pneumomediastino foram excluídas e considerando o histórico do paciente de uso de drogas inalatórias, foi definido o diagnóstico de Síndrome de Hamman. O paciente recebeu tratamento com medidas de suporte, incluindo analgesia e adesivo cutâneo de nicotina para diminuição dos sintomas de abstinência tabágica. Evoluiu com melhora clínica progressiva sem complicações associadas. Discussão: A Síndrome de Hamman é uma condição incomum, porém benigna na maioria dos casos, apresentando um curso autolimitado. O tratamento é geralmente conservador, com medidas de suporte, como oxigênio suplementar não invasivo e antibioticoterapia profilática, caso necessário. É importante ressaltar que, embora a síndrome tenha um curso benigno na maioria dos casos, complicações podem ocorrer, especialmente em pacientes com doenças pré-existentes, sendo as mortes relacionadas à síndrome geralmente são atribuídas a intercorrências dessas doenças. Neste relato, destaca-se a importância de considerar a Síndrome de Hamman como um diagnóstico diferencial em pacientes jovens com dor precordial súbita e fatores de risco, como o uso de drogas inalatórias. Um diagnóstico preciso e o manejo adequado dessa síndrome são essenciais para evitar intervenções desnecessárias e para garantir a recuperação do paciente.

168 SINDROME DE WILLIAMS CAMPBELL: UM RELATO DE CASO

MENEZES, CEILA BEATRIZ OLIVEIRA; MONTAL, ANDRÉ BANDEIRA DE MELO JORGE; RÊGO, KEVIA SOUSA; BARRETO, GABRIELA MAGALHÃES LIMA; CARDOSO, TAINÁ GUIMARÃES; LOUREIRO, BRUNA MELO COELHO; VEGA , JORGE HUMBERTO ARDILA; SERRA, JULIANE PENALVA COSTA; LOUREIRO, CAMILA MELO COELHO; MARINHO, JAMOCYR MOURA;
Hospital Santa Izabel - SALVADOR, BAHIA, BRASIL - Bahia - Brasil;

Introdução A síndrome de Williams-Campbell é uma forma de bronquiectasias císticas congênitas, na qual a cartilagem brônquica distal é defeituosa. Sua apresentação é variável e o diagnóstico envolve história clínica, alterações radiológicas e exclusão de outras causas. Sem tratamento específico, a profilaxia de infecções e o gerenciamento de sintomas são a base do cuidado. Representa um desafio tanto diagnóstico por sua raridade quanto terapêutico pela dificuldade no manejo clínico. Relato de caso Paciente do sexo feminino, 54 anos, referindo sibilância recorrente desde a infância. Admitida por quadro de bronquiolite com broncoespasmo. Ao exame físico, destacavam-se apenas sibilos difusos. Tomografia de tórax evidenciou múltiplas bronquiectasias císticas e varicosas bilaterais, com distribuição simétrica e predomínio central. Dosagens negativas de alfa-1 antitripsina, IgE total, IgE específica para Aspergillus fumigatus, imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG) e anti-aspergillus sérico, além de cultura de escarro positiva para Achomobacter denitrificans. Diante dos achados clínicos e do padrão tomográfico, foi considerada a possibilidade de síndrome de Williams Campbell. A paciente evoluiu com melhora clínica após tratamento antibiótico e medidas de higiene brônquica. Segue em acompanhamento ambulatorial após melhora clínica. Discussão Síndrome de Williams-Campbell é uma anormalidade congênita rara, resultado de defeito na cartilagem da parede brônquica subsegmentar, a partir de brônquios de 4ª e 6ª ordem. Ocorre, então, colapso das vias aéreas com formação de bronquiectasias distais aos brônquios acometidos, sem evidências de deficiência de cartilagem extrapulmonar. Anormalidades de estruturas não cartilaginosas da parede brônquica por inflamação também ocorrem. Sintomas e prognóstico dependem da extensão do quadro, o qual se apresenta com infecção respiratória recorrente, com produção de escarro, estertores e sibilância. Mais comumente descrita em crianças, porém também relatada em adultos. O diagnóstico requer história clínica apropriada, alteração radiológica compatível e exclusão de outras causas de bronquiectasias, incluindo a dosagem de imunoglobulinas e análise do escarro. O tipo e a distribuição das bronquiectasias podem contribuir para sua análise etiológica - predomínio cilíndrico/cístico bilateral, distais aos brônquios e hiperinsuflação pulmonar. Sem tratamento específico, a profilaxia de exacerbações representa a melhor forma de condução. Objetivando-se a melhora da qualidade de vida, pode-se utilizar antibioticoterapia sequencial, treinamento muscular respiratório, corticoide inalatório, além de medidas para controle de sintomas. A ventilação não-invasiva com pressão positiva auxilia na redução da retenção de CO2 e melhora da dispneia. A cirurgia, por sua vez, pode ser considerada para casos mais extremos com risco de infecção grave ou sangramento. Suporte financeiro Não houve.

169 SINDROME DO TELOMERO CURTO: ASSOCIAÇAO COM FIBROSE PULMONAR E DESORDENS SISTEMICAS

MENEZES, CEILA BEATRIZ OLIVEIRA; BARRETO, GABRIELA MAGALHÃES LIMA; CARDOSO, TAINÁ GUIMARÃES; MONTAL, ANDRÉ BANDEIRA DE MELO JORGE; RÊGO, KEVIA SOUSA; LOUREIRO, BRUNA MELO COELHO; VALVERDE, ANTONIO BRUNO CASTRO MAGALHÃES; SERRA, JULIANE PENALVA COSTA; LOUREIRO, CAMILA MELO COELHO; MARINHO, JAMOCYR MOURA;
Hospital Santa Izabel - SALVADOR, BAHIA, BRASIL - Bahia - Brasil;

Introdução A síndrome do Telômero Curto é causada por mutações nos genes responsáveis pela manutenção do comprimento dos telômeros. É definida por telômeros severamente curtos associados à disfunção de um ou mais órgãos terminais incluindo medula óssea, fígado, pele e pulmão. As características incluem história familiar de fibrose pulmonar, história pessoal ou familiar de envelhecimento prematuro, disfunção hepática, citopenias e/ou macrocitose. Relato de Caso Paciente masculino, 71 anos, com antecedente de hepatocarcinoma (LI-RADS 5), em tratamento oncológico com imunoterapia há 6 meses, foi admitido com quadro de dispneia aos mínimos esforços, hipoxemia e tosse seca há 15 dias. Ao exame físico, estertores crepitantes em T! inferiores bilateralmente e hipoxemia. Há 4 meses, cursava com tosse e dispneia aos moderados esforços, dor abdominal em hipocôndrio direito e perda de peso de 10kg em 1 ano. História de embranquecimento dos fios de cabelo desde os 13 anos de idade e cirurgia de esplenectomia há 10 anos devido à anemia hemolítica. TC de Tórax revelou sinais de doença intersticial produtora de fibrose caracterizada por opacidades reticulonodulares sobrepostas a discreto vidro fosco, associadas a bronquiolectasias e bronquiectasias de tração, de distribuição predominantemente periférica e basal em ambos os pulmões (padrão provável pneumonia intersticial usual - PIU). Espirometria evidenciou distúrbio ventilatório restritivo com CVF 2.4L (56% pred.). Hemograma com plaquetopenia e macrocitose. Suspenso imunoterapia e iniciado corticoterapia para tratamento de exacerbação de doença pulmonar intersticial, com melhora sintomática. A combinação desses achados levou à hipótese diagnóstica de Síndrome do Telômero Curto. Realizado teste genético com pesquisa para ABCA3, MUC5B, TERT, RTEL1, SLC7A7, TINF2, sendo identificado variantes no gene TERT com padrão de heterozigose (58,9% e 42,17%). Medição do telômero não realizada por dificuldade de acesso ao exame. Discussão Os telômeros são sequências repetitivas de DNA nas extremidades dos cromossomos que protegem contra a instabilidade do genoma. A cada divisão celular eles se encurtam, mas o complexo da telomerase neutraliza parcialmente a perda progressiva de telômeros ao catalisar a síntese de repetições teloméricas. Várias mutações genéticas raras foram identificadas em genes que codificam componentes do complexo da telomerase, incluindo a transcriptase reversa da telomerase (TERT) e o componente de RNA da telomerase (TERC), ambas associadas ao desenvolvimento da Síndrome do Telômero Curto. Fibrose pulmonar, disfunção de medula óssea, cabelos grisalhos prematuros, distrofia ungueal, aumento do risco de neoplasia e disfunção hepática são achados comuns desta condição. No geral, a fibrose pulmonar parece ser o fenótipo mais comum associado às mutações da telomerase. Tratamento com nandrolona, um derivado sintético da testosterona, tem mostrado resultados promissores em estudos. Suporte financeiro Não houve

170 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE HOSPITALIZADOS E ÓBITOS NO BRASIL NO ANO DE 2008 A 2020

CARDOSO, VITORYA VANINI; PIRES, JULIA SIQUEIRA;
UNAERP - RIBEIRAO PRETO - São Paulo - Brasil;

Introdução: Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é um quadro emergente, subdiagnosticado e letal. É ocasionado pelo desprendimento de um trombo (coágulo de sangue) da parede de um vaso sanguíneo do sistema venoso profundo, que percorre a circulação sanguínea (denominando-se êmbolo) e, atravessando as cavidades direitas do coração, obstrui a artéria pulmonar ou um de seus ramos. Dessa forma é gerada a hipóxia aguda que rapidamente leva o paciente à óbito.Essa patologia, por ser um quadro abrupto, causou no Brasil, de 2016 a 2020, 34.177 óbitos.Caracteriza-se como a terceira causa de morte mais presente em âmbito hospitalar, atrás apenas do infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Tendo em vista a gravidade do TEP e sua alta mortalidade, é imprescindível o conhecimento do quadro clínico e epidemiologia do embolismo pulmonar por parte dos profissionais de saúde. Objetivos: Descrever perfil epidemiológico e clínico de pacientes hospitalizados e óbitos por Tromboembolismo Pulmonar no Brasil entre os anos de 2008 a 2020. Métodos: O estudo foi realizado por meio por meio de dados coletados de artigos científicos do Scientific Eletronic Library Online, Scielo; Diretriz de Embolia Pulmonar, Editor André Volschan; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na subseção do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados: Em relação aos hospitalizados houve uma tendência crescente na taxa de internação por EP no Brasil, variando de 2,57 em 2008 para 4,44/100.000 em 2019 (AAPC=5,6%; p<0,001). Os custos totais e médios das internações também foram crescentes no país (AAPC=9,2%).Inclinações semelhantes foram observadas na maioria das regiões. O tempo médio de internação no Brasil apresentou tendência estacionaria. A taxa de internação também aumentou em 18 estados (66,67%)O Número de óbitos registrados por TEP no Brasil de 2016 a 2020 foi 34.177, sendo 14.325 (41,9%) homens e 19.845 (58,1%) mulheres. A média e desvio padrão da taxa de mortalidade no Brasil são, respectivamente, 3/100mil e 0,31, e ao analisar as mesmas medidas por gêneros, temos 3/100mil e 0,25 para homens e 4/100mil e 0,39 para mulheres, com diferença estatisticamente significante (valor de p<0,05).De acordo com os dados, o quadro clínico clássico dos pacientes de TEP foi dividido em dois principais grupos clássicos de achados: embolias pequenas (submaciças) e embolias grandes (maciças) que envolve tosse,dispneia,dor torácica,taquicardia e taquipneia. Conclusões: O estudo apresentou de resultado relevante que o tromboembolismo pulmonar é mais recorrente em pessoas da faixa etária de 80 anos ou superior, e eleva conforme idade. Foi apontado que os pacientes hospitalizados no Brasil por TEP aumentou 9,2% nos últimos anos, concomitante a um aumento no número de óbitos registrados de 2008 a 2020. Destaca-se informações e dados relevantes a respeito dos quadros clínicos típicos dos tipos de embolia pulmonar, além de suas diferentes formas de manifestação.

171 AVALIAÇAO DA QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADORES DE CRIANÇAS TRAQUEOSTOMIZADAS

ASSIS, SAULO FERREIRA; CASTRO, IZA CRISTINA SALLES; FLORENTINO, MARIA THEREZA UZEDA ESPINHEIRA; REIS, BRUNA CRISTINE OLIVEIRA SILVERIO; PIMENTA, CAROLINA SANTOS; CARVALHO, ALINE ARAUJO DE; PINTO, LUCCA OLIVEIRA SOARES; VALE, ANA RAFAELA SOARES DO;
Hospital Martagão Gesteira - Salvador - Bahia - Brasil;

Introdução: A traqueostomia tem sido cada vez mais comum na faixa etária pediátrica devido a maior sobrevivência dos pacientes prematuros, com síndromes genéticas e doenças crônicas. O cuidado de uma criança traqueostomizada envolve uma série de modificações no cotidiano dos cuidadores, que impactam de forma negativa na qualidade de vida. O termo não inclui somente fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico e mental, mas também a percepção individual de outros aspectos cruciais como emprego, amigos, relações familiares e amorosas, os quais são afetados diretamente por essas alterações na dinâmica familiar. Objetivos: Avaliar a qualidade de vida em cuidadores de crianças traqueostomizadas, descrever o perfil epidemiológico e clínico dessas crianças e identificar os fatores estressores relacionados a esses cuidadores. Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, observacional e retrospectivo com cuidadores de pacientes traqueostomizados acompanhados pelo Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD) e foram analisados os dados do prontuário dos indivíduos assistidos há pelo menos um mês. Foi aplicado o questionário Pediatric Tracheostomy Health Status Instrument (PTHSI) no domínio 4 que compreende o "estresse e enfrentamento / perspectiva da família - Domínio de Sobrecarga do Cuidador, constando de 17 itens" validado em estudos anteriores. As variáveis numéricas foram descritas através de medidas de tendência central (média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil). Resultados: Foram avaliadas 54 crianças traqueostomizadas e seus respectivos cuidadores. 63% foram do sexo masculino, idade de 0 a 21 anos, média de 4,87 (SD +5,80), sendo que 50% delas foram submetidas à traqueostomia com menos de dois anos de idade. A renda média mensal foi de $ 253,00. Os cuidadores são na maioria do sexo feminino (90,7%), mãe dessas crianças (90,7%), com 66,7% casados. O perfil clínico das crianças traqueostomizadas tiveram mais prevalentes a paralisia cerebral (33,3%), cardiopatia congênita (22,2%) e doença neuromuscular (18,5%). A indicação da traqueostomia foi devida a obstrução via área superior (55,6%), proteção da via aérea (25,9%) e ventilação mecânica prolongada (18,5%). 3,7% dos cuidadores apresentaram uma qualidade de vida muito boa; 48.15% boa e 48.15% razoável, e nenhum apresentou ser excelente ou péssima. As maiores preocupações foram relacionadas à questão de recreação da criança, na aspiração da traqueostomia e o quanto da condição da criança afeta a sua relação. Conclusões: Esse estudo contribuiu para mostrar que programas que estejam próximos a esses pacientes e famílias melhoram a assistência e consequentemente, sua qualidade de vida. Porém, ainda se faz necessário uma ampliação desses cuidados e uma maior diversidade desse olhar, ampliando para o além da definição simplória do que é saúde.

172 AVALIAÇAO DO PERFIL DE CITOCINAS INFLAMATORIAS EM INDIVIDUOS COM FIBROSE CISTICA – RESULTADOS PRELIMINARES

MEYER, VIVIANE MAURO CORRÊA; NETTO, NATALIA ARANHA; GOMES, JOHNNY LIMA; ABUD, BRUNA LA REGINA MATANGROLO; TANAKA, SILVIA ONODA TOMIKAWA; JORGE, PATRICIA PALMEIRA DAENEKAS; SAMPAIO, MAGDA MARIA SALES CARNEIRO; NUNES, FERNANDA ANDRADE MACAFERRI DA FONSECA; ATHANAZIO, RODRIGO ABENSUR; RACHED, SAMIA ZAHI; LEVI, JOSÉ EDUARDO; FELIX, ALVINA CLARA; ZERBINATI, RODRIGO MELIM; DA SILVA FILHO, LUIZ VICENTE RIBEIRO FERREIRA;
Instituto da Criança - HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil; Instituto de Medicina Tropical - HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil; Instituto do Coração - HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A inflamação no trato respiratório é um dos principais componentes da fisiopatologia do dano pulmonar na fibrose cística (FC). Estudos recentes vêm demonstrando que ela ocorre não só como consequência das infecções bacterianas, mas também relacionada à própria disfunção da CFTR, podendo ainda estar associada a infecções virais. A classificação de exacerbações respiratórias (ER) em função do tipo de agente associado (vírus ou bactéria) e do efeito na inflamação (pauci ou pró inflamatória) vem sendo estudada a fim de se desenhar melhores estratégias de tratamento e avaliação de prognóstico. Objetivos: Comparar o perfil de citocinas inflamatórias em indivíduos com FC em dois momentos, durante ER e estabilidade clínica, e avaliar suas características em relação a detecção ou não de vírus respiratórios. Métodos: Indivíduos com FC com idade igual ou superior a 6 anos foram recrutados ao se apresentarem em ER nas consultas de rotina ou urgência nos serviços pediátrico e de adultos da Instituição. Eles foram submetidos a coleta de sangue e escarro para análise de marcadores inflamatórios, esfregaço de oro e nasofaringe para painel viral e coleta de dados clínicos e funcionais. A dosagem de citocinas (IL-1β, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12 e TNF) foi realizada por citometria de fluxo utilizando o kit CBA Inflammatory (BD™ Cytometric Bead Array System, BD Biosciences, San Jose, CA, USA) e a pesquisa de vírus respiratórios foi feita por RT-PCR no Instituto de Medicina Tropical (IMT). Utilizou-se o programa GraphPad™ para análise estatística dos resultados, aplicando-se o teste de Wilcoxon para distribuições não paramétricas e teste de t pareado para distribuições paramétricas. Resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p<0,05$. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Resultados: Foram recrutados 39 indivíduos, com idade entre 6 e 58 anos (mediana: 17,5), sendo um deles excluído das análises devido ao início de modulador da CFTR após início do estudo. Os níveis de IL-6, IL-8 e IL-10 no soro e de IL-1β no escarro foram significativamente mais elevados durante a ER em relação à amostra de estabilidade clínica. Dos 38 indivíduos, 11 (28,9%) apresentaram detecção viral durante a ER, sendo o vírus mais comum Rinovirus (4 indivíduos), seguido de 2 casos de Sars-Cov-2, 2 Coronavírus OC43, 1 Influenza A, 1 Metapneumovirus Humano e 1 Adenovírus. Analisando-se os casos de ER por vírus versus seu retorno em estabilidade, não houve diferença entre as citocinas no soro, porém as dosagens de IL-1 β, IL-8 e IL-10 foram significativamente mais elevadas na ER. Conclusões: Esses resultados preliminares de estudo em andamento demonstram valores elevados de marcadores pró-inflamatórios em escarro e soro durante exacerbação respiratória, mas sem associação clara com a etiologia viral. A correlação destes achados com dados clínicos e funcionais será fundamental para definir a relevância da elevação destes marcadores.

173 BRONQUITE PLASTICA EM PACIENTE PEDIATRICO

DE MELO, LETÍCIA COLE; MELAO FERNANDES, JAMILLY DYENNE; TAKITA, STEFANIE YAEMI; RODRIGUES, JULIANA BATISTA; SALVADOR, RAISA AGUIAR; NASCIMENTO, IURI ADONIS DE SOUZA; PASTUCH, ANA PAULA; PASQUA, ANA LIVIA FELIPPE DA SILVA; PEREIRA, CAMILA MARIA LOURINHO; NAKAIE, CLEYDE MYRIAM AVERSA; TANAKA, SILVIA ONODA TOMIKAWA; DA SILVA FILHO, LUIZ VICENTE RIBEIRO FERREIRA; RODRIGUES, JOAQUIM CARLOS; SORIA MUNOZ, TALIA ANDREA; ALBUQUERQUE, YANCA LACERDA; ARAI, KARINA EMY;
Instituto da Criança da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A Bronquite Plástica é um diagnóstico raro, de prevalência desconhecida, caracterizado pela expectoração de conteúdo mucofibrinoide com formato da árvore brônquica. Relatos em literatura incluem como causas: pós-operatório cardíaco, após quadros inflamatórios/infecciosos em geral, consequência de anormalidades do tecido linfático, de hemoglobinopatias, entre outras. Clinicamente, os pacientes podem apresentar dispneia, tosse produtiva, sibilância e desconforto respiratório. Os exames de imagem de tórax são inespecíficos, com atelectasias, consolidações e sinais de broncopatia. O diagnóstico é confirmado pelo aspecto do escarro (molde de árvore brônquica) e pelo anatomopatológico. Relato: R.C.L.B. feminino, 7 anos, portadora de Síndrome de Noonan, Hipoaldosteronismo, Hipotireoidismo primário e Cardiopatia Congênita não corrigida, em fila de transplante cardíaco (DSAV predomínio de CIA, estenose pulmonar valvar), deu entrada no Pronto Socorro com relato de 20 dias de tosse produtiva sem febre associada, com piora progressiva e expectoração espessa. Raio-X de Tórax apresentava opacidades bilaterais e cardiomegalia. Exame físico com taquidispneia, estertores difusos e roncos de transmissão, saturação de 83% (basal). Optou-se pelo tratamento com Ceftriaxona e retornos diários para reavaliação. No terceiro dia, presenciada expectoração com conteúdo de molde de árvore brônquica. Frente à hipótese diagnóstica de Bronquite Plástica, foi indicada internação para Broncoscopia, higienização brônquica e retirada de material que potencialmente é causa de asfixia e insuficiência respiratória. Paciente foi avaliada pela equipe de Cardiologia Pediátrica, considerada estável do ponto de vista cardiológico e liberada para o exame. Prescrita inalação com Solução Salina Hipertônica a 3%, N-Acetil cisteína via oral e Azitromicina por 7 dias. Exame anatomopatológico do escarro: material fibrinoleucocitário com grupamentos de histiócitos xantomizados, ausência de granulomas ou elementos de malignidade, histoquímica negativa para agentes infecciosos. Outros exames: PCR-COVID19 negativo, eletroforese de hemoglobina normal. Broncoscopia: retirada de grande quantidade de secreção com morfologia de árvore brônquica, com impactação de vias aéreas inferiores à direita. Evolução: Paciente evoluiu com insuficiência cardíaca, insuficiência renal aguda e necessidade de manter intubação orotraqueal com parâmetros elevados para manter saturação basal, bem como droga vasoativa. Atualmente está em desmame de parâmetros ventilatórios e de drogas vasoativas. Conclusão: O diagnóstico de bronquite plástica é raro, principalmente em pacientes pediátricos, e potencialmente fatal. A determinação da causa nem sempre é possível, porém não implica no tratamento imediato. Em pacientes com doenças prévias, neste caso a cardiopatia, deve-se ponderar o risco-benefício para realização da Broncoscopia, considerando o risco potencial de asfixia e de descompensação da doença de base.

174 FALHA DE RESPOSTA AOS MODULADORES DA PROTEINA CFTR – RELATO DE CASO

TAKITA, STEFANIE YAEMI; FERNANDES, JAMILLY DYENNE MELAO; PASQUA, ANA LIVIA FELIPPE DA SILVA; PASTUCH, ANA PAULA; PEREIRA, CAMILA MARIA LOURINHO; NASCIMENTO, IURI ADONIS DE SOUZA; RODRIGUES, JULIANA BASTISTA; SALVADOR, RAISA AGUIAR; DE MELO, LETICIA COLE; NAKAIE, CLEYDE MYRIAM AVERSA; FILHO, LUIZ VICENTE RIBEIRO FERREIRA DA SILVA; TANAKA, SILVIA ONODA TOMIKAWA; RODRIGUES, JOAQUIM CARLOS; SORIA MUÑOZ, TALIA ANDREA;
USP - Instituto da Criança - São Paulo - São Paulo - Brasil;

A.B.S.S, feminino, 13 anos, portadora de fibrose cística com genética F508del/S549R. Paciente grave, dependente de oxigênio 24 horas e em uso de BIPAP noturno, apresentando 11 internações hospitalares por exacerbação pulmonar em 2022. Apresentou hemoptises recidivantes e foi submetida a 3 broncoscopias e embolização de artérias brônquicas sem identificação do foco do sangramento. Cloro no suor (2020): 98 mmol/L (coulorimetria) e VEF1 51%. Prescrito Ivacaftor em 2022 e após 6 meses não houve melhora clínica nem da função pulmonar (VEF1 41%), mantendo mesma frequência de internações e sem diminuição do nível de cloro no suor (93). Foram suspensos medicamentos que podem ter interação medicamentosa com o Ivacaftor mas paciente permaneceu sem apresentar melhora. Considerada então a hipótese de falha de tratamento. Em fevereiro de 23, iniciou Trikafta (elexacaftor, tezacaftor e ivacaftor). Após 3 meses de uso, mãe refere melhora clínica, com tosse menos secretiva e somente 1 internação no período. Porém, não houve queda do teste de cloro no suor (98) e apresentou nova exacerbação pulmonar com internação hospitalar e hemoptises diárias sem resolução após nova embolização de artérias brônquicas. Questionada nova falha terapêutica aos moduladores de CFTR e optado por prioriza-lá ao transplante pulmonar. Foi transferida ao InCor e submetida a transplante pulmonar. Não apresentou intercorrências no procedimento. Discussão: Fibrose Cística é doença genética, crônica e progressiva. Paciente apresenta secreções mucosas espessas e viscosas, obstruindo ductos das glândulas exócrinas, que contribuem para surgimento de doença pulmonar obstrutiva crônica progressiva. A mutação mais frequente no gene CFTR é a ΔF508. As complicações respiratórias são as principais causas de morbimortalidade no fibrocístico. Uma das complicações mais graves da doença é a hemoptise maciça. A inflamação crônica e a hipóxia têm possíveis efeitos proliferativos na circulação brônquica. As artérias se tornam tortuosas, aumentadas e friáveis, o que favorece o sangramento em direção às vias aéreas. A embolização arterial brônquica é o tratamento de escolha para pacientes com hemoptise maciça. Em 2018, o medicamento Ivacaftor foi aprovado pela Anvisa especificamente para as mutações de gatting. Em 2021, foi aprovado pela Food and Drug Administration nos EUA o uso do Trikafta (elexacaftor / tezacaftor / ivacaftor) para crianças com fibrose cística entre 6 e 11 anos e que apresentam pelo menos uma cópia da mutação F508del no gene regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR). Conclusão: A paciente do estudo, não apresentou resposta ao tratamento com Ivacaftor e apresentou resposta parcial ao Trikafta, permanecendo com agudizações e hemoptises frequentes como complicações da doença. Foi beneficiada com transplante pulmonar como alternativa terapêutica.

175 MALFORMAÇAO CONGENITA DAS VIAS AEREAS PULMONARES EM LACTENTE COM 4 MESES DE VIDA - RELATO DE CASO

DI NAPOLI, PATRICIA GOMES; TRAINA, JANAINA SCHMIDT; CIOLA, PAULO SERGIO; BRITO, JOSE MARIO DA ROCHA;
Hospital Ana Costa - Santos - São Paulo - Brasil;

Introdução: A malformação congênita das vias aéreas pulmonares(MCVAP),anteriormente conhecida como malformação adenomatóide cística congênita(MACC)consiste em uma lesão hamartomatosa das estruturas respiratórias terminais e supressão alveolar,o que evolui para formação de cistos de diversos tamanhos,normalmente unilateral e unilobar. Relato de caso: Lactente 4 meses de vida,sexo masculino,sem comorbidades,é admitido inicialmente em pronto socorro infantil por quadro de tosse secretiva há 2 dias, sem febre ou outros sintomas associados.Após 7 dias retorna ao mesmo PS por persistência da tosse e sibilância.Lactente é então internado por radiografia de tórax com cistos radiotransparentes em hemitórax esquerdo,hemograma sem leucocitose e PCR 1,0 mg/l(valor de referência 0,1 a 2,0)e solicitado hemocultura antes da antibioterapia,no caso,iniciado com ampicilina 200mg/kg/dia.Em enfermaria evoluiu em bom estado geral sem sinais de desconforto respiratório,sem necessidade de suporte ventilatório,sendo suspenso antibiótico após 2 dias pela hemocultura sem crescimento bacteriano.Ainda na enfermaria foi realizado ecodopplercardiograma transtorácico,acusando refluxo valvar mitral mínimo,não visualizando fluxo através dos septos e ultrassonografia de abdome total sem alteração.Na tomografia de tórax evidenciou múltiplas imagens císticas confluentes no lobo inferior do pulmão esquerdo medindo até 2,3 cm,cuja principal hipótese foi de MCVAP,e no lobo inferior do pulmão esquerdo apresentou opacidade alveolar no segmento superior e posterior associado.Lactente sem intercorrências recebeu alta hospitalar após 4 dias de internação com acompanhamento ambulatorial com a cirurgia pediátrica.Após um ano de internação hospitalar,onde foi diagnosticado com MCVAP,lactente tem apresentado infecção de vias áreas superiores recorrentes,sem necessidade de medicação de uso contínuo ou internações.Atualmente segue em acompanhamento ambulatorial de rotina com a cirurgia pediátrica sem necessidade de intervenção cirúrgica,estando a última tomografia de tórax com 8 meses de vida com MCVAP tipo II/III.Discussão: A MCVAP cuja incidência varia de 1 por 8.300 a 35.000 nascidos vivos é na sua grande maioria diagnosticada no período pré-natal pela ultrassonografia entre a décima oitava e a vigésima semana,podendo chegar a 100% de precisão diagnóstica.Na maioria dos casos a doença é subclínica,podendo ser diagnosticado com radiografia de tórax após o nascimento.Fatores maternos não estão relacionados com a MCVAP,exceto quando histórico familiar de blastoma pleuropulmonar.Anomalias congênitas podem estar associadas em cerca de 50% dos casos no subtipo 2 da doença,como malformações cardiovasculares e urogenitais.A presença de hidropsia fetal e desconforto respiratório grave no período neonatal têm indicação de ressecção cirúrgica,enquanto que os assintomáticos devem ser acompanhamento periodicamente com exames de imagem.A presença de infecção de repetição pode definir a indicação cirúrgica.

176 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR PNEUMONIAS NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL, DO ANO DE 2018 A 2022

DE SIQUEIRA, GUSTAVO BRUNO MARTINS; INOUE, ALEXANDRE RIBEIRO; FREDRICH , RAUNI GUSTAVO; JUNGES, SABRINA LETICÍA BUBANS; OLIVEIRA, RICARDO DE;
Universidade Federal de Mato Grosso - Sinop - Mato Grosso - Brasil;

Introdução: A pneumonia é uma doença inflamatória aguda que acomete os pulmões e pode ser provocada por microrganismos e substâncias tóxicas que afeta pricipalmente crianças e idosos. Entre as causas de mortes por doenças respiratórias, as pneumonias representaram 38% delas em 1996 e 48% em 2012. De acordo com o Ministério da Saúde, houveram 44 mil mortes por pneumonias de janeiro a agosto no ano de 2022, enquanto, que nesse mesmo período foram registrados 31 mil óbitos em 2021. Objetivos: Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é apresentar as características epidemiológicas da mortalidade por pneumonias na população mato-grossense para que possam fomentar futuros estudos acerca do tema e aprimorar o combate as pneumonias no Estado de Mato Grosso (MT) e no Brasil. Métodos: Foi utilizado a base de dados secundários, de acesso público, do sistema de informações da Secretaria de Estado de Saúde do estado de Mato Grosso, a fim de realizar a pesquisa epidemiológica descritiva e retrospectiva. As variavéis selecionadas foram: número de óbitos, ano de óbito, assistência médica, causa básica (Cid10 3C: J18), sexo, faixa etária e macrorregião de residência. Os aspectos éticos seguem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 510/2016. Os dados foram armazenados, calculados e analisados no programa Microssoft Excel. Resultados: Nos 5 anos estudados, de 2018 a 2022, foram registrados 2.343 mortes por pneumonias. O ano de 2018 apresentou maior frenquência de óbitos (24,7%), seguido pelo ano de 2022 (23%), 2019 (20%), 2020 (17%) e 2021 (15,3%), sendo que 70,3% dos óbitos receberam assistência médica em vida e apenas 2,4% dos óbitos não não foram assistidos adequados, em branco/ignorado (27,3%). O sexo mais acometido foi o masculino (55%), seguido pelo sexo feminino (45%). Com relação a faixa etária, a mais atingida foi a de 80 anos ou mais (38,1%), seguida pelas faixas de idade 70 a 79 anos (23,1%), 60 a 69 anos (15,2%), 50 a 59 anos (8,6%), 40 a 49 anos (4,6%), 1 a 9 anos e 1 a 11 meses (2,6%), 30 a 39 anos (2,4%), 20 a 29 anos (1,4%), 10 a 19 anos (1,2%) e 1 a 31 dias (0,2%).Em relação macrorregião de residência, a Centro-Norte (34,7%), Norte (23%), Sul (20%), Centro-Norte (8,4%), Leste (8,1%) e Oeste (5,8%). Conclusões: O maior número de mortes foi observado em 2018, na macrorregião Centro Norte, que engloba a capital, Cuiabá (MT), com predomínio no sexo masculino, e a maioria das vítimas tiveram assistência médica. Os dados do presente estudo estão de acordo com a literatura científica. Vale pontuar que os extremos de idade são os mais afetados, ou seja, idosos e crianças. Desse modo, é de fundamental importância que novos trabalhos sobre essa temática sejam desenvolvidos e que eles possam servir de base para o aprimoramento das atuais e futuras políticas público-privadas de saúde no combate às pneumonias tanto no âmbito regional de Mato Grosso, quanto no nacional a fim de reduzir a mortalidade por pneunomias na população, sobretudo em grupos de risco, como crianças e idosos.

177 REAÇAO URTICARIFORME APOS USO DE ELEXACAFTOR/TEZACAFTOR/IVACAFTOR - RELATO DE CASO

RODRIGUES, JULIANA BATISTA; SALVADOR, RAISA AGUIAR; PASQUA, ANA LIVIA FELIPPE DA SILVA; PASTUCH, ANA PAULA; PEREIRA, CAMILA MARIA LOURINHO; NASCIMENTO, IURI ADONIS DE SOUZA; FERNANDES, JAMILLY DYENNE MELAO; DE MELO , LETICIA COLE; TAKITA, STEFANIE YAEMI; FILHO, LUIZ VICENTE RIBEIRO FERREIRA DA SILVA; NAKAIE, CLEYDE MYRIAM AVERSA; TANAKA, SILVIA ONODA TOMIKAWA; RODRIGUES, JOAQUIM CARLOS; MUNOZ, TALIA ANDREA SORIA;
Instituto da Criança HC FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença hereditária, multissistêmica e progressiva, causada por mutações no gene CFTR (1), cujo tratamento foi transformado com a introdução dos moduladores do CFTR nos últimos anos (2). O elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI), um dos mais recentes desses moduladores (1,3), é a combinação de dois corretores e um potencializador e se mostrou eficaz e seguro para uso em pacientes com uma ou mais variantes F508del (4). Objetivo: Relatar caso de reação urticariforme relacionado ao uso de ETI em paciente pediátrica. Métodos: Relato de caso com informações de prontuário médico e revisão de literatura em base de dados PubMed. Relato do caso: Paciente B.B.P, sexo feminino, 14 anos, procedente de Santo André-SP, portadora de FC, genética F508del homozigoto, em uso de modulador ETI desde 19/04/23. Após 3 semanas do início da medicação iniciou quadro de lesões eritematosas com bordas elevadas, com áreas de pele saudável de permeio, difusamente distribuídas por todo o corpo, mais intensas em tronco e membros inferiores, associadas a prurido intenso. Em dois dias houve piora das lesões procurou pronto atendimento, sendo prescrito prednisona 40mg e anti-histamínico. Após 3 dias, passou em consulta no ambulatório de Pneumologia Pediátrica, sem melhora do quadro. Optado por manter prednisona 40mg por mais 5 dias e anti-histamínico e retirado o modulador por 1 semana. Paciente evoluiu com melhora gradual das lesões e do prurido, tendo sido retornado uso do modulador em dias alternados por 2 semanas e a seguir retorno à dose habitual sem reincidência do quadro. Discussão: Dentre os efeitos colaterais descritos em estudos fase III da terapia com ETI, o rash cutâneo esteve presente em aproximadamente 10% dos pacientes (1,3,4). A reação urticariforme após início do uso de ETI foi descrito por alguns autores em relatos de caso (2,3,5,6,7). Nos relatos prévios, a reação se apresenta após cerca de 1 semana de início da terapia com ETI (2,5,6,7), na maioria dos casos as lesões não se resolveram apenas com o uso de corticoesteroide oral e anti-histamínico, sendo necessária interrupção da medicação por 7 a 40 dias (2,7). Em outro relato, devido a significativa melhora clínica apresentada, apesar da sintomatologia, a paciente não interrompeu o uso medicamento, mantendo uso de anti-histamínico oral, com melhora gradual das lesões após 5 dias (5). Pensando em evitar a descontinuidade da medicação, foram propostos protocolos para dessensibilização mantendo o uso da medicação, com sucesso em pacientes adultos (8). Conclusão: Dado o grande benefício clínico do uso dos moduladores de CFTR para os pacientes com FC, torna-se relevante maiores estudos quanto aos mecanismos envolvidos nas reações urticariformes relacionadas ao uso do ETI, particularmente opções de protocolos de dessensibilização sem interrupção da medicação para a faixa etária pediátrica.

reabilitação e fisioterapia respiratória

178 BARREIRAS E FACILITADORES ASSOCIADOS A FATORES PSICOSSOCIAIS NA PRATICA DE ATIVIDADE FISICA EM PACIENTES ONCOLOGICOS SOB TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

DOS SANTOS, GIOVANNA MARQUES FRASCOLI; SELLES, WILLIAM DE LIMA; LOPES, GIOVANNA DOS SANTOS; MOURA, GIOVANNI MARINI; DA SILVA, DIEGO WISNIESKI; DIAS, EDUARDO AUGUSTO MARINHO; SILVA, HIAGO VINICIUS COSTA; NASCIMENTO, JHESSICA CRHISTINA VEIGA; PEREIRA, LETICIA JEREMIAS FERREIRA; DO CARMO, CIBELLE REGINA LIMA; DE ARAUJO, FABIOLA DO SOCORRO SANTOS; DA SILVA, REBECKA BHENDA LACERDA DA ROCHA; DOS SANTOS, ELINALDO DA CONCEIÇÃO; LUNARDI, ADRIANA CLAUDIA;
Universidade Cidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil; Universidade Federal do Amapá - Macapá - Amapá - Brasil;

Introdução: Uma das estratégias para prevenir os efeitos adversos advindos do tratamento com quimioterápicos é a realização de exercícios físicos. Porém, ainda não se sabe se há associação entre os fatores psicossociais e as barreiras e facilitadores para que o paciente realize atividade física regularmente. Objetivos: Avaliar a associação entre ansiedade, depressão e auto-eficácia com as barreiras e facilitadores dos pacientes oncológicos durante o ciclo do tratamento quimioterapêutico. Métodos: Este estudo transversal incluiu pacientes consecutivos hospitalizados para realização de ciclo de quimioterapia, no Instituto de Assistência Médica do Estado de São Paulo, entre abril e agosto de 2023. Todos os pacientes responderam os questionários: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, General Self-Efficacy Scale, Barreiras e Facilitadores para Pratica de Atividade Física. Após a análise descritiva, testes de correlação de Pearson e ANOVA de um fator com pos-hoc de Bonferroni foram realizadas no software SigmaStat. Resultados: 26 pacientes (77% feminino, 54±15 anos, 26±3Kg/m2, 6 com câncer gástrico, 6 de intestino, 5 de mama, 1 de pulmão, entre outros) foram avaliados. 17 (77%) deles refere praticar atividade física regularmente, 7 (27%) apresenta traços de ansiedade e 5 (19%) de depressão. Eles apresentaram 35±6 pontos de auto eficácia. Observou-se correlação entre a pontuação de HADS ansiedade com a auto eficácia (r=0,49; p=0,03). As barreiras pessoais para prática de atividade física mais reportadas pelos pacientes foram: limitações físicas e a presença da doença. Já as ambientais foram: falta de suporte profissional e falta de companhia. Comparando os pacientes que reportaram predominantemente barreiras pessoais (n=6), barreiras ambientais (n=3) e os sem predominância (n=15) entre as duas, observamos maior média de ansiedade (9,3±3,5 vs 6±1,3 vs 5±3; p=0,02) e pior auto-eficácia (30±9 vs 33±5 vs 37±2; p=0,03) no grupo com barreiras pessoais. Não houve associação das barreiras com traço depressão. Conclusões: Há associação entre ansiedade, auto-eficácia e barreiras para prática de atividade física em pacientes oncológicos durante o ciclo do tratamento quimioterapêutico.

179 EFEITO DA REABILITAÇAO PULMONAR EM PACIENTES COM PNEUMOPATIA POS COVID-19

LAPA, MONICA; SQUASSONI, SELMA DENIS; FISS, ELIE; ARENA, ALINE CRISTINA DA SILVA; CRUZ, CAMILA LICATI; LUNARDI, GIULIA;
FMABC - SANTO ANDRÉ - São Paulo - Brasil;

Introdução: A COVID-19 (Corona Virus Disease 2019), causada pelo vírus SARS-CoV-2, é uma nova doença que surgiu em dezembro de 2019 em Wuhan, na China e se alastrou pelo mundo causando uma pandemia. Apresenta um amplo espectro clínico, variando desde casos assintomáticos até evolução com pneumonia severa e desconforto respiratório agudo. O Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP), que foi um programa inicialmente direcionado para pacientes com pneumopatias crônicas, como DPOC, está sendo aplicada também em pacientes com sequelas dessa nova doença. Objetivos: Avaliar o efeito do Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) em pacientes com pneumopatia pós covid-19. Métodos: Trata-se de um estudo clínico aberto no qual foram incluídos 63 pacientes com pneumopatia crônica após COVID-19, recrutados do ambulatório de Pneumologia / Reabilitação Pulmonar da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Foram separados em grupo controle, os pacientes que optaram por não realizar o PRP, e grupo intervenção, os que realizaram PRP. Ambos foram submetidos a anamnese, exame físico geral e alguns testes de função pulmonar, em dois tempos diferentes. Resultados: O estudo demonstrou que o grupo que realizou reabilitação possuía maior comprometimento pulmonar e apresentou melhora clínica, no teste de função pulmonar, no de funcionalidade e na resposta cardiopulmonar. O grupo controle, que não realizou reabilitação, possuía menor comprometimento pulmonar e também apresentou melhora funcional e clínica. Entretanto, tivemos um aumento de distância percorrida no TC6 mais expressivo no grupo Intervenção do que no Grupo Controle, mostrando uma melhora funcional mais importante em quem realizou o PRP. Conclusões: A reabilitação pulmonar é eficaz em pacientes que tiveram maior comprometimento pela COVID-19.

180 EFEITOS DA REABILITAÇAO PULMONAR EM PORTADOR DE MIELOMENINGOCELE E ESCOLIOSE TORACOLOMBAR

FERNANDES, MATHEUS GUEDES; TEODORO, Renata Jesus; CARVALHO, GIOVANNA; CHIAVEGATO, LUCIANA dias; FARESIN, Sonia Maria;
UNIFESP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: A mecânica ventilatória normal depende da complacência da caixa torácica e de sua excursão livre durante todo o ciclo respiratório. A distorção da caixa torácica associada à deformidade vertebral contribui para a mecânica ventilatória alterada e para diminuição da capacidade dos portadores de escoliose em realizar atividades físicas. Objetivo: Relatar o caso de uma jovem, portadora de escoliose toracolombar, (ainda sem acompanhamento ortopédico) que foi submetida a um programa de reabilitação pulmonar no cenário pré-operatório para tratamento cirúrgico urológico. Relato de caso. Sexo feminino, 16 anos, apresenta escoliose toracolombar desde o nascimento, pé torto congênito e deambula com auxílio de órteses em MMII. Apresenta dispneia, ao caminhar pequenas distâncias (MRC 3), de longa data. Não apresenta outros sintomas respiratórios, no entanto, refere episódios de palpitações no esforço, com melhora ao repouso, sem dor torácica ou síncope associadas. Atualmente, a escoliose toracolombar apresenta grau de desvio importante, associada a um distúrbio ventilatório restritivo leve e com sinais de dispneia aos esforços. Ao exame físico: PA 110/70 mmHg, FC 69 bpm, SpO2 97% ar ambiente, f 20 ipm, IMC = 20.6 kg/m²; espirometria: CVF = 63% prev; VEF1 = 66% prev; VEF1/CVF = 0,95; PImáx = 24,5% prev; PEmáx = 47% prev; PFE = 25% prev; PFT = 41% prev; TD2' = 16 degraus com SpO2 96% e BORG 3\3; 1 RM MMSS (flexores) = 2Kg e MMII (extensores) = 4 kg. Protocolo de reabilitação: Foram realizadas 14 sessões de fisioterapia constando de VMNI em modo BIPAP PI= 12; PEEP=10 por 30 minutos; exercícios diários com e técnica de empilhamento de ar com AMBU; treinamento muscular respiratório com power breath carga linear de 35% a 55% da Pimáx; 3xs/semana caminhada (20 min com FC submáxima de 45% a 55% e Borg máximo de 5); fortalecimento MMSS e MMII 2xs/semana (carga de 20% de 1 RM). Houve melhora de todos os parâmetros analisados: PImáx= 70% prev; PEmáx = 60% prev; PFE= 97% (p=0,04); PFT= 111%; TD2'= 26 degraus e SpO296%, BORG 2; Teste 1RM MMSS = 3 Kg e MMII = 5 Kg. Discussão: O protocolo instituído no caso relatado foi eficaz para a melhora da força muscular respiratória e periférica, do PFE, do PFT e assim como da tolerância ao esforço. A literatura não é conclusiva sobre protocolos voltados á reabilitação respiratória em pacientes com escoliose. No entanto, a fraqueza muscular e as alterações estruturais como a escoliose toracolombar, pioram progressivamente as condições ventilatórias, justificando a intervenção fisioterapêutica.

181 EFEITOS DO TREINAMENTO DE FORÇA E DE ENDURANCE DA MUSCULATURA RESPIRATORIA DURANTE PROGRAMA DE TELERREABILITAÇAO PULMONAR EM PACIENTES POS-COVID-19.

RATTI, LÍGIA SANTOS ROCETO; VIAN, BRUNA SCHARLACK; DE OLIVEIRA, LAIS BACCHIN; BARAUNA LIMA, ANA LUCIA CAVALLARO; PEREIRA, MONICA CORSO; PEREIRA SILVA, LUARA INOCÊNCIO;
HC Unicamp - Campinas - São Paulo - Brasil;

Introdução: A avaliação e o treinamento de força e endurance dos músculos respiratórios são fatores determinantes para a evolução clínica e funcional durante a telerreabilitação pulmonar Objetivos: Descrever o modelo de avaliação e de treinamento muscular respiratório, e comparar as pressões respiratórias máximas (PImáx e PEmáx) antes e após um programa de telerreabiltação pulmonar (PTRP) oferecido em duas modalidades: supervisão híbrida-GRP versus supervisão remota-GRR, em pacientes pós-COVID-19 Métodos: Estudo clínico, intervencionista, prospectivo e randomizado com pacientes que estiveram hospitalizados por pneumonia por COVID-19. Após a alta hospitalar os pacientes eram avaliados para identificação de necessidade de reabilitação funcional. Se preenchessem critérios de inclusão (distância < 400m no TC6, presença de hipoxemia ao exercício), os pacientes eram avaliados (PImáx e da endurance) e orientados quanto à telerreabiltação: receberam uma cartilha impressa, um kit contendo equipamento Powerbreathe® plus medic, oxímetro, e acesso ao aplicativo "Monitora-PTRP". PImáx e endurance foram avaliados com o PowerbreatheÇ$ KH2, usado na avaliação e na definição de carga: para treino de força foi utilizado 50% da PImáx; e de endurance foi utilizado 80% da carga submáxima (SMIP) realizada por meio do teste incremental. A PEmáx foi avaliada por meio do manovacuômetro digital MVD-300 GlobalmedÇ$. O PTRP durou 12 semanas, três vezes na semana, com reavaliações remotas ou presenciais. A cada 3 semanas houve aumento da carga para treinamento de força, e para o endurance houve acréscimo sequencial de tempo, e de exercícios de MMII. Resultados: De 240 pacientes avaliados, 107 foram convidados, e 50 participaram do PTRP, 28 para o GR-R, e 22 para o GR-P. Treze pacientes do GR-R e 17 do GR-P finalizaram o PTRP, com média de idade de 47 e 55 anos, respectivamente, e predominância do sexo feminino (46 e 53%, respectivamente). Avaliação inicial: GR-R (97,2 ±37,5 cmH20) e GR-P (65,7 ±36,9), p=0,03. Houve aumento significativo na reavaliação, (p<0,001), porém sem diferença entre os grupos GR-R (117,5±36,1 cmH20), GR-P (80,7 ±33,3 cmH20), p=0,97. Após o PTRP, PEmáx aumentou nos dois grupos (p=0,001): GR-R de 121,2±4,1 para 149,4±48,2 cmH20, GR-P de 100,7 ±46,3 para 119±46,3cmH20; não houve diferença entre os grupos (p=0,09). Houve aumento da carga de treinamento da endurance entre os grupos (p=0,60), sem que houvesse aumento do tempo máximo do teste incremental (p=0,27). Conclusões: Após o PTRP, independente da modalidade de supervisão, houve melhora na PImáx e PEmáx. O equipamento PowerbreatheÇ$ KH2 foi útil e aplicável na avaliação e treinamento individualizado de força e endurance muscular respiratória em programas de telerreabilitação a distância.

182 EFETIVIDADE DO TREINAMENTO AEROBIO NOS SINTOMAS ADVERSOS RELACIONADOS A QUIMIOTERAPIA DURANTE O TRATAMENTO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ENSAIO CONTROLADO E ALEATORIZADO.

SELLES, WILLIAM DE LIMA; DO CARMO, CIBELLE REGINA LIMA; DOS SANTOS, GIOVANNA MARQUES FRASCOLI; LOPES, GIOVANNA DOS SANTOS; MOURA, GIOVANNI MARINI; PEREIRA, LETICIA JEREMIAS FERREIRA; DA SILVA, DIEGO WISNIESKI; DOS SANTOS, ELINALDO DA CONCEIÇÃO; DE ARAUJO, FABIOLA DO SOCORRO SANTOS; DIAS, EDUARDO AUGUSTO MARINHO; DA SILVA, REBECKA BHENDA LACERDA DA ROCHA; SILVA, HIAGO VINICIUS COSTA; NASCIMENTO, JHESSICA CRHISTINA VEIGA; LUNARDI, ADRIANA CLAUDIA;
UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil; UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - Macapá - Amapá - Brasil;

Introdução: Uma das estratégias para prevenir os efeitos adversos do tratamento oncológico com quimioterápicos é a realização de exercícios físicos, porém, os estudos têm sido realizados algumas semanas após a quimioterapia e em ambulatório. Não se sabe se o inicio precoce dos exercícios físicos pode trazer maiores benefícios. Objetivos: Avaliar os efeitos de um treinamento aeróbio nos efeitos adversos relacionados à quimioterapia, força muscular, fadiga, mobilidade e autopercepção de saúde de pacientes adultos hospitalizados para ciclos de quimioterapia. Métodos: Este ensaio controlado e aleatorizado (ReBEC RBR-6b4zwx3) incluiu, até o momento, 13 pacientes adultos com câncer e hospitalizados para realização de ciclo de quimioterapia, no Hospital do Servidor Público de São Paulo e na Unidade de Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia do Amapá. Os pacientes com hemoglobina sérica >8g/dL e hematócrito >25% e plaquetas >30.000 mm5 foram avaliados quanto aos fatores psicossociais (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar), força muscular (força de preensão palmar), fadiga (Inventário de Fadiga Breve), mobilidade (Escala de Mobilidade Intensiva), autopercepção de saúde (EuroQoL-5D-3L). Em seguida, os pacientes foram nos grupos intervenção (4 dias consecutivos de treino aeróbio em cicloergômetro por 40 minutos, em 40-60% da frequência cardíaca de reserva + cartilha com orientações para se manter ativo durante o período de hospitalização) e controle (apenas a cartilha). Ao final do último dia de intervenção os pacientes eram reavaliados de modo cego para força muscular, fadiga, mobilidade e autopercepção de saúde e efeitos adversos da quimioterapia (Memorial Symptom Assessment). Os resultados são preliminares e estão apresentados descritivamente, neste momento. Resultados: 13 pacientes finalizaram o protocolo, até o momento. No grupo controle (n=6), 100% era feminino (42±15 anos, 25±4Kg/m2), 50% tratava câncer de mama e 50% câncer digestório, e 50% reportou praticar atividade física regularmente. Uma paciente apresentou traço-depressão e 2 traço-ansiedade e traço-depressão. No grupo intervenção (n=7), 71% era feminino (49±16 anos, 25±1Kg/m2), 30% tratava câncer de mama, 30% digestório e 30% osteosarcoma. 60% reportou praticar atividade física regularmente. Nenhum paciente apresentou traço-depressão ou ansiedade. Após a intervenção, no grupo controle, 3 pacientes aumentaram a força e 1 manteve. Três pacientes diminuíram a fadiga e um melhorou a autopercepção de saúde. O efeito adverso da quimio mais reportado nesse grupo foi dor (50% dos casos). Já, no grupo intervenção, 5 pacientes aumentaram a força e 2 mantiveram. Dois diminuíram a fadiga e dois melhoraram a autopercepção de saúde. Os efeitos adversos mais reportados neste grupo foram: falta de apetite e perda de peso. Conclusões: Nossos resultados preliminares apontam para benefícios físicos e clínicos de um treino aeróbio durante o tratamento quimioterapêutico de pacientes com câncer.

183 IMPACTO DO PROGRAMA DE FISIOTERAPIA PULMONAR EM PACIENTES COM DPOC INSCRITOS NO PROGRAMA DE SUPORTE AO PACIENTE

SAUTER, ISMAEL PRETTO; LABUSSIERE, GABRIELA MARTINS; DALLA DEA, TADEU BATISTA; PENHA, MARCIO FERREIRA;
Chiesi Farmacêutica - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) representa um importante desafio de saúde tanto no sistema público como privado. O conceito de que a doença necessita medidas além do tratamento farmacológico já está bem estabelecido no meio clínico e acadêmico, além da necessidade de um acompanhamento multidisciplinar. Além disso o impacto comportamental dos pacientes, como a adesão e técnica inalatória, podem ter efeito direto nos desfechos clínicos relacionados ao tratamento. Pouco se sabe sobre o impacto desse tipo de programa em parâmetros clínicos ou no comportamento de pacientes submetidos a programas de suporte ao paciente (PSP) em indivíduos com DPOC. Objetivos: Mensurar o impacto de um programa de fisioterapia pulmonar na adesão ao tratamento e na melhora de sintomas relacionados a DPOC pelos pacientes. Métodos: O estudo avaliou os dados retrospectivos obtidos dos registros dos pacientes inscritos no programa de fisioterapia respiratória oferecido pelo PSP da Chiesi Farmacêutica Ltda (Brasil). O programa é desenvolvido virtualmente, por um fisioterapeuta respiratório, que avalia a qualidade de vida do paciente a partir de questionário de saúde e realiza os exercícios respiratórios de forma assistida (2 visitas – intervalo de 15 dias). Os dados analisados foram referentes ao período de janeiro de 2020 a maio de 2023. Resultados: Durante o período de avaliação 337.150 pacientes com doenças respiratórias se inscreveram no PSP, desses 419 pacientes se inscreveram no programa de fisioterapia, sendo 24% pacientes com DPOC, 17% com asma e 59% com outras doenças respiratórias. Desse total, apenas 49% completaram as duas visitas à fisioterapia. Dentre os pacientes com DPOC, 62% completaram as 2 visitas, sendo a média de idade de 68 anos e 59% eram do sexo feminino. As análises revelaram também que, considerando uma escala de 0 a 10, 64% dos pacientes relataram escore 10 quanto a habilidade de conseguir usar seus dispositivos inalatórios e 67% referiram um escore 8, 9 ou 10 ao avaliar a contribuição dos exercícios para a melhora em suas condições. Também foi observado que pacientes com doenças respiratórias que realizaram a fisioterapia pulmonar permaneceram 81% mais tempo em tratamento em relação aos pacientes que não realizaram fisioterapia pulmonar. Considerando os parâmetros relacionados à qualidade de vida e a sintomas, os pacientes com DPOC apresentaram uma melhora no score médio, passando de 23 para 20 pontos após a fisioterapia, demonstrando um menor impacto da doença em suas vidas. Conclusões: Podemos concluir que o programa de fisioterapia pulmonar impacta na melhora da qualidade de vida do paciente e contribui para melhor adesão ao uso da medicação, sinalizando a importância destes programas multidisciplinares para pacientes com DPOC. Contudo, mais estudos aprofundados ainda são necessários para entender o total impacto do PSP na vida do paciente.

184 REABILITAÇÃO PULMONAR DE PORTADOR DE DOENÇA NEUROMUSCULAR E CIFOESCOLIOSE

TEODORO, RENATA DE JESUS; SILVA , MATHEUS GUEDES; CARVALHO , GIOVANNA; CHIAVEGATO , LUCIANA DIAS; FARESIN, SONIA MARIA;
UNIFESP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: Os programas de reabilitação de portadores de doenças neuromusculares são polêmicos em relação ao treinamento com carga para fortalecimento muscular, porque alguns autores consideram que o estresse muscular pode piorar as condições de trofismo e força desta população. Objetivo: Relatar a evolução de uma portadora de cifoescoliose de causa neuromuscular, que foi submetida a um programa de reabilitação cardiorrespiratória. Relato de caso. Sexo feminino, 24 anos, apresenta cifoescoliose desde os 12 anos de idade, secundária a miopatia por provável erro inato do metabolismo. Evoluiu com aumento da escoliose e passou a ter dispneia, atualmente em aclives ou para andar 300 metros no plano, além de plenitude pós-prandial e engasgos. No último ano, alguns dias após engasgo apresentou tosse e secreção de difícil eliminação, e recebeu tratamento para pneumonia. Apresenta também apneia obstrutiva do sono em uso de BIPAP e surdez neurossensorial. Ao exame físico: PA 118/76 mmHg, FC 79 bpm, SpO2 94% ar ambiente, f 18 ipm, IMC = 13 kg/m²; desvio do ictus para direita; Cifoescoliose torácica, uso de musculatura abdominal para respiração, crepitações teleinspiratórias em base direita. Sem outras alterações. Espirometria pré intervenção fisioterapêuti ca: CVF = 20% prev; VEF1 = 19% prev; VEF1/CVF = 0,85; PImáx = 51% prev; PEmáx = 30% prev; PFE = 25% prev; PFT = 41% prev; TD2' = 32 degraus ou 27% prev com SpO2 84% e BORG 7; 1 RM MMSS (flexores) = 2Kg e MMII (extensores) = 4 kg. Ecocardiograma: valva mitral com folhetos espessados em grau leve, mínimo prolapso e mínimo refluxo; FE 70%. Protocolo de reabilitação: 28 sessões de fisioterapia e exercícios diários incluindo BIPAP (PI=14; PEEP=12) por 30 minutos, técnica de empilhamento de ar com AMBU e treinamento muscular respiratório com power breath, carga linear de 35% a 55% da PImáx; 3xs/semana caminhada por 20 min (FC submáxima de 45% a 55% e Borg máximo de 4) e treino abdominal em prancha (3xs/10 seg); 2xs/ semana fortalecimento MMSS e MMII (carga de 20% de 1 RM). Houve melhora de todos os parâmetros analisados: PImáx= 117% prev; PEmáx = 90% prev; PFE= 57% prev; PFT= 62% prev. TD2'= 78 degraus, SpO2 94% e BORG 2; Teste 1RM MMSS= 3Kg e MMII= 6 Kg Discussão: O protocolo instituído no caso relatado foi eficaz para a melhora da força muscular respiratória e periférica, do PFE, PFT e da capacidade ao esforço. A literatura não é conclusiva sobre a prescrição de treinamento muscular em doenças neuromusculares. No entanto, a fraqueza muscular respiratória e as alterações estruturais como a escoliose, deterioram progressivamente as condições ventilatórias, demandando intervenção fisioterapêutica. O protocolo instituído neste caso, respeitou os limiares de fadiga durante o exercício, sendo que a dose foi adaptada para que o musculo não chegasse à exaustão.

185 TÉCNICA DE EMPILHAMENTO DE AR: DURAÇÃO DOS EFEITOS OBTIDOS NO PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO E NO PICO DE FLUXO DE TOSSE EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA TORÁCICA NÃO CARDÍACA

TEODORO, RENATA DE JESUS; MUSUMECI, MARCELLA MARSON; CHIAVEGATO, LUCIANA DIAS; FARESIN, SONIA MARIA;
UNIFESP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: Após uma intervenção cirúrgica intratorácica, os pacientes apresentam alterações fisiopatológicas que resultam em tosse menos eficaz. A técnica de empilhamento de ar (TEA), utilizada inicialmente em pacientes com neuropatias, determina aumento no pico de fluxo expiratório (PFE) e no pico de fluxo da tosse (PFE) e estudos recentes demonstraram sua eficácia em pacientes submetidos a cirurgia torácica não cardíaca, que por diferentes motivos, também apresentam reduções nestas variáveis e consequentemente na capacidade de tossir. No entanto, a literatura carece de estudos capazes de indicar o tempo de duração destes efeitos benéficos. Objetivos: Avaliar a duração dos efeitos da TEA no PFE e no PFT, de pacientes submetidos à cirurgia torácica não cardíaca e se esses efeitos sofrem interferência da idade, da presença de DPOC, do hábito tabágico e da presença de dreno torácico. Métodos: Trinta doentes submetidos à cirurgia torácica não cardíaca eletiva, receberam a TEA no 3º PO e os valores de PFE e PFT foram obtidos imediatamente, a cada 30 minutos até a segunda hora e a cada 60 minutos até a sexta hora após sua aplicação. Todos os participantes foram avaliados no pré- operatório e 3º PO com relação aos sinais vitais, pressões inspiratórias máxima (PImáx) e expiratória máxima (PEmáx), PFE e PFT. Resultados: Nove doentes (30%) eram do sexo feminino, a idade média do grupo foi de 53±12 anos. O PFE e PFT apresentaram, respectivamente, aumento significante de 45±11% para 103±11% (p=0,02) e de 42±10% para 103±6% (p=0,01) do previsto após a TEA. Os efeitos se mantiveram por até 300 min (p=0,03) no PFE e até 240 min (p=0,04) no PFT. A idade não foi um fator relevante na duração dos efeitos. Em portadores de DPOC, a duração dos efeitos se extendeu até 240 min (p=0,03) e nos sem DPOC até 300 min (p=0,03). Não houve diferença na duração dos efeitos de tabagistas e não tabagistas, que se mantiveram até 300 min para o PFE (p=0,02) e até 240 min para o PFT (p=0,02). Os pacientes sem e com dreno de tórax mantiveram os efeitos no PFE até 300 min (p=0,01 e p=0,02, respectivamente). A duração dos efeitos no PFT dos pacientes sem dreno foi até 300 min (p=0,02) e para pacientes com dreno até 180 minutos (p= 0,02). Conclusões: Em pacientes submetidos a cirurgia torácica não cardíaca, os efeitos da TEA sobre o PFE e PFT se mantiveram até 300 e 240 minutos, respectivamente. Nos pacientes portadores de DPOC os efeitos sobre o PFE e PFT tiveram menor duração que nos pacientes sem DPOC. Não houve diferenças na duração dos efeitos sobre o PFE e PFT de tabagistas ou não tabagistas. Não houve diferenças na duração dos efeitos sobre o PFE de pacientes com dreno e no PFT a duração dos efeitos foi menor nos pacientes com dreno de tórax.

186 TREINAMENTO MUSCULAR INSPIRATORIO COMPARADO A INSPIROMETRIA DE INCENTIVO NO PRE-OPERATORIO DE CIRURGIA BARIATRICA

SILVA, MONISE ALEXANDRA; MORAIS, GUILHERME BRAGA; IAMONTI, VINICIUS C.; CHIAVEGATO, LUCIANA DIAS;
Unicid - São Paulo - São Paulo - Brasil; Unifesp - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Entre as estratégias que compõem o tratamento da obesidade, a cirurgia bariátrica parece ser o tratamento mais eficaz, embora acarrete alterações fisiopatológicas e maior risco de complicações pulmonares. Objetivos: Avaliar no pré-operatório a efetividade do treinamento muscular inspiratório em relação à inspirometria de incentivo na força muscular respiratória, capacidade da tosse e presença de complicações pulmonares em sujeitos submetidos à cirurgia bariátrica. Métodos: Ensaio clínico controlado e aleatorizado com 76 sujeitos avaliados no pré-operatório quanto à força muscular respiratória (manovacuometria) e pico de fluxo de tosse (PFT) alocados em grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI), submeteram-se a 10 sessões pré-operatórias de reexpansão pulmonar, exercícios de membros superiores (MMSS) e esteira ou bicicleta ergométrica por 20 minutos. No período entre as sessões, receberam orientações domiciliares: GC inspirometria de incentivo (Respiron®) e GI treinamento muscular inspiratório (Powerbreathe®). Foram reavaliados na 10ª sessão pré operatória, no 1º e 30º pós operatório (PO). Para evolução e comparação da força muscular respiratória e pico de fluxo de tosse entre grupos utilizou-se modelos lineares mistos e para análise intragrupo, Anova two way. Resultados: Entre os 76 sujeitos, 80% eram do sexo feminino com idade média de 35 anos. Após intervenção, o PFT (GC) aumentou de 86 para 97% do previsto e o GI de 88 para 99% e diminuíram no 1ºPO (76,2% e 78,6%, GC e GI respectivamente). Já a pressão inspiratória máxima (PImáx) foi 30% e 41% maior no GC e GI respectivamente e a pressão expiratória máxima (PEmax) 30% maior no GC e 10% maior no GI. PImáx e PEmáx diminuíram no 1ºPO, embora mantiveram-se em torno de 80% do previsto. No 30°PO recuperaram os valores pré operatórios basais da PImáx, PEmáx e PFT, sendo observado no GI valores maiores que no pré-operatório inicial. Conclusões: Adicionar o treinamento muscular inspiratório a sujeitos obesos submetidos a um protocolo pré-operatório com treinamento aeróbico e exercícios respiratórios, não promoveu ganho na força muscular respiratória e na capacidade da tosse quando comparado a sujeitos obesos que receberam, além do treinamento aeróbico, a inspirometria de incentivo.

tabagismo

187 ANALISE DA CESSAÇAO DE TABAGISMO DOS INDIVIDUOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO DE CANCER DE PULMAO EM UM SERVIÇO PUBLICO DE SAUDE

AGUIAR, IVANA TEIXEIRA DE; REIS, TARCISIO ALBERTIN DOS; YAMAUCHI, FABIO KENDI; OLIVEIRA, KELLY MARIA; FULAN, ISADORA RUBIRA; BATISTA, DIANE REZENDE; PRUDENTE, ROBSON APARECIDO; FRANCO, ESTEFANIA APARECIDA THOMÉ; MACHADO, LUIZ HENRIQUE SOARES; MOTA, GUSTAVO AUGUSTO FERREIRA; LIMA, BRUNO FADEL BARBOSA; NISHIYAMA, VITOR PASCHOALETI; ARTIGA, GABRIEL DE GODOY; RENO, GABRIEL FERREIRA; TAKEUCHI, ALINE YUKARI; ISHIMOTO, LETICIA YUMI; SILVA, FELIPE ROBERTO TRINCO DA; TANNI, SUZANA ERICO; HASIMOTO, ERICA NISHIDA;
FMB - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Introdução: O tabagismo é uma doença crônica que está associada a um hábito modificável, porém de difícil cessação. Grande parte dos tabagistas, já tentou parar por conta própria, porém sem sucesso, sendo necessário o auxílio de equipe especializada. O tabaco está relacionado a diversas doenças, especialmente ao câncer de pulmão, uma doença geralmente diagnosticada em estádio avançado. No Brasil, os programas de cessação de tabagismo fazem parte da rede básica de saúde e o paciente é abordado por uma equipe multidisciplinar, sendo auxiliado com diversas medidas terapêuticas. Objetivos: Analisar a cessação de tabagismo em indivíduos incluídos em um programa de rastreamento de câncer de pulmão. Métodos: Foram analisados os dados de 216 indivíduos incluídos em um programa de rastreamento de câncer de pulmão e dados do ambulatório de tabagismo realizado em um hospital público do interior do estado de São Paulo, no período de fevereiro de 2022 a julho de 2023. Foram avaliados sexo, idade, estado civil, índice de dispneia modificado do MMRC, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), tipo de cigarro utilizado, carga tabágica e método utilizado para auxílio na cessação. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS (versão 29). Resultados: Dos 216 participantes, 145 indivíduos eram tabagistas ativos e 71 ex-tabagistas. Dos tabagistas ativos, 88 (51 homens e 37 mulheres) aceitaram participar do programa de cessação. A média de idade dos 88 tabagistas foi de 63,4 anos (± 5,13), 48,9% eram casados, a carga tabágica média foi de 64,8 anos-maço (± 39,4), sendo que 86,4% fumavam cigarro industrializado. Os métodos mais utilizados para auxílio na cessação do tabagismo foram terapia de reposição de nicotina (40,3%), seguido de terapia cognitivo comportamental como método único (25,8%). Dos 88 pacientes, 18 pacientes (20,5%) estavam abstinentes na última consulta. Quando avaliados os pacientes que seguiram adequadamente, a taxa de sucesso na cessação aumentou para 45% (<0,001). Foram necessárias uma média de 3,59 consultas (±2,98) para que os pacientes cessassem o tabagismo, com um tempo médio de 2,25 meses (± 3,09) desde a primeira consulta até o paciente parar de fumar. Os pacientes que conseguiram cessar o tabagismo, iniciaram o tabagismo mais cedo (p=0,009), tinham uma maior pontuação na escala de dispneia mMRC (p=0,011) e um relacionamento estável (p=0,048). Os participantes que mantiveram o seguimento adequado tinham uma maior pontuação na escala de dispneia mMRC (p=0,003) e maior pontuação da HAD para depressão (p=0,021), sem correlação com a pontuação de ansiedade. No 1o semestre de 2023, dos 75 tabagistas atendidos no ambulatório de cessação de tabagismo, 24 (32%) tiveram sucesso, sendo que 12 (50%) desses eram participantes do programa de rastreamento (não foi observado correlação entre o rastreamento e a cessação). Conclusões: A associação dos programas de cessação de tabagismo com o de rastreamento de câncer de pulmão podem melhorar as taxas de sucesso da cessação do tabagismo.

188 AVALIAÇAO DE CONSUMO E COMPORTAMENTO DE TABACO, DISPOSITIVOS ELETRONICOS DE NICOTINA E CANNABIS EM CAMPANHA DO DIA MUNDIAL SEM TABACO DE 2023

KIRCHENCHTEJN, CIRO; KIRCHENCHTEJN, CIRO; MARQUES, SANDRA SILVA; MARQUES, SANDRA CIRO; ARAUJO, ANA CARLA SOUSA DE; ARAUJO, ANA CARLA SOUSA DE; FERNANDES, FREDERICO LEON ARRABAL; FERNANDES, FREDERICO LEON ARRABAL; CORRÊA, PAULO CESAR RODRIGUES P.; PINTO, PAULO CESAR RODRIGUES;
SBPT - Brasilia - Distrito Federal - Brasil; Secretaria Estadual De Saude - Sao Paulo - São Paulo - Brasil; SPPT - Sao Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Resumo: No dia 31 de maio, Dia Mundial Sem Tabaco, 341 passageiros do metrô de São Paulo responderam um questionário sobre consumo e comportamentos relacionados ao tabagismo, consumo de cigarros eletrônicos e Cannabis e receberam orientações breves para cessação do tabagismo. Estudantes de Medicina e Fisioterapia e médicos residentes receberam treinamento para abordarem fumantes e saberem como orientá-los sobre os riscos de fumar e como oferecer orientação breve e ensinar sobre uso de goma e pastilha de nicotina. Objetivos: Objetivo: avaliar por questionário passageiros do metrô de São Paulo sobre seu consumo de cigarros, DEFs e cannabis. Métodos: Método: aplicação de questionário por estudantes e residentes de faculdades da área de saúde em três estações de metrô de São Paulo treinados por membros das comissões de tabagismo da SBPT e SPPT no dia 31 de maio de 2023 Resultados: Resultados :Do total de respostas, 192 (56%) eram do sexo feminino, 126 (36,9%) com escolaridade inferior ao nível superior. 170 não eram fumantes. Dos fumantes, 141 (41%) consumiam exclusivamente cigarros de combustão, 31 (31%) cigarros eletrônicos, 11 (5%) narguile e 11 (5%) cannabis. Consumo associado de dois dispositivos de nicotina foi relatado em 16 participantes (5%) e de três ou mais dispositivos em 14(4%) dos questionários. Discussão: Dos fumantes, 90 (66%) responderam que gostariam de parar de fumar e 19 (14%) responderam que talvez desejassem, indicando que entre 66% e 80% poderiam estar em fase contemplativa da cessação de consumo de nicotina ou cannabis. Conclusões: Conclusão: A campanha mostrou que existe alta prevalência de consumo de tabaco de combustão, maconha e cigarros eletrônicos e que este tipo de ação pode ser um modelo de conscientização reproduzível, com função educativa e vivencial, com alcance multiplicador através de repercussões em mídias digital e impressa, noticiários de televisão e de rádios. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Campanha foi organizada pelas comissões de tabagismo da SBPT, SPPT e secretaria estadual da saúde de SP para o dia 31 de maio de 2023.

189 AVALIAÇAO DA EXPERIMENTAÇAO E USO DE CIGARRO ELETRONICO ENTRE UNIVERSITARIOS

ALBUQUERQUE NETO, ALDO AGRA; LEÃO, ARTHUR ALBUQUERQUE; ALMEIDA, ADRIELE MARIA PEREIRA FRAGOSO; PALMA, DANIELA IGNACIA RIVERA; PUREZA, ISABELE REJANE OLIVEIRA MARANHÃO;
Centro Universitário Cesmac - Maceió - Alagoas - Brasil;

Introdução: O uso de cigarro eletrônico tem apresentado elevação no seu consumo particularmente na população mais jovem. Dados do estudo COVITEL realizado em 2022 mostrou que enquanto a experimentação prévia do cigarro eletrônico na população brasileira foi de 7,3%, na população entre 18 e 24 anos a experimentação encontrada foi de 19,7%, e 3,2% era usuário diário ou ocasional do cigarro eletrônico. A população universitária é uma população onde a maioria se encontra na faixa etária de maior consumo do cigarro eletrônico e, portanto, um público importante para avaliação do padrão de consumo do cigarro eletrônico. Objetivos: Avaliar a experimentação e o consumo do cigarro eletrônico entre universitários. Métodos: Estudo transversal, descritivo realizado na população de universitários de Maceió- AL. Após aplicação do TCLE, foi aplicado questionário sociodemográfico e sobre o consumo de produtos do tabaco e especificamente sobre o cigarro eletrônico. Foi questionado sobre a experimentação do cigarro eletrônico, sobre o consumo diário de cigarro eletrônico e sobre o uso prévio diário do cigarro eletrônico. Os dados analisados são parciais obtidos entre junho e agosto/23 e o estudo continua em coleta. O trabalho foi aprovado no CEP sob o número: 69796423.5.0000.0039 Resultados: Foram avaliados até o momento 139 universitários, com idade média de 23,2 anos (DP 5,3), a maioria do sexo feminino (68,3%) , brancos (54,7%), solteiros (89,2%) e de universidade privada (81,3%). Dos universitários avaliados 66 (47,5%) já haviam experimentado cigarro eletrônico, 34 (24,5%) tinham feito o uso no ultimo mês. Quanto ao consumo do cigarro eletrônico 112 (80,6%) não faziam uso do cigarro eletrônico, mas 16 (11,5%) faziam uso menos que diário e 11 (7,9%) fazia uso diário do cigarro eletrônico. Quando indagados sobre o uso diário prévio de cigarro eletrônico 22 (15,8%) referiram que já fizeram uso diário de cigarro eletrônico. Conclusões: Na população estudada a experimentação e o uso diário de cigarro eletrônico foi superior a população jovem brasileira descrita em estudos prévios, servindo de alerta da necessidade de ações para controle desta epidemia nesta população. Os resultados finais do estudo serão importantes na confirmação destes dados.

190 AVALIAÇAO DO NIVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSAO DE INDIVIDUOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO DE CANCER DE PULMAO EM UM SERVIÇO PUBLICO DE SAUDE

AGUIAR, IVANA TEIXEIRA DE; NISHIYAMA, VITOR PASCHOALETI; REIS, TARCÍSIO ALBERTIN DOS; YAMAUCHI, FABIO KENDI; OLIVEIRA, KELLY MARIA DE; FURLAN, ISADORA RUBIRA; BATISTA, DIANE REZENDE; PRUDENTE, ROBSON APARECIDO; FRANCO, ESTEFÂNIA APARECIDA THOMÉ; MACHADO, LUIZ HENRIQUE SOARES; MOTA, GUSTAVO AUGUSTO FERREIRA; LIMA, BRUNO FADEL BARBOSA; ARTIGA, GABRIEL DE GODOY; RENO, GABRIEL FERREIRA; TAKEUCHI, ALINE YUKARI; ISHIMOTO, LETICIA YUMI; SILVA, FELIPE ROBERTO TRINCO DA; TANNI, SUZANA ERICO; HASIMOTO, ERICA NISHIDA;
FMB - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Introdução: O tabaco é amplamente consumido em diversas culturas, sendo um importante problema de saúde pública. Além do comprovado risco para a saúde física, existe um crescente interesse nas implicações do tabagismo na saúde mental. Entre os fatores psicológicos, a ansiedade e a depressão têm sido apontadas como importantes componentes em diversas condições de saúde. Estudos recentes indicam que o ato de fumar seja um fator de risco para transtornos de ansiedade, como ataques de pânico e ansiedade generalizada, bem como a quadros de depressão. Objetivos: Avaliar o nível de ansiedade e depressão em indivíduos incluídos no programa de rastreamento de câncer de pulmão em um serviço público de saúde. Métodos: Foram analisados os dados de 216 indivíduos incluídos em um programa de rastreamento de câncer de pulmão realizado em um hospital público do interior do estado de São Paulo, no período de fevereiro de 2022 a julho de 2023.Os dados foram obtidos por meio das entrevistas realizadas com os indivíduos, no momento da inclusão no programa de rastreamento. Foram avaliados: sexo, idade, dados relacionados ao tabagismo e escala hospitalar de ansiedade e depressão. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) têm o objetivo de identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes por meio de 14 itens, sendo 7 para classificar ansiedade e 7 para classificar depressão. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS (versão 29). Resultados: Dos 216 participantes, 57,9% eram do sexo feminino, com idade média de 63,3 anos (± 5,32). A idade média de início do consumo de cigarro foi de 14,4 anos (± 4,86). A carga tabágica média foi de 64,6 anos-maço (± 40,9). Com relação a ansiedade 86 indivíduos (39,8%) apresentaram algum grau de ansiedade, dos quais 64 indivíduos (74,4%) eram mulheres. O sintoma depressão foi referido por 67 indivíduos (31%), sendo mais prevalente também nas mulheres (77,6%). A idade e a pontuação para o sintoma ansiedade e depressão se correlacionaram de maneira inversamente proporcional, quanto maior a idade, menor a pontuação para a ansiedade ($p<0,001$) e depressão ($p=0,018$). Na correlação entre a pontuação de ansiedade e depressão foi observada uma relação de variação crescente, na qual uma maior pontuação de ansiedade, se relacionou a uma maior pontuação na escala de depressão e vice-versa ($p<0,001$). Nos pacientes com diagnóstico prévio de ansiedade, a mediana de pontuação na HAD foi maior do que em pacientes sem o diagnóstico [11 (6-14) vs 6 (3-9); $p<0,001$], assim como para os pacientes com depressão [9 (4-11) vs 4 (2-8); $p<0,001$]. Não houve correlação entre os escores de ansiedade e depressão com a idade de início do tabagismo, tabagismo ativo, carga tabágica e tipo de cigarro utilizado. Conclusões: A ansiedade e a depressão são sintomas muito prevalentes em pacientes tabagistas, sendo importante o diagnóstico nessa população para adequado tratamento e otimização das medidas visando a cessação do tabagismo, melhora na qualidade de vida e na saúde mental dos indivíduos.

191 CARACTERIZAÇAO DA CAPACIDADE AO EXERCICIO, EXACERBAÇAO E QUEIXA DE LIMITAÇAO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIARIA EM PACIENTES COM RASTREIO POSITIVO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA: ESTUDO PILOTO

SANT'ANA , NATHALIA MARTON; MOTA , JENNIFER VIANNA; SANTOS, BEATRIZ RODRIGUES SILVA; CRUZ , NAYARA CRISTINA ROMÃO; KABBACH, ERIKA ZAVAGLIA; LEONARDI , NAIARA TAIS; SCHAFAUSER, NATHANY SOUZA; ZORRER FRANCO, FRANCISCO JOSÉ BARBOSA; OHARA , DANIELA GONÇALVES; DI LORENZO, VALÉRIA AMORIM PIRES; ROLIM, JOÃO VICTOR; ZORRER FRANCO, MARCELA MARIA CARVALHO DA SILVA; MENDES, RENATA GONÇALVES;
UFSCAR - São Paulo - São Paulo - Brasil; Universidade Santo Amaro - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Introdução: Estima-se que haja mais de 8 milhões de pessoas com DPOC no Brasil, porém, destas pouco mais de 350 mil pessoas são diagnosticadas com a doença, o que muitas vezes acontece tardiamente, quando as complicações sistêmicas estão agravadas, com maior prejuízo na capacidade ao exercício físico e nas atividades de vida diária (AVD), tornando-se assim, o subdiagnóstico ou diagnóstico tardio, um importante problema no país. Neste contexto, instrumentos para rastreio da doença vêm sendo mundialmente utilizados. Adicionalmente, há escassez de conhecimento quanto associação do rastreio precoce e desfechos importantes de saúde como capacidade ao exercício, frequência da exacerbação e limitações das atividades de vida diária. Objetivos: Caracterizar a capacidade ao exercício, limitação para realização de AVDs e frequência de exacerbação em pacientes com rastreio positivo para DPOC. Métodos: Estudo transversal e observacional, com 32 indivíduos; idade entre 50 e 70 anos, tabagistas ou expostos a gases tóxicos. Como instrumento de avaliação foram aplicados o questionário COLA (COPD in Low-Middle Income Coutries - LMICs Assessment), para rastreio da doença, sendo considerado rastreio positivo a pontuação maior ou igual a 4; o desempenho no teste de 6 minutos TD6 (número de degraus), queixa de limitação nas atividades de vida diária pelo questionário COPD Assessment Test (CAT) no domínio AVD e questionamento sobre piora dos sintomas. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 57825422.2.3001.0086. Análise estatística: Foram randomizados em dois grupos: COLA menor do que 4- grupo rastreio negativo (GRN, n=17) e COLA maior que 4- grupo rastreio positivo (GRP, n=15). Para comparação entre os grupos foi realizado o teste t de student (paramétricos) e Mann Withney (não paramétricos). Para analise de cluster, foi realizado o modelo hierárquico, seguida pela análise de cluster K-means. Resultados: No que se refere aos dados antropométricos e demográficos, não houve diferença significativa entre os grupos GRN e GRP respectivamente, na idade, sendo, 67 [57;68] versus 61[54;70] anos (p= 0.4), gênero feminino sendo, 58% versus 66% (p= 0.4) e índice de massa corpórea sendo, 26 [25; 29] versus 27(21;29] kg/cm2 (p=0.9) e relação volume expiratório forçado sobre capacidade vital forçada (VEF1/CVF) 97% versus 98% (p= 0.4). Houve diferença significativa entre os grupos GRN e GRP respectivamente no domínio AVD do CAT, sendo, 2±1 versus 4±1 (p= 0.05); número de degraus, sendo, 114±35 versus 93±20 (p= 0.005) e frequência de exacerbação no último ano, sendo, 0 [0-0] versus 1 [0-2] (p= 0,03). Na análise de cluster, foi verificado que pacientes com rastreio positivo, apresentam menor número de degraus (93 versus 162 degraus, GRP versus GRN, p= 0.000), maior queixa nas limitações nas AVD(4 versus 1 pontos, GRP versus GRN, p= 0.001). Conclusões: Pacientes com rastreio positivo para DPOC apresentam pior capacidade ao exercício, queixa de limitação nas atividades de vida diária e maior frequência de exacerbação pulmonar.

192 CIGARRO ELETRONICO: PREVALENCIA E CONHECIMENTO DO USO ENTRE ESTUDANTES DA AREA DA SAUDE

BUENO, CARLOS EDUARDO; METTIFOGO, CAROLINA BOLFARINI GUIOTTI; BUENO, PATRICIA CINCOTTO DOS SANTOS;
UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - Marília - São Paulo - Brasil;

Introdução: O cigarro eletrônico (CE) surgiu como uma ferramenta que auxiliaria na suspensão do uso do cigarro convencional, porém, tornou-se uma nova forma de vício. Seu uso excessivo demonstrou causar lesões pulmonares relacionadas as substâncias liberadas pelo dispositivo, como metais tóxicos, carbonos voláteis, espécies reativas de oxigênio e furanos. Ainda assim, o consumo do dispositivo vem aumentando consideravelmente entre os jovens nos últimos anos. Objetivos: O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência e o conhecimento do uso do cigarro eletrônico entre os estudantes da área da saúde do país. Métodos: O projeto é de caráter observacional, transversal, descritivo e quantitativo. Utilizamos o questionário utilizado por Silva, T, 2020, no estudo "Conhecimento dos acadêmicos de odontologia sobre cigarro eletrônico e narguilé. A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2022. O questionário foi feito através do "google forms" e disparado através do "Instagran". Resultados: Foram respondidos 288 formulários. A amostra foi composta por 76,7% de mulheres e 22,9% de homens, com idade entr, provenientes de 34 universidades e 9 cursos superiores, sendo 1,4% da nutrição, 2,8% da psicologia, 3,5% da biomedicina/farmácia, 4,5% da medicina veterinária, 4,5% da fisioterapia, 12,2% da enfermagem, 15% da odontologia e 55,5% da medicina. Destes, 58,3% alegaram que nunca receberam informações sobre os malefícios do cigarro eletrônico durante seu curso e 83,3% disseram não ter oportunidade de discutir sobre o uso do cigarro eletrônico em sala de aula. A segunda seção do formulário foi respondida por 103 estudantes, que fazem ou já fizeram uso de CE. Entre eles, apenas 10,7% iniciaram o consumo como tentativa de parar de fumar o cigarro convencional, enquanto 53,4% começaram devido a oferta por amigos e 34% por curiosidade. Desta amostra, 27,7% não souberam relatar se o tabaco era uma substância presente no CE e quando questionados sobre seu conhecimento à cerca do CE 29,17% afirmaram conhecer muito e 7,30% não tinham nenhum conhecimento. Quanto aos locais, 63,1% relataram fazer uso dentro de algum meio de transporte, 17,5% na sala de aula e 8,7% em alguma área relacionada a promoção de saúde. Em relação a quantidade, 24,7% utilizam mais de 31 vezes ao dia, 32% entre 16-30, 23,5% entre 6-15 e 19,8% menos que 5, sendo mais utilizado durante o período noturno. Conclusões: Entre os estudantes pesquisados, 35,76% fizeram ou fazem uso do cigarro eletrônico, entretanto somente cerca de 30% relataram conhecer sobre o mesmo e ainda é pouco discutido entre os estudantes da área da saúde. Cabe, portanto, as instituições iniciarem formas de conscientização do mesmo para seus alunos, promovendo saúde e formando profissionais mais capacitados.

193 EXPERIENCIA DE GRADUANDOS EM MEDICINA E ENFERMAGEM NA PRATICA DE EDUCAÇAO EM SAUDE EM TABAGISMO PARA ESTUDANTES DO ENSINO PUBLICO DE CAMPINAS, SAO PAULO

MOREIRA, CAROLINA GABRIELA ALVES; DE SALES, GABRIEL RIBEIRO; DOS SANTOS, VICTORIA ALCHANGELO; YONEZAWA, GISELE NUNES; PEREIRA, MÔNICA CORSO;
Centro Universitário Max Planck - UniMAX - Indaiatuba - São Paulo - Brasil; Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil;

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que o tabagismo seja responsável pela morte de 8 milhões de pessoas por ano. Apesar da melhora do cenário epidemiológico brasileiro associado a essa prática, o advento dos dispositivos eletrônicos de fumar (DEFs) entre crianças, adolescentes e jovens adultos é preocupante e levanta a questão da necessidade de aumentar o letramento em saúde sobre o tabagismo nessa população. Objetivos: Relatar a avaliação de graduandos em Medicina e em Enfermagem na prática de uma estratégia de educação em saúde em tabagismo para estudantes do ensino público de Campinas - SP. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo baseado nas experiências dos graduandos em atividades de educação em saúde que tiveram como público-alvo indivíduos matriculados no ensino fundamental 2 (EF-2), ensino médio (EM) e ensino para jovens e adultos (EJA) da rede pública de Campinas - SP. A conexão com as escolas foi intermediada por um agente da Secretaria Municipal de Cultura de Campinas (Gomes, R.S.). Foram realizadas três intervenções com turmas distintas entre novembro e dezembro de 2022, havendo uma abordagem total de cerca de 100 alunos. A equipe de graduandos se revezou em duplas para atuarem como responsáveis por cada intervenção, que tiveram duração média de 90 minutos e incluíram uma apresentação teórica a respeito do tabagismo e uma dinâmica que visava simular a dificuldade respiratória de um fumante nos escolares por meio da prática de uma atividade física de alta intensidade. Foi realizada uma adaptação desta última dinâmica para alunos que, por motivos de saúde, estavam inaptos a praticá-la. Resultados: Durante a apresentação teórica, a maior parte das dúvidas surgiu por parte dos alunos do EF-2, principalmente no que tange aos efeitos do tabaco na aparência física e nas características sexuais secundárias, além de muitos questionamentos terem levantado a comparação entre os efeitos do tabaco e os da maconha. Com a exposição dos malefícios dos DEFs, houve expressão de surpresa pelo público, sobretudo ao descobrirem que usuários desses dispositivos são considerados fumantes. Os estudantes do EM e do EJA interagiram menos com os intervencionistas e apresentaram menor interesse na realização da atividade prática. Essa última faixa de alunos também questionou sobre a possibilidade de redução de danos no tabagismo. Uma aluna do EJA relatou oralmente que era tabagista mas que, após a intervenção, gostaria de parar de fumar. Conclusões: Observamos que esta estratégia de abordagem sobre o tabagismo foi mais dinâmica quando realizada com alunos do EF-2, possivelmente devido ao fato de que esses indivíduos, dada sua idade, ainda não experimentaram o tabaco. É possível perceber a necessidade de uma maior disseminação de informações a respeito dos DEFs na comunidade, sobretudo entre a faixa etária abordada, considerando o desconhecimento por parte dos alunos sobre o assunto e a susceptibilidade dessa população à experimentação dos produtos derivados do tabaco.

194 FATORES CLINICOS E LABORATORIAIS ASSOCIADOS AO TABAGISMO NA DOENÇA FALCIFORME

CRUZ, THEOMARIO TEOTONIO; OZAHATA, MINA CINTHO; GOMES, ISABEL; BELISÁRIO, ANDRÉ; TELES, DAHRA; KELLY, SHANNON; CUSTER, BRIAN; SABINO, ESTER C.; DINARDO, CARLA LUANA; FERNANDES, FREDERICO LEON ARRABAL;
Fundação HEMOMINAS - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil; Fundação Prósangue - São Paulo - São Paulo - Brasil; HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil; HEMOAM - Manaus - Amazonas - Brasil; HEMOPE - Recife - Pernambuco - Brasil; Vitalant Research Institute - Estados Unidos;

Introdução: O tabagismo está associado a uma maior morbidade em indivíduos com doença falciforme (DF). Estudos envolvendo crianças com DF expostas ao tabagismo passivo relatam maiores incidências de episódios de dor e síndrome torácica aguda. Os dados da população adulta são muito escassos. Objetivos: Nosso objetivo foi avaliar o impacto do tabagismo nos achados clínicos e laboratoriais em uma grande coorte de DF. Métodos: A coorte brasileira de DF do Estudo de Epidemiologia do Receptor e Avaliação do Doador (REDS-III) foi estabelecida em 6 cidades brasileiras para investigar resultados clínicos. Os participantes adultos foram entrevistados e questionados se já tinham fumado >100 cigarros em suas vidas. Participantes que responderam “sim” foram classificados como ‘fumantes atuais’. Os dados clínicos e laboratoriais dos participantes ‘fumantes atuais’ e ‘não fumantes’ foram comparados. Resultados: Dos 1.231 adultos inscritos com dados sobre tabagismo, 332 (27%) foram classificados como ‘fumantes atuais’ e 899 (73%) como ‘não fumantes’. Sexo masculino, idade e” 40 anos, menor nível educacional e hemoglobina acima do 75º percentil estavam associados ao status de ‘fumante atual’. Conclusões: O tabagismo foi mais prevalente entre pacientes com DF de idade avançada, sexo masculino e baixo nível educacional, de acordo com a literatura internacional envolvendo diversos pacientes. Além disso, o tabagismo foi associado a níveis mais elevados de hemoglobina, possivelmente refletindo o estímulo da eritropoietina na medula óssea dos pacientes.

195 INFLUENCIA DA MIDIA SOCIAL NO USO DO CIGARRO ELETRONICO: FATO OU "FAKE"?

BUENO, CARLOS EDUARDO; BUENO, BEATRIZ DOS SANTOS; BUENO, MANUELA DOS SANTOS; COSTANZO, LUIZA PEDRO; SILVA, KALIANA MOURA; PIZZOLATO NETO, JOSE ANTONIO; MACHADO, ANA LUISA; BUENO, PATRICIA CINCOTTO DOS SANTOS;
UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - Marília - São Paulo - Brasil;

Introdução: Como produto inicialmente indicado para a superação do vício ao tabagismo, o cigarro eletrônico (CE) foi apresentado como uma alternativa menos prejudicial, objetivo esse questionável e informação de veracidade refutável. Tal pretexto, acabou por favorecer a disseminação do CE ao ponto de atingir até os não fumantes, atraindo, inclusive, os mais jovens; assim como ratifica o relatório Covitel de 2022, o qual expõe que 7,3% dos brasileiros fizeram uso do CE, porcentagem essa ainda mais expressiva caso seja analisado exclusivamente jovens entre 18 e 24 anos, intervalo de idade em que sua utilização é mais frequente. Prevalência essa corroborada pelo estilo de vida apresentado por influenciadores digitais, que atrelam a seu conteúdo rotineiro suas experiências do uso de vapes, exercendo assim a função de propaganda indireta que motiva decisões e atitudes do público a favor do consumo de CE. Isso, enquanto informação provindas de estudiosos ou que citam a malignidade e consequências do produto para o consumidor permanecem em segundo plano de visualização nas páginas da internet. Objetivos: Avaliar a veracidade das informações veiculadas em redes sociais que abordam o tema cigarro eletrônico. Métodos: A pesquisa fez o uso de vídeos publicados na plataforma YouTube, a partir das palavras chaves "cigarro eletrônico", busca essa que foi feita no dia 5 de julho de 2022 e que, a partir dela, utilizou-se os duzentos primeiros vídeos apresentados após a procura. Com o critério de exclusão sendo o fato de não possuir correlação direta com o tema. Foram observados os seguintes parâmetros: endereço eletrônico, se o conteúdo do vídeo era contra, neutro ou a favor do uso, número de visualizações, número de "curtidas", taxa de propagação e informações sobre o autor. Resultados: Dos 200 vídeos encontrados foram selecionados 161. O número total de visualizações foi de 17.806.385 sendo 45% de vídeos a favor do uso do CE, 16% contra e 39% neutro. Os vídeos analisados a favor do uso, somente 5,2% informaram que os autores possuíam graduação em nível superior, já nos vídeos contrário ao uso 100% informaram possuir este nível de graduação. A taxa de propagação total foi de 18.718.612, sendo 8.268.982 a favor do uso, 3.085.382 contra e 7.364.248 neutra. Conclusões: Os vídeos mais acessados e com maior taxa de propagação foram a favor do uso de cigarro eletrônico, os quais possuem baixa confiabilidade devido ao fato de não terem como interlocutores estudiosos da área ou pessoas que tenham compromisso com a veracidade.

196 NOVA FORMA DE UM VELHO HABITO, O TABAGISMO, E SUAS CONSEQUENCIAS A SAUDE: RELATO DE CASO DE EVALI GRAVE

QUEIROZ, SAMIA ALVES; DE ALMEIDA, GUSTAVO CORREA; GOMES, GABRIEL HENRIQUE CAVERCAN; CARVALHO, GIL GOUVEIA HANS; PEREIRA, LUIZ ALVES BARRETO; HOMSI, LUIZ; SILVEIRA, THAIS HADDAD;
Famerp - Hospital de Base - São Jose Rio Preto - São Paulo - Brasil;

Os cigarros eletrônicos foram desenvolvidos em 2003 com proposta de um produto alternativo menos lesivo, o qual auxiliaria na cessação do tabagismo. Entretanto, com impulso da indústria do tabaco e ganho de popularidade através das redes sociais, o uso destes dispositivos tem sofrido aumento exponencial, especialmente entre adolescentes, jovens e não tabagistas. Além disso, estes são considerados uma ameaça à saúde pública, tendo ocorrência crescente da lesão pulmonar induzida pelo cigarro eletrônico (EVALI), a qual representa uma reação inflamatória pulmonar que pode levar à insuficiência respiratória. Neste trabalho, relatamos um caso grave de EVALI em paciente jovem. Homem, 29 anos, sem comorbidades, procurou atendimento referindo tosse seca, dor torácica ventilatório dependente, febre, mialgia e dispneia progressiva há 4 dias. Relatou contato com águas de rio e chuvas um dia antes do início do quadro. Tabagista com carga tabágica de 5 anos-maço e uso de cigarro eletrônico há um mês como método de interrupção do tabagismo. Em admissão, apresentou taquipneia, estertores finos e roncos predominando em terços inferiores em ausculta pulmonar e hipoxemia com necessidade de O2 suplementar via máscara não-reinalante. Exames laboratoriais revelaram leucocitose, proteína C reativa aumentada e função renal normal. Radiografia de tórax demonstrou opacidades bibasais e infiltrado de predomínio central bilateral. Tomografia computadorizada de tórax apresentou aspecto de vidro fosco com distribuição central de ápices a bases, áreas de consolidações e derrame pleural de pequeno volume bilateral. O paciente foi encaminhado a UTI com necessidade de intubação orotraqueal. Broncoscopia apresentou lavado broncoalveolar de aspecto claro com predomínio celular neutrofílico e pesquisa negativa para agentes infecciosos. Investigação de autoimunidade não evidenciou doença reumatológica e ecocardiograma transtorácico sem alterações. Diante da ausência de sinais de outras doenças, principalmente infecciosas, e cronologia com o uso de cigarro eletrônico foi considerado a hipótese EVALI. Após antibioticoterapia empírica associado a metilprednisolona 1mg/kg/dia, houve rápida melhora e extubação em 72 horas. O paciente recebeu alta hospitalar em 6 dias em uso de prednisona 20mg via oral e programação de desmame. O caso descrito demonstra que a EVALI é uma doença potencialmente grave, sendo o diagnóstico dado por exclusão. Ademais, alerta para o risco do cigarro eletrônico como método auxiliar na cessação do tabagismo, uma vez que, neste caso, esta foi a motivação para uso deste produto e nova porta de entrada para formas de tabagismo e consumo de nicotina.

197 PADRAO CLINICO RESPIRATORIO RELACIONADO AO USO DE DISPOSITIVOS ELETRONICOS DE LIBERAÇAO DE NICOTINA EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS: UMA REVISAO SISTEMATICA

CERQUEIRA LEAL NEVES, JULIA; NIEDERMAYER FAGUNDES, MARILIA;
EBMSP - salvador - Bahia - Brasil;

Introdução: Cigarros eletrônicos ou vaporizadores fazem parte de um diverso grupo de dispositivos eletrônicos de inalação de nicotina. Apesar de terem sido inicialmente introduzidos ao mercado como uma ferramenta para ajudar os fumantes no processo de interrupção do fumo do cigarro tradicional, esses dispositivos ganharam popularidade principalmente entre os jovens e adultos jovens, levando a um aumento significativo do vício em nicotina dentro desse grupo na última década. Entre os diversos danos à saúde causados pelo uso de cigarros eletrônicos e vaporizadores, destacam-se as manifestações respiratórias, por estarem diretamente ligadas ao mecanismo de ação dos dispositivos. Objetivos: Descrever padrões clínicos e sintomatológicos relacionados ao aparelho respiratório de adolescentes e adultos jovens que fazem uso de dispositivos eletrônicos de liberação de nicotina. Métodos: O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura, guiada pelo protocolo PRISMA. Foi realizada uma busca de dados nas plataformas PUBMED/MEDLINE, SciELO, Clinical Trials e Embase, por meio da elaboração de uma estratégia de pesquisa com os descritores booleanos condizentes com o tema em questão. Os estudos foram avaliados por dois revisores independentes. Foram incluídos estudos observacionais publicados de 2018 até outubro de 2022, que analisaram o padrão clínico respiratório de indivíduos jovens e adultos jovens (entre 12-25 anos) relacionado ao uso de Dispositivos Eletrônicos de Liberação de Nicotina (ENDS), nos idiomas inglês e português. Foram excluídos os artigos que possuíram uma temática discordante da proposta nesse trabalho, revisões sistemáticas, relatos de caso e séries de caso. A análise da qualidade dos artigos foi feita através do Joanna Briggs Institute (JBI) Checklist for Analytical Cross Sectional Studies e Joanna Briggs Institute (JBI) Checklist for Cohort Studies. Resultados: Oito estudos foram selecionados e somaram uma amostra de 49.054 participantes, com a média simples de idade de 20,8 anos. Ademais, o sexo feminino ocupa 52% da amostra. Os desfechos mais explorados foram a presença de sibilos, tosse e dispneia. Os sintomas respiratórios mais associados com o uso dos dispositivos eletrônicos para fumar foram sibilância e tosse. Conclusões: Os estudos analisados mostraram que o uso dos dispositivos eletrônicos de liberação de nicotina está associado a sintomas respiratórios, principalmente a sibilância e tosse. É importante frisar os danos à saúde desses dispositivos para embasar a elaboração de políticas públicas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde para os consumidores destes cigarros.

198 PERFIL DAS DOENÇAS CRONICAS DOS INDIVIDUOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO DE CANCER DE PULMAO EM UM SERVIÇO PUBLICO DE SAUDE

AGUIAR, IVANA TEIXEIRA DE; ARTIGA, GABRIEL DE GODOY; REIS, TARCISIO ALBERTIN DOS; YAMAUCHI, FABIO KENDI; OLIVEIRA, KELLY MARIA; FURLAN, ISADORA RUBIRA; BATISTA, DIANE REZENDE; PRUDENTE, ROBSON APARECIDO; FRANCO, ESTEFANIA APARECIDA THOMÉ; MACHADO, LUIZ HENRIQUE SOARES; MOTA, GUSTAVO AUGUSTO FERREIRA; NISHIYAMA, VITOR PASCHOALETI; LIMA, BRUNO FADEL BARBOSA; RENO, GABRIEL FERREIRA; TAKEUCHI, ALINE YUKARI; ISHIMOTO, LETICIA YUMI; SILVA, FELIPE ROBERTO TRINCO DA; TANNI, SUZANA ERICO; HASIMOTO, ERICA NISHIDA;
FMB - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Introdução: A epidemia de tabaco é um dos maiores desafios de saúde pública que o mundo enfrenta, com mais de 8 milhões de mortes por ano. A exposição ao tabaco pode provocar graves enfermidades aos sistemas cardiovascular e respiratório, como doença coronariana, acidente vascular cerebral e câncer, especialmente de pulmão. No Brasil a exposição ao tabaco foi responsável, em 2019, por 191 mil óbitos e um pouco mais de 5 milhões de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade. O tabagismo tem um impacto negativo para diversas enfermidades prevalentes na comunidade, sendo a própria dependência do tabaco um tipo de doença crônica. Objetivos: Apresentar o perfil das doenças crônicas dos indivíduos incluídos no programa de rastreamento de câncer de pulmão em um serviço público de saúde. Métodos: Foram analisados os dados de 216 indivíduos incluídos em um programa de rastreamento de câncer de pulmão realizado em um hospital público do interior do estado de São Paulo, no período de fevereiro de 2022 a julho de 2023. Os dados foram obtidos por meio das entrevistas realizadas com os indivíduos, no momento da inclusão no programa de rastreamento. Foram avaliados sexo, idade, prevalência de doenças crônicas, índice de massa corpórea (IMC), índice de dispneia modificado do MMRC e história tabágica. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS (versão 29). Resultados: Nos 216 participantes, 57,9% eram do sexo feminino, com idade média de 63,3 anos (± 5,32). A doença crônica mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) referida por 55,1% dos indivíduos, seguida pelo diabetes mellitus com 27,8% e pela doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em 24,1% dos indivíduos. A idade média de início do consumo de cigarro foi de 14,4 anos (± 4,86). A carga tabágica média foi de 64,6 anos-maço (± 40,9). Com relação a HAS, quem fuma cigarro industrializado, tem mais HAS do que quem não fuma esse tipo de cigarro (p=0,004). A HAS foi mais referida nos pacientes com maior peso (p=0,016) e consequentemente maior IMC (p=0,003). O diabetes mellitus, também foi mais prevalente em participantes com maior IMC (p=0,02). Os pacientes com DPOC, são mais velhos se comparados com os que não possuem DPOC [65 anos (±5,11) vs 62,8 anos (±5,28); p=0,008] e possuem um índice de dispneia mMRC mais elevado se comparado com total dos pacientes incluídos [3(1,75-3,00) vs 1(0,00-3,00); p<0,001]. A DPOC foi mais diagnosticada nos pacientes tabagistas ativos do que em ex-tabagistas (p=0,003). As demais doenças crônicas avaliadas, não tiveram relação com nenhuma outra variável do estudo. Conclusões: As doenças crônicas são condições de grande interesse em saúde pública, uma vez que impactam na morbimortalidade dos pacientes, a sua alta prevalência nos pacientes com histórico de tabagismo incluídos no rastreamento de câncer de pulmão, reforça a importância da abordagem multidisciplinar e o cuidado integral dos pacientes, visando não somente a cessação do tabagismo.

199 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE INDIVIDUOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE RASTREAMENTO DE CANCER DE PULMAO EM UM SERVIÇO PUBLICO DE SAUDE

AGUIAR, IVANA TEIXEIRA DE; LIMA, BRUNO FADEL BARBOSA; REIS, TARCISIO ALBERTIN DOS; YAMAUCHI, FABIO KENDI; OLIVEIRA, KELLY MARIA DE; FURLAN, ISADORA RUBIRA; BATISTA, DIANE REZENDE; PRUDENTE, ROBSON APARECIDO; FRANCO, ESTEFANIA APARECIDA THOMÉ; MACHADO, LUIZ HENRIQUE SOARES; MOTA, GUSTAVO AUGUSTO FERREIRA; NISHIYAMA, VITOR PASCHOALETI; ARTIGA, GABRIEL DE GODOY; RENO, GABRIEL FERREIRA; TAKEUCHI, ALINE YUKARI; ISHIMOTO, LETICIA YUMI; SILVA, FELIPE ROBERTO TRINCO DA; TANNI, SUZANA ERICO; HASIMOTO, ERICA NISHIDA;

FMB - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil;

Introdução: O câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer no mundo, correspondendo a 18% de todas as mortes por câncer. O tabagismo ou a exposição passiva ao tabaco é considerado o principal fator de risco, uma vez que cerca de 85% dos casos de câncer de pulmão estão relacionados ao tabaco. Aproximadamente 70% dos casos de neoplasia pulmonar são diagnosticados em estádios avançados, quando a chance de tratamento curativo é menor. Nos últimos anos, foram publicados importantes estudos que demonstraram uma redução importante, de 20 a 30% da mortalidade por câncer de pulmão em populações que foram rastreadas utilizando a tomografia computadorizada de tórax com baixa dose de radiação Objetivos: Apresentar o perfil epidemiológico dos indivíduos incluídos no programa de rastreamento de câncer de pulmão em um serviço público de saúde. Métodos: Foram analisados os dados epidemiológicos de 216 indivíduos incluídos em um programa de rastreamento de câncer de pulmão realizado em um hospital público no interior do estado de São Paulo, no período de fevereiro de 2022 a julho de 2023. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com os indivíduos, no momento da inclusão no programa de rastreamento, no ambulatório da pneumologia ou da cirurgia torácica. Foram avaliados: sexo, idade, raça, estado civil, renda mensal, escolaridade, prevalência de doenças crônicas, IMC e histórico sobre o tabagismo. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS (versão 29). Resultados: Dos 216 participantes, 57,9% eram do sexo feminino, com idade média de 63,3 anos (± 5,32), 75% brancos, 51,4% casados, 40,4% dos indivíduos tinham uma renda mensal entre um a dois salários mínimos e 90 participantes (41,7%) não concluíram o ensino fundamental. As doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (55,1%), diabetes mellitus (27,8%), doença pulmonar obstrutiva crônica (24,1%) e depressão (21,3%). O índice de massa corpórea estava dentro da normalidade em 37,4% dos participantes. Com relação ao hábito de fumar, a idade média de início do tabagismo foi de 14,4 anos (±4,86), sendo que 18,9% dos participantes começaram a fumar com menos de 10 anos de idade. A carga tabágica média foi de 64,6 anos-maço (± 40,9). O cigarro industrializado foi utilizado por 189 indivíduos (87,5%), enquanto o cigarro de palha foi citado por 21,7%. No início do estudo, 67% dos participantes eram tabagistas ativos e 33% ex-tabagistas. Das mulheres, 77 (61,6%) eram tabagistas ativas e 48 (38,4%) ex-tabagistas e entre os homens, dos 91 participantes, 66 (72,5%) eram ativos e 25 (27,4%) ex-tabagistas. Conclusões: Conhecer o perfil epidemiológico da população incluída no programa de rastreamento de câncer de pulmão é importante para compreender qual população está sendo abordada, objetivando melhorar a abordagem da equipe multidisciplinar e direcionar as medidas de saúde pública.

200 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTANEO INDUZIDO POR USO DE CIGARRO ELETRONICO: RELATO DE CASO

COLOMBO, LUIZA THIENNE; MOTA, THALITA AMARAL; FERRETE JUNIOR, ANTONIO CARLOS; DA SILVA , WANDERSON PEREIRA; SAMPAIO, LYGIA DE CARVALHO;

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil;

Justificativa: O uso crescente de cigarros eletrônicos entre os jovens aumentou o registro de lesões pulmonares e extrapulmonares agudas associados ao vaping, como o pneumomediastino espontâneo, condição clínica rara. HPMA: Mulher, 29 anos, com antecedente de rinite alérgica e asma, em uso de salbutamol nas crises, iniciou uso de cigarro eletrônico há três meses, com maior abuso do dispositivo há dois dias. Comparece ao pronto socorro com quadro de odinofagia, desconforto cervical, dor torácica em aperto, pior a respiração profunda e dispneia súbita. Exame físico: Sem alteração de sinais vitais. Amígdalas grau dois, com hiperemia leve, sem exsudato. Abaulamento em região cervical anterior associada com crepitação. Sons pulmonares presentes bilateralmente sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca com bulhas hipofoneticas, com ritmo regular em dois tempos, sem sopros. Tomografia cervical e torácica evidenciou pneumomediastino e enfisema dos planos mioadiposos e partes moles da região cervical, com acometimento dos espaços parafaringeos, retrofaringeo e submandibulares, sem perda da continuidade das paredes traqueais. Evolução: Internada com prescrição de repouso e analgesia. Avaliada por cirurgia torácica que indicou conduta conservadora. Não foi necessário realização de broncoscopia ou Endoscopia digestiva alta (EDA), visto que paciente apresentou melhora e no terceiro dia repetiu a TC com redução do pneumomediastino. Alta para seguimento ambulatorial com pneumologista. Orientada sobre importância de cessação do vaping. Discussão: Pneumomediastino espontâneo é uma condição incomum caracterizada pela presença de ar dentro do mediastino, sem trauma precedente. É mais frequente em jovens, sexo masculino, com antecedente de asma, uso de drogas ilícitas inaladas e mais recentemente associado ao uso do cigarro eletrônico. Usuários de vaping aumentam o volume intratorácico para conseguirem inalar uma grande quantidade de líquido em aerossol, gerando uma expiração forçada contra glote com aumento da pressão intratorácica e consequente ruptura dos alvéolos com condução aérea pelas bainhas vasculares peribrônquicas até o mediastino. A apresentação clínica se baseia na tríade: dispneia, dor torácica e enfisema subcutâneo. Disfagia, odinofagia e tosse podem eventualmente estar presentes. A radiografia, ultrassonografia e tomografia do tórax auxiliam na confirmação diagnostica, broncoscopia e EDA podem ser solicitados na suspeita de ruptura traqueal ou esofágica. O tratamento do pneumomediastino não complicado se baseia em internamento para vigilância de complicações, afastamento do fator predisponente, repouso e analgesia, com resolução completa entre 3 e 15 dias.

201 RASTREAMENTO DOS PACIENTES COM DEFICIENCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA NA UNIDADE DE REABILITAÇAO PULMONAR DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

JARDIM, JOSE ROBERTO; FLEURY, ANA CAROLINA; FLORENTINO, GABRIELE; ALITH, MARCELA; DIAZ, MONICA;
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SAO PAULO - São Paulo - Brasil;

Introdução: A deficiência de alfa1antitripsina (DAAT) é uma alteração genética, autossômica, recessiva, codominante que afeta principalmente pulmões e fígado. Objetivos: Avaliar a ocorrência da DAAT em fumantes (PrevFumo) e pacientes do Ambulatório de DPOC e consanguíneos dos indivíduos com DAAT. Métodos: Foram incluídos no estudo os indivíduos: 1) matriculados no PrevFumo em 2019, ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, com ou sem diagnóstico de DPOC; 2) pacientes do Ambulatório de DPOC. Participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pacientes do PrevFumo foram convidados por telefone e explicados quanto a importância do estudo para ele e sua família. Os participantes do Ambulatório de DPOC foram convidados a participar na sua vinda para consulta agendada. Foram convidados os consanguíneos (filhos, pais e irmãos) dos que tiveram alguma mutação. Material foi coletado da mucosa oral pela técnica do swab que detecta as 14 mutações mais frequentes da DAAT. Resultados: Dos 191 fumantes do PrevFumo, 18,8% tinham alguma DAAT, sendo os alelos mais frequentes M (47,2%), S (48,6%) e Z (2,7%), não encontrados os genótipos Z/Z e S/Z. Dos 379 pacientes do Ambulatório de DPOC, 20,3% apresentavam alguma DAAT, sendo os alelos mais frequentes M (41,5%), S (34,4%) e Z (21,4%) com os genótipos Z/Z (11,6%) e S/Z (2,6%). Conclusões: Existe alta ocorrência de DAAT em pacientes com DPOC que pode estar contribuindo para a sua doença, alertando-nos para a necessidade da realização de teste para avaliar estes pacientes. Fumantes com desconhecimento e sintomas de DPOC tiveram alta ocorrência de DAAT. A detecção de DAAT obriga a avaliação nos seus consanguíneos diretos para que sejam educados sobre medidas preventivas para evitar doença pulmonar. Agradecimentos a GRIFOLS pela realização dos testes para detecção de DAAT

202 VARIAÇOES GENETICAS ASSOCIADAS AO TABAGISMO NA DOENÇA FALCIFORME

CRUZ, THEOMARIO TEOTONIO; OZAHATA, MINA CINTHO; GOMES, ISABEL; BELISÁRIO, ANDRÉ; TELES, DAHRA; KELLY, SHANNON; CUSTER, BRIAN; SABINO, ESTER C.; DINARDO, CARLA LUANA; FERNANDES, FREDERICO LEON ARRABAL;
Fundação HEMOMINAS - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil; Fundação Prósangue - São Paulo - São Paulo - Brasil; HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil; HEMOAM - Manaus - Amazonas - Brasil; HEMOPE - Recife - Pernambuco - Brasil; Vitalant Research Institute - Estados Unidos;

Introdução: O tabagismo está associado a uma maior morbidade em indivíduos com doença falciforme (DF). Sabe-se que fatores genéticos influenciam o comportamento de fumar em outras populações, mas não foram investigados em indivíduos com DF. Nosso objetivo era identificar as variações genéticas que podem estar associadas ao tabagismo nesta população de pacientes. Objetivos: A coorte brasileira de DF do Estudo de Epidemiologia do Receptor e Avaliação do Doador (REDS-III) foi estabelecida em 6 cidades brasileiras para investigar resultados clínicos. Os participantes adultos foram entrevistados e questionados se já tinham fumado >100 cigarros em suas vidas. Participantes que responderam “sim” foram classificados como ‘fumantes atuais’. Todos os participantes foram genotipados usando um conjunto personalizado de genes e um Estudo de Associação de Larga Escala do Genoma (GWAS) foi realizado para avaliar quais variações de nucleotídeo único (SNVs) estavam associadas ao status de fumante. Métodos: A coorte brasileira de DF do Estudo de Epidemiologia do Receptor e Avaliação do Doador (REDS-III) foi estabelecida em 6 cidades brasileiras para investigar resultados clínicos. Os participantes adultos foram entrevistados e questionados se já tinham fumado >100 cigarros em suas vidas. Participantes que responderam “sim” foram classificados como ‘fumantes atuais’. Todos os participantes foram genotipados usando um conjunto personalizado de genes e um Estudo de Associação de Larga Escala do Genoma (GWAS) foi realizado para avaliar quais variações de nucleotídeo único (SNVs) estavam associadas ao status de fumante. Resultados: Dos 1.231 adultos inscritos com dados sobre tabagismo, 332 (27%) foram classificados como ‘fumantes atuais’ e 899 (73%) como ‘não fumantes’. O GWAS foi realizado comparando ‘fumantes atuais’ versus ‘não fumantes’. Embora nenhuma SNV tenha atingido significância em todo o genoma ($p < 5x10^{-8}$), possivelmente refletindo o tamanho da amostra, as SNVs rs11087854 e na posição 1059991 no cromossomo 20, localizadas no gene AL110114.1, e a SNV rs701023 no gene NCOR2 foram nominalmente significativas ($p < 10^{-7}$), sugerindo uma possível associação com o tabagismo. Conclusões: Nossa análise sugere que novos loci (NCOR) estão associados ao status de fumante em pacientes com DF. A associação entre NCOR e tabagismo foi sugerida anteriormente em um estudo que avaliou os efeitos da exposição à fumaça de cigarro em modelos experimentais, reforçando (e reproduzindo) o papel dessa proteína na doença.

203 AVALIAÇAO DA PRESSAO INSPIRATORIA MAXIMA NA EXTUBAÇAO SEGURA DE PACIENTES ADULTOS MECANICAMENTE VENTILADOS

DE DEUS, ANNA KÁSSIA GONÇALVES; DA SILVA , JOSE LUAN; PADUA, KARINA LUCIA CABRAL; DE MELO, ROBERT DOUGLAS COSTA;
IBRAFISIO - Brasília - Distrito Federal - Brasil;

Introdução: A ventilação mecânica pode impactar adversamente a força muscular respiratória comprometendo o desfecho de pacientes na UTI. O Teste de Respiração Espontânea (TRE) é um método utilizado para identificar o paciente apto à descontinuação da ventilação mecânica invasiva. Valores de Pressão Inspiratória Máxima (PImáx) abaixo de –30cmH2O podem indicar um prognóstico favorável para o sucesso na extubação desses pacientes. Objetivos: Descrever os valores de PImáx em pacientes adultos em ventilação mecânica aprovados no TRE e correlacioná-los com os resultados de extubação e de alta da UTI. Métodos: Estudo descritivo, observacional, retrospectivo, com prontuários de pacientes adultos mecanicamente ventilados que foram submetidos à avaliação da PImáx após o TRE em um hospital privado de Brasília, Distrito Federal, entre abril de 2022 e janeiro de 2023. A avaliação foi realizada com um manovacuômetro acoplado ao tubo orotraqueal e faz parte do protocolo de extubação segura dessa UTI. Os dados obtidos foram submetidos a análise descritiva e de correlação pelo IBM SPSS Statistics. Resultados: Foram incluídos 48 pacientes, sendo 62,5% (30) do sexo masculino. A mediana de idade da amostra foi de 67 anos (IIQ 55,25 – 73,75). 66,7% (32) foram intubados por motivos clínicos e 33,3% (16) por razões cirúrgicas. A mediana do tempo de intubação foi de 3,5 dias (IIQ 1 – 8,75). 93,8% (45) tiveram sucesso na extubação e 10,4% (5) evoluíram para óbito na UTI. A mediana da PImáx na amostra foi de -45 cmH2O (IIQ 35,75 – 50). O sexo masculino apresentou uma mediana de - 45 cmH2O (IIQ 38 – 50,75), e o sexo feminino de - 40 cmH2O (IIQ 33,75 – 46,25). Pacientes com idade inferior a 65 anos tiveram mediana de - 45 cmH2O (IIQ 38 – 50) e os idosos de - 41 cmH2O (IIQ 30 – 50). Aqueles com período de intubação inferior a sete dias tiveram uma média de - 47,05 cmH2O (DP ± 21,61), e aqueles com período maior de - 43 (DP ± 13,32). O teste de Mann-Whitney não encontrou significância estatística dos valores de Pimáx e os resultados de extubação (U= 30,000; p > 0,05) e de alta da UTI (sobrevivência ou óbito) (U= 48,500; p > 0,05). Conclusões: O estudo investigou os valores da PImáx em pacientes adultos aprovados no TRE e encontrou uma mediana de –45 cmH2O. Nessa amostra não foi observada significância estatística na correlação entre os valores de PImáx e os desfechos de extubação ou alta da UTI. Recomenda-se uma interpretação criteriosa e individualizada da PImáx e ampliação do número de indivíduos para novos estudos. Verificou-se distribuição semelhante de valores de PImáx entre sexos, faixas etárias e tempo de intubação. Isso aponta para a necessidade da PImáx ser interpretada em conjunto com outras variáveis clínicas para a tomada de decisão sobre a extubação. Por fim, o presente trabalho reafirma a importância da PImáx inserida em um protocolo de extubação segura e fornece subsídios para a compreensão da força muscular respiratória em pacientes mecanicamente ventilados.

204 DESENVOLVIMENTO DE UMA FERRAMENTA DE COMUNICAÇAO VISUAL PARA AVALIAÇAO DA MOBILIDADE DE PACIENTES EM UTI: ABORDAGEM PARA MELHORAR A COMUNICAÇAO E A SEGURANÇA

DE DEUS, ANNA KÁSSIA GONÇALVES; PADUA, KARINA LUCIA CABRAL; DE MELO, ROBERT DOUGLAS COSTA;
IBRAFISIO - Brasília - Distrito Federal - Brasil;

Introdução: A comunicação ineficaz ou equivocada sobre a condição clínica e funcional do paciente é uma das principais causas de erros de procedimentos intra-hospitalares, comprometendo a segurança e acarretando perdas ao paciente, podendo ampliar em 1,8 vezes o risco de mortalidade e tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ainda assim, em razão, dentre outros fatores, do volume de informações referente a cada paciente, a obtenção de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, paciente e acompanhante ainda permanece um desafio significativo. Objetivos: Desenvolver e implementar uma ferramenta de comunicação visual destinada a informar o nível de mobilidade atual do paciente internado na UTI e sua meta diária. Métodos: Tratou-se de um estudo metodológico envolvendo a criação de uma ferramenta de comunicação visual destinada às UTIs de um hospital privado localizado em Brasília, Distrito Federal, realizado em 2018. Foi realizada busca ativa na literatura e observação dos cenários para identificação da escala funcional para ser adaptada, além da definição das cores, formato e material a serem empregados na confecção do instrumento. Resultados: A ICU Mobility Scale (IMS), já utilizada pelos fisioterapeutas da equipe, foi selecionada para adaptação visual por apresentar uma faixa de 0 a 10, facilitando a compreensão por parte dos demais profissionais de saúde, paciente e seu acompanhante. As cores foram atribuídas com base no grau de assistência requerida pelo paciente: vermelho para os níveis 0 a 3, em que o paciente segue no leito, necessitando de assistência substancial; amarelo para os níveis 4 a 6, correspondendo a condutas beira-leito, com moderada assistência; e verde para os níveis 7 a 10, representando a deambulação, com pouca ou nenhuma assistência. Definiu-se o formato “roleta”, no qual um ponteiro indica o nível funcional atual do paciente e o outro a sua meta diária estabelecida. E a produção ocorreu em imãs, visando a durabilidade do instrumento, fácil manuseio, higienização e aplicação nas superfícies metálicas. Conclusões: Diante da complexidade e desafios inerentes à comunicação eficaz no ambiente de terapia intensiva, este estudo apresentou uma abordagem inovadora ao desenvolver e implementar uma ferramenta de comunicação visual sobre o nível de funcionalidade atual do paciente e sua meta diária. Essa adaptação visual permitiu uma representação clara e compreensível do estado funcional do paciente para a equipe multiprofissional, pacientes e seus acompanhantes. A estratégia não apenas aborda os desafios na comunicação eficaz, mas também busca aprimorar a segurança do paciente. Por fim, a criação e implementação dessa ferramenta nessa unidade pode servir de modelo para outras instituições de saúde, promovendo uma abordagem mais holística e colaborativa ao paciente crítico.

205 PERFIL CLINICO, NECESSIDADE DE VENTILAÇAO MECANICA E TRAQUEOSTOMIA ENTRE PACIENTES COM COVID-19 HOSPITALIZADOS NA ENFERMARIA E NA UTI: UM ESTUDO TRANSVERSAL

CABRAL, MAURO ANDRÉ AZEVEDO SILVA KAISER; SANTOS, KARLA KELLY PANIAGO MIRANDA DOS; QUEIROZ, EVELINE APARECIDA ISQUIERDO FONSECA DE; QUEIROZ, DIOGO ALBINO DE; VALLE, BRENO MARCOS BRITO DO; GARCIA, RAYANE MANOEL; MATTAR, VINICIUS TADEU RIBEIRO; COSTA, FELIPE CEZAR DE OLIVEIRA; LUVIZOTTO, RENATA DE AZEVEDO MELO;

Universidade Federal de Mato Grosso - Sinop - Mato Grosso - Brasil;

Introdução: COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 que gerou uma pandemia com grande impacto mundial. Fatores de risco, como a obesidade, idade e presença de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), contribuem para o desenvolvimento de formas graves da COVID-19 e intensifica a demanda de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aumentando a chance da necessidade de ventilação mecânica (VM) e traqueostomia. Objetivos: Comparar o perfil clínico-epidemiológico entre pacientes internados na enfermaria e na UTI do Hospital Regional Jorge de Abreu (HRJA) em Sinop-MT e avaliar a necessidade de ventilação mecânica e traqueostomia em cada grupo. Métodos: Foi realizado um estudo transversal com dados coletados dos prontuários de pacientes diagnosticados com COVID-19 e hospitalizados entre março/2020 a março/ 2021. Os dados foram divididos em dois grupos: pacientes hospitalizados na enfermaria e na UTI. Os dados foram tabulados e analisados por meio de análises descritivas e quantitativas, sendo os resultados expressos como média ± DP ou porcentagem (%), e avaliados por meio do teste t de Student ou teste do qui-quadrado. Resultados: Foram avaliados dados de 399 pacientes da enfermaria e 389 pacientes hospitalizados na UTI. Em ambos os grupos, a maioria era do sexo masculino, casado e de etnia branca. A média total do tempo de internação hospitalar, a idade, o peso e o IMC foram significativamente maiores nos pacientes da UTI em comparação aos pacientes da enfermaria ($p<0,0001$). Ainda pode-se observar que os pacientes da UTI apresentavam maior prevalência de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e outras DCNT. 82,2% dos pacientes da UTI e 18,8% dos pacientes da enfermaria necessitaram de VM. Ainda, a razão das chances (OR) de um paciente da UTI necessitar de VM é de 19,9 ($p<0,0001$) quando comparado ao grupo enfermaria. De modo semelhante, a OR para a necessidade de traqueostomia foi de 4,2 ($p<0,0001$). A taxa de mortalidade foi significativamente maior em pacientes da UTI (75,2%) em comparação aos pacientes da enfermaria (13,9%). Conclusões: Observou-se que o quadro clínico dos pacientes com COVID-19 hospitalizados na UTI do HRJA, no Norte de MT, de fato foi mais grave apresentando maior necessidade de ventilação mecânica, traqueostomia, maior incidência de complicações e pior prognóstico clínico, com maior taxa de óbito. Desfechos que parecem estar relacionados com a maior prevalência de sobrepeso/obesidade, DCNT e faixa etária destes pacientes.

índice dos autores

ABRAHAM, A 79
ABREU, B T 8, 86
ABUD, B L R M 90
ACENCIO, M M O 43
ACQUIER, M F N R 79
AFONSO, E A 66
AGUIAR, I T 20, 23, 87, 98, 99, 103, 104
ALBUQUERQUE FILHO, A P L 31
ALBUQUERQUE NETO, A A 99
ALBUQUERQUE, A L P 61
ALBUQUERQUE, M L 64
ALBUQUERQUE, Y L 91
ALCALALA, G C 47
ALCINDO C 6
ALENCAR, V H A S 70
ALEXANDRE, J R 43
ALEXANDRE, M F C 73
ALITH, M 105
ALMEIDA , V C 20, 25
ALMEIDA, A M 36, 53
ALMEIDA, A M P F 99
ALMEIDA, B V 36, 44,45, 48,49,81, 83, 85
ALMEIDA, G C 52, 77, 87, 102
ALMEIDA, M L D 85
ALMEIDA, P H S 64
ALMEIDA, P L J 48, 84
ALMEIDA, T C S C 51
ALMEIDA, Y L C 51
ALVES JUNIOR, J L 49
ALVES, J F 73
ALVES, J L 47
ALVES, J M S 66
ALVES, K C 67,76
ALVES, L R 8, 41, 43, 66, 86
ALVES, M 71
ALVES, M A 60
ALVES, M M 41
ALVES, M S M 43, 66
ALVES-JR, J L 35
AMARAL S L C 34
AMARAL, A F 34, 36
AMATE NETO, A 35, 68, 77, 78
AMATUZZI, R P 7, 83
AMORIM, C A 34
AMORIM, M 5
AMORIM, M M 62
ANDRADE, F F 60
ANDRADE, J D 85
ANDRÉ, J S 73
ANTUNES, C A 8, 86
AOKI, W K 60
AQUINO, J V N 11
AQUINO, J V N 46, 59, 70, 81
ARAI, E M 13, 14, 16, 17, 22, 26, 27, 28,
ARAI, K E 91
ARAKAKI, J S O 51
ARANHA NETTO, N 90
ARAUJO, A C S 98
ARAÚJO, B B G 87
ARAUJO, F S S 93, 95
ARAUJO, G A A 85
ARAUJO, N M 85
ARAUJO, R F 60
ARENA, A C S 94
ARIDA, V E M 11, 20, 25
ARTIGA, G G 87, 98, 99, 103, 104
ASSADA, L O 69
ASSIS, S F 90
ATHANAZIO, R A 7, 81, 83, 90
ATHAYDE, L S 18, 72, 76
AYUSSO, J R D 56
BACCAN, G C 57, 58
BACHICHI, D G 24, 44
BACHICHI, T G 24, 44
BADDINI-MARTINEZ, J A 5
BALDI, B G 35, 37
BANDEIRA, C P 36, 80
BANDEIRA, T A 41, 43, 66
BAPTISTA, A 50
BAPTISTA, A S L 7, 39, 68
BARAUNA, A L L C 95
BARRENSE, P O A 54
BARRETO NETO, J B 85
BARRETO, G L 83
BARRETO, G M L 88, 89
BARRETO, L A P 52
BARROS, P P 33
BARROS, P P 72
BARUFF, C, C G 17, 25, 30
BARUFFALDI, M T 6
BATISTA, D R 98, 99, 103, 104
BEBER C A 17, 30
BEDIN, D C C 21
BELISÁRIO, A 101, 105
BELLEZE, L 56
BELLINATI, P Q 6, 71
BENETI, S A 68, 77, 78
BENITE, V L 64
BERNAL, H 50
BERTOLINO, J R 56, 60
BERTOLOTO, J L 73
BEZERRA, G S 85
BEZERRA, M M 86
BIANCHI, L 8
BIANCHI, L L 41, 43, 66, 71
BIANCHINI, B T 73
BOAS, L V 10
BOCATO, A C 86
BORDON, I N S 53
BORGES, B A 79
BORGES, L D M 61, 63
BORGES, P 10
BORGHI-SILVA, A 55, 58, 59
BOTELHO, G P 32
BOTINI, L N 38
BOTTER, M 14, 12, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 29, 30
BOTTO, R C L 65
BRAGA, A L S 46, 59, 81
BRANCO, P A 60
BREDA NETO, C T 87
BREVIGLIERI, L R C 53
BRIDI, G P 35, 37
BRISOT, M F 79
BRITO E CUNHA, C G B 12,15

BRITO, J M R 92
BRIZOLA, L F P 61, 87
BRUNO, M G S 5
BUBANS J S L 10
BUENO, B S B 102
BUENO, C E 100, 102
BUENO, P C S 100, 102
BURCH, M O 56
CABRAL, M A A S K 36, 53, 88, 107
CABRAL, S 7
CALLEGARI, M A 87
CALUNGA, T C 52
CAMACHO, A L T 73
CAMARGO, P F R 35, 68 77, 78
CAMPANER, L 69
CAMPOS JUNIOR, M 5
CAMPOS, E V M F A S 51
CAMPOS, L A 64
CAMPOS, R P 54
CAMPOS, V H S 67,76
CANÇADO, J E D 53
CANOVAS, T D R 13, 16, 19, 24, 29
CAPITANI, E M 57
CARCILO, L R R 45
CARDOSO, F P 73
CARDOSO, I M S 85
CARDOSO, MA V F 70
CARDOSO, T G 83, 88, 89
CARDOSO, T V 67
CARDOSO, V V 89
CARIBÉ, C F C 60
CARMO, C R L 95
CARUSO, C R 82
CARVALHO, A A P 90
CARVALHO, B R G 69
CARVALHO, C R F 30, 31, 35
CARVALHO, C R R 37
CARVALHO, D A X 11, 25
CARVALHO, G 94
CARVALHO, G 96
CARVALHO, G G H 52, 77, 87, 102
CARVALHO, G V S 13,14,16,17,22,26
CARVALHO, G V S 27, 28
CARVALHO-PINTO, R M 30, 31
CASEIRO, M D 48, 49, 81, 83, 85
CASPEDES G S D 17
CASTELLANO, M V C O 39
CASTELLO-SIMÕES, V 58, 59
CASTILHO, A B 12, 15, 18, 19, 21, 23, 25,
CASTRO, A E N 36, 53
CASTRO, I C S 90
CATANEO, A J M 20, 23
CATANEO, D C 20, 23
CATISTE, I A L 53
CAU, L 7, 39, 50, 39
CAUZZO, I S 34, 80
CAVALCANTE NETO, P 33, 38, 39, 42, 50
CAVALCANTE, G M E 31, 72
CAVALHERO, L M A G 40
CAZZO, A G 11
CENSO, C M 30, 31
CERCHIARI, I 75
CERCI NETO, A 40, 69, 71
CERQUEIRA, E M F P 47
CERQUEIRA, L N J 103
CESPEDES G S D 30
CETLIN, A A 43
CHAGAS NETO, G H 6
CHAGAS, G H N 40, 69, 71
CHENG, F Y C 13, 14, 16, 17, 22, 26, 27, 28
CHIAVEGATO, L D 94, 96, 97,
CIOLA, P S 92
CIRINO, C C I 35
COELHO, R 47
COLARES, P F B 42, 43, 44, 45, 85,
COLETTA, E N A M 38
COLOMBO, L T 11, 32, 104
COMEGNA, S A 9, 50
CONSTANTINO, G A 11
CORRÊA, B C S 87
CORRÊA, P C R 98
CORREIA, P F 57
CORREIA, V E 80
COSTA JUNIOR, A S 25
COSTA, A N 73
COSTA, Á R M 88
COSTA, D S 31, 33, 72
COSTA, E L V 47
COSTA, F C O 107
COSTA, J R V 41
COSTA, S N C 80
COSTANZO, L P 102
CRISAFULLI, M I S 24
CRUZ NETO, J K O 51
CRUZ, C L 94
CRUZ, C R 56
CRUZ, N C R 55, 100
CRUZ, T T 101, 105
CUKIER, A 7
CUNHA JUNIOR, W 65
CUNHA, C G B B 15, 18, 19, 21, 23, 26
CUNHA, M C A 35
CURTI, M O 84
CURTI, P R O 48, 84
CUSTER, B 101, 105
CYRINO, L S 32
DALLA, D T B 96
DANTAS, F S S 83
DARLI, B B V 86
DAVID, Y R N 36, 53, 88
DEUS, A K G 106
DI LORENZO, V A P 100
DI LORENZO, V A P 54
DI NAPOLI, P G 92
DIAS, D D E 66
DIAS, E A M 93
DIAS, E A M 95
DIAZ, M 105
DINARDO, C L 101,105
DINIZ, A I A 60
DO CARMO, C R L 93
DOMINGOS, S I S 84
DORGAN NETO, V 12,15,17,18,19,25,26,29,30
DORNA, M S 87
DOURADO, I M 21,32,41,46
DOURADO, M R M 75
DRACOULAKIS, M 5
DROBNIC, E 79
DUARTE, A C B 51
ENDLICH, B N 83
ENRIQUE, G C F 8
ERNESTO E 11

ESPÍNDULA, B F 39
ESTAREGUI, M D M 5
ETHEL FILHO, J 53
EVANGELISTA NETO, E 20,25,46
FABRO, A T 35
FACCIO, A A 8
FARESIN, S 18
FARESIN, S M 37,46,72,76,94,96,97
FARIA, C M N M 13,16,19,24,29
FARIA, P A 18
FARIAS, C F 5
FARIAS, T G 47
FASSIS, C V 64
FELIX, A C 90
FERNANDES, A L 5,38,39,42,65
FERNANDES, C J C S 48,49
FERNANDES, F L A 98,101,105
FERNANDES, H C 48
FERNANDES, J D M 91,93
FERNANDES, M G 94
FERNANDEZ, G N 45
FERREIRA FILHO, L V R S 93
FERREIRA, A L 74
FERREIRA, C G 12,32
FERREIRA, E V M 32,61,62
FERREIRA, F P L 9,50
FERREIRA, I P 9,47
FERREIRA, K T D 60
FERREIRA, R C S 60
FERREIRA, R G 20
FERREIRA, R G N 11
FERREIRA, T O 53
FERREIRA, T S 67,76
FERRETE JR, A C 11
FERRETE JUNIOR, A C 32,104
FIGUEIREDO, F G 51,64,69,
FIGUEREDO JUNIOR, A R 60
FILGUEIRA, S C H 82
FINOTTO, G N 86
FISS, E 80,94
FIUZA, O R 20,25
FLEURY, A C 79, 105
FLORÃO, M 71
FLORENTINO, G 105
FLORENTINO, M T U E 90
FLORIAM, T S 42
FOLCHINO, F N 61
FONTANA, M P 12,15,18,19,23,25,26
FORTES, H M S 31,33
FORTUNATO, B N F I S 75
FRAGA, C CE F 64
FRANÇA, H H Q 74
FRANCO FILHO, E 85
FRANCO, A P 75
FRANCO, E A T 61,87,98,99,103, 104
FRANCO, F J B Z 55
FREDRICH , R G 10,70,92
FREITAS M C 48
FREITAS, L L 33,72
FREITAS, M A C 84
FUKUDA, C Y 40
FULAN, I R 98, 99
FURLAN, I R 20,23,103, 104
GALENO, O 82
GALLAFASSI, E A 13,14,16,17,22,26,27,28,
GALORO, M L 46,59,81
GALVANI, M Q 13
GALVÃO, F A C 48,84
GARBIN, B R G 15
GARCIA , J C S 53
GARCIA JUNIOR, R R 8
GARCIA K M B 19
GARCIA, J C S 36
GARCIA, M F 12,32
GARCIA, R M 107
GEHA, Y A K 8
GELALETI, R B 74
GENEZ, L A L 69
GIAQUINTO, M A 25
GIMENES, L L G 12
GIOIA, T S R 42
GIUSTI, J A Z 36,53,88
GOMES JUNIOR, O 13,14,16,17,22,26, 27, 28
GOMES, A B S 54
GOMES, A C 60
GOMES, D R V 55
GOMES, G H C 52,77,87,102
GOMES, I 101,105
GOMES, J L V 90
GOMES, R T 12
GOMEZ , S D C 15
GOMEZ, S C 21
GÓMEZ, S D C 12,15,18,19,23,25,26
GONCALVES, D S 57,73
GONZALEZ, L H 71
GRAZIANO, M C 24
GRIGOLETTO, I 10
GUAZZELLI, A C 80
GUIMRÃES, B, J F 75
GUINOSSI, R M 60
HAMUCHE, C F 29
HARATI, W Z 23
HASIMOTO, E N 20,23,87,98,99,103, 104
HENRIQUE, A S S 86
HEUBEL, A D 58,59
HOMSI, L 77,102
HUNT, S O 34
IAMONTI, V C. 97
IDE, H N 9,47
IGNACIO, P A 8,86
IMAEDA, C J 20
INOUE, A R 10,92
INS, L S 75
ISHIMOTO, L Y 87,88,99,103, 104
ITAVAR, E A 78
ITAVAR, O E A 49
JAMNIK, S 11
JARDIM, C V P 47,49
JARDIM, J R 105
JARDIM, J R 79
JATOBÁ, T K A 85
JESUS, F R 58
JORGE, P P D 90
JOSÉ, R 8
JUNGES, S L B 70
JUNGES, S L B 92
JUNIOR VIEIRA, C J J R 86
JUNQUEIRA, B A F 65
KABBACH, E Z 54,55,58,59,100
KAIRALLA, R A 34,35,36
KALIL, M E 5,49,78
KALIL, T B 11

KAMEI, F 74
KANSO, M L 18,33,40,41,51
KAWASSAKI, A M 34
KELLY, S 101,105
KIM, S J H 11
KIMURA, G 71
KIMURA, M B G 15,26
KIRCHENCHTEJN, C 98
KOURY, A R 23
KUCHARSKI, G Y 24,44
LABUSSIERE, G M 96
LAFETÁ, M L 11,61
LAGUNA, B L 86
LAPA, M 94
LAURINO, M J L 63
LEÃO, A A 99
LEAO, L E V 25
LEITE, M D P 75
LEITE, M O 75
LEONARDI, N T 54,55,59,100
LEVI, J E 90
LIMA JUNIOR, J V 25
LIMA, B F B 87,98,99,103,104
LIMA, C N M C 57
LIMA, E 46,59,81
LIMA, F J N 85
LIMA, M L 18,37,46,59,70,74,81
LIMA, M L O 23
LIMA, R 7
LIMA, R M 83
LINS, J S 75
LIRA, J M B 18
LIRA, J M B 33,40
LOPES, D F I L 31,33,72
LOPES, E B R R 61
LOPES, G S 93,95
LOPES, L R 48,84
LOPES, T P 54
LORENZI-FILHO, G 30, 31
LOUREIRO, B M C 83,88,89
LOUREIRO, C M C 83,88,89
LUCCA O S 90
LUNARDI, A C 93,95
LUNARDI, G 94
LUVIZOTTO, R A Z M 107
LUZ, L 50
LUZ, L 7
LUZ, L C 38,39,42,68
MACHADO, A L 102
MACHADO, L B 21
MACHADO, L H S 87,98,99,103, 104
MACHADO, L N 48,49,81,83,85
MACHADO, M Q MO 84
MAI, F A 40
MAIA, A L P 83
MAKSOUD, L G 12,14,18,25,26,29
MAMONI, R L 56,60
MANUELA S 102
MARANGONI, K F 47
MARCHETTI FILHO, M A 25
MARCHI, E 24,44
MARINHO, A R K 20
MARINHO, J M 52,83,88,89
MARQUES, D S 34
MARQUES, S C 98
MARQUESINI S F 82
MARTIN, L C 66
MARTINEZ, J A B 35
MARTINS E M D 49,78
MARTINS, S H C S 10
MATEUS, A P 58
MATOS, T C N 60
MATTAR, V T R 107
MEDEIROS, G M E 33
MEDEIROS, R A C 31,33,72
MEIRA, L A 75
MELAO, F J D 91
MELO, J G 60
MELO, L C 91,93
MELO, R D O C 106
MENCATO, L P 85
MENDES, R G 54,55,58,59,100
MENEGHETTI, T A 64
MENEZES, C B O 83,88,89
MENEZES, G V 85
MENEZES, T C F 51
METTIFOGO, C B G 100
MEYER, V M C 90
MILINAVICIUS, R 42
MIOTTO, A 20,25
MIRANDA, P 7
MITIDIERI, I M M G 75
MOLERO, L F 87
MONTAL, A B M J 83,88,89
MONTE, M G 87
MONTEIRO, A F 75
MONTEIRO, D J 6,40,69,71
MONTEIRO, J T C 67
MONTEIRO, P D 67
MORAES, A C S 58
MORAES, D S 15
MORAES, L B 11,20
MORAES, L B 46
MORAES, V P M 38,39,65
MORAES, V P M 42
MORAIS, D S 19,26
MORAIS, G B 97
MORANGAS, W R 23
MOREIRA, C G A 101
MOTA, G A F 98, 99
MOTA, G A F 103, 104
MOTA, J V 54,100
MOTA, M D L C 47
MOTA, T A 11,32,104
MOTTA, D L 34
MOURA, G M 93,95
MOURA, N B 6
MOURO, H 68
MUNOZ, T A S 93
MUSSI, H G 67,76
MUSUMECI, M M 97
NADAI, M N 68,77
NADAI, T R 35,68,77,78
NAKAHIRA, E S 13,14,16,17,22,26,27,28
NAKAIE, C M A 91,93
NAKASONE, T A 57
NAMUR, C S 53
NASCENTES, M L 82
NASCIMENTO FILHO, T B 75
NASCIMENTO, C E C 36,53
NASCIMENTO, E C T 37,44,91,93,95
NASCIMENTO, Y P P 49

NAYME, J M 73
NAYME, L M 73
NEIS, M A B 80
NERI, J L S 46,81
NERI, J LU S 59
NERY, L E 61
NETO, P M C 7
NEVES, M C L C 58
NEVES, S I L 57,58
NIEDERMAYER, F M 103
NIETMANN, H 13,16,19,24,29
NISHIYAMA, V P 87,98, 99,103,104
NITA, M E 55
NOBRE, A L M 24
NOGUEIRA, R R S 40,71
NOMURA, F M 38,39
NUNES, F A M F 90
NUNES, S A L H 64
OHARA, D G 54,55,100
OLIVEIRA, A 20
OLIVEIRA, C A R 48
OLIVEIRA, C A R 84
OLIVEIRA, C J C 47
OLIVEIRA, E A I 5
OLIVEIRA, F P 18
OLIVEIRA, F P 33
OLIVEIRA, F P 40
OLIVEIRA, F P 41
OLIVEIRA, F R 81
OLIVEIRA, H S 85
OLIVEIRA, I B 8
OLIVEIRA, K M 103, 104
OLIVEIRA, K M 98, 99
OLIVEIRA, L A R 75
OLIVEIRA, L B 95
OLIVEIRA, L M S M 75
OLIVEIRA, M R 37
OLIVEIRA, P B R 70,74
OLIVEIRA, P S 36
OLIVEIRA, P S 88
OLIVEIRA, P S A 53
OLIVEIRA, R 10
OLIVEIRA, R 92
OLIVEIRA, R K F 51
OLIVEIRA, S N 84
OLIVEIRA, T P 84
OLIVEIRA, V S 51,69
OLIVO, T E T 68,77, 78
OLVIEIRA, A P S 51
ORIAS, R U 36
OSABA, L 79
OTANI, L C 39
OZAHATA, M C 101,105
PACHER, S 37,61
PADUA, K L C 106
PAIXÃO, G H C P 75
PALHARES NETO, A A 23
PALMA, D I R 99
PANDINI, V M 56
PARODI, L N 83
PARRA, C C 30
PARREIRA, P C S 55
PASCHOAL, L 10
PASCOAL, D B 54
PASQUA, A L F S 91,93
PASSAGLIA, A P 41
PASSAGLIA, A P 43,66
PASSINI, V V 30,31,80
PASSOS, F C 58
PASSOS, H R 36,44,45
PASSOS, H R O 85
PASTUCH, A P 91,93
PAULI, L 79
PAZETO, L F F 84
PAZETTI, T F 24,44
PEDRINI, F F 5,49,78
PEDRO, G O 55
PEDROSO, M A 10
PENHA, M F 55,96
PENIDO, F O 61
PEREIRA, A S L 42
PEREIRA, C A C 34,38,40,41,62
PEREIRA, C E 79
PEREIRA, C M L 91,93
PEREIRA, D A S 60
PEREIRA, D M 53
PEREIRA, E J G 71
PEREIRA, G G 60
PEREIRA, K R 43
PEREIRA, L 50
PEREIRA, L A B 77,87,102
PEREIRA, L J F 93,95,
PEREIRA, L L S 7,39,42,68
PEREIRA, M C 9,47,57,95,101
PEREIRA, P G O 71
PEREIRA, R S 18,38
PEREIRA, S L I 95
PERES, V M 20,25
PEREZ, M F B 80
PERFEITO, J A J 20,25
PERON, S F 5
PERROUD JUNIOR, M W 9
PESSOA, Y P 47
PETRASSO, M V 11
PICHARA, I L A 75
PIMENTA, C S 90
PINCELLI, M P 79
PINHEIRO, D G 63
PINHEIRO, L 21
PINHO, A B C A 43
PINHO, N V 16
PINTO, P C R 98
PIPPA G L 86
PIRES, B G F 64,69
PIRES, J S 89
PISSOLATTI, P K 86
PISTORI, G M 9
PITANGA, G G 46,59,81
PIZZOLATO NETO, J A 102
PONTE, E V 56,60
PONTES, P 50
POZO, K 10
PRADA, L 79
PRADO, F M 17,30
PRESTES, R 56
PRUDENTE, R A 61,87,98,99,103, 104
PUGLIESI, E C 12,32
PUGLIESI, T B 5,49,78
PUREZA, I R O M 99
QUEIROZ, D A 107
QUEIROZ, D S 35
QUEIROZ, E A I F 107

QUEIROZ, J G V 67,76
QUEIROZ, L F 62
QUEIROZ, M A 84
QUEIROZ, S A 52,77,87,102
QUIRINO, M M M 9,50
RABAHI, M 48,84
RABAHI, M F 48,84
RACHED, S Z 7,81,83,90
RAIZ, C A 64
RAMOS, E M C 10
RAMOS, J F 57
RAMOS, T F 75
RATTI, L S R 95
REGINA, M C 7
REGIO, L M 10
REGIS, P A P M 33,72
RÊGO, K S 83,88,89
REIS, B C O S 90
REIS, I F 36,53,88
REIS, L L F 67,76
REIS, T A 20,23,98,99,103, 104
RENO, G F 98,99,103, 104
RENÓ, G F E 87
RESENDE, A B E L 59
RESENDE, A B L 46,81
RESENDE, A C L 46,59,70,74,81
REVOREDO, G L A 39
RIBEIRO, A J R 36,53,88
RIBEIRO, J R 46,59,81
RIBEIRO, K P 84
RIBEIRO, R 72
RIBEIRO, V N 66
RIBEIRO, V P 38,39
RICELLI L 7
RIECHI, J C 6,8,69,71,
RIECHI, J CO 40
RIMOLDI, V D S 11,25
RIMOLDI, V D S A 20
RIZZATTI, F P G 32
ROBERTO S 15
ROCHA, A D F 16
ROCHA, B M 85
ROCHA, D G 60
RODRIGUES JUNIOR, R 80
RODRIGUES, C S T 8,86
RODRIGUES, I F S 13,16,19,24,29
RODRIGUES, J B 91,93
RODRIGUES, J H G 45
RODRIGUES, L K R 75
RODRIGUES, M M 38,39
RODRIGUES, R B C 86
RODRIGUES, S C S 38,39,42
ROLIM, J V 54,55,100
ROMALDINI, J G B 53
ROMÃO, C N C 54
ROMAO, V S 84
ROSALINO, R D 38,39,42,65
ROSCANI, M G 58
ROSSETTO, A B 18
ROTONDANO, M 82
RUBIN, A 56
RUIZ JR, R L 23
RUIZ JUNIOR, R L 20
RUIZ, B K 86
SAAD JUNIOR, R 12,14,15,17,21,23,25,26,29,30
SABINO, E C 101,105
SADD JUNIOR, R 18,19
SAITO, C H F 42,48
SAITO, C HA F 81
SAKAE, R T 12,14,15,17,18,23,25,26
SALDANHA, M F L S 61
SALES, G R 101
SALES, K R 53
SALES, L R O 9
SALES, R K 42,43,45,73
SALES, R K B 44,45
SALGE, J M 35
SALIBE FILHO, W 80
SALVADOR, R A 91,93
SALVIANO, A L G 38,39,42,65
SAMANO, M N 13,14,16,17,22,26,27,28
SAMPAIO, L C A 104
SAMPAIO, M M S C 90
SAN MARTÍN, S R 80
SANCHES, F M 42,45,73
SANT'ANA, N M 54,100
SANTANA, G G M 73
SANTANA, J S 34
SANTANA, M E C 75
SANTIAGO, M A C 57
SANTOS JUNIOR, E G 51,64,69
SANTOS M L G 17
SANTOS NETO, J J S 75
SANTOS, A C 84
SANTOS, B R S 100
SANTOS, B R S 54
SANTOS, C S 75
SANTOS, C V Q 67,76
SANTOS, D 70
SANTOS, D F P 8
SANTOS, E C 93,95
SANTOS, F V 67,76
SANTOS, G A C 7,83
SANTOS, G M F 93,95
SANTOS, H A S 8
SANTOS, J L 51
SANTOS, J P V 12
SANTOS, K K P M 107
SANTOS, L G 26
SANTOS, M A C 65
SANTOS, M K 35,68,77,78
SANTOS, M L G 30
SANTOS, M R S 38,42
SANTOS, M S C 87
SANTOS, N R 86
SANTOS, N T C 57
SANTOS, O V E 86
SANTOS, R A A 9
SANTOS, R A A 47
SANTOS, T S 24,44
SANTOS, U P 80
SANTOS, V A 101
SASSO, C I 73
SAUTER, I 55
SAUTER, I P 96
SCALISSI, N M 25
SCHAFAUSER, N S 54,55,58,59,100
SCHEVZ, C R 39
SCHMIDT, C S 53
SCHUWARTZ T D G 48,84
SCIORTINO, A D S 47
SELLES, W L 93,95
SEROTINI, M D L C M 48
SERRA, J P C 83,89

SERRA, J PE C 88
SERRANO, R R 40,69,71
SERRANO, ROSILET R 6
SILVA FILHO, L V R F 90,91
SILVA JUNIOR, R R 18,76
SILVA, A P 21,46
SILVA, B F 35
SILVA, B M G 49,78
SILVA, C R P 44
SILVA, C S R 43
SILVA, C T 53
SILVA, D F M 88
SILVA, D W 93,95
SILVA, E A T 36,53
SILVA, F L G 64
SILVA, F R T 98,99,103, 104
SILVA, G B S 53
SILVA, G S B 60
SILVA, H O 56
SILVA, H V C 93,95
SILVA, I L A 13
SILVA, J L 106
SILVA, J M 61,63,
SILVA, J N B 32
SILVA, J R 13, 16, 19, 24,29
SILVA, K M 102
SILVA, L B 60
SILVA, M A 5,97
SILVA, M C 85
SILVA, M G 96
SILVA, M M C 55
SILVA, P F 61,63
SILVA, P M B E 74
SILVA, R B L R 93,95
SILVA, R C B A 31,33,72
SILVA, R M 52
SILVA, T A A 71
SILVA, T D S 31,33,72
SILVA, T M F 83
SILVA, W P 104
SILVA, Y C 11,70
SILVA, Y C A 74
SILVEIRA, T H 102
SIMÕES, R P 58
SIMONGINI, R 50
SIMONGINI, R L 39,42,68
SIQUEIRA, G B M 10,36,53,70,92
SOARES G V 22,27,28
SOARES NETO, H 50
SOARES, A C 60
SOARES, F M C 6,8,40,69,71
SOARES, J V A 66
SOARES, L A T 56
SOARES, M R 40,33,38,41,62,
SORIA, M T A 91
SOUSA, K G 21
SOUSA, L C A 60
SOUSA, T S 80
SOUTO, L M 60
SOUTO, L M S É 60
SOUZA , M A 14
SOUZA FILHO, R M 20
SOUZA, A P M S 60
SOUZA, E H I 16,24
SOUZA, E HELIO I 13
SOUZA, F O 6,40,69,71
SOUZA, K G 14
SOUZA, M A 15,19,26
SOUZA, R 35,47,49
SOUZA, R B 11,46,59,70,74,81
SOUZA, R C 25
SOUZA, V C 61
SOUZA, Y 50
SOUZA, Y A 7,39,42,68
SPERANDIO, P C A 61
SPINOSA, G N 68
SQUASSONI, S D 94
STANKE, F 12,14,15,17,18,25,26,29,30
STEIDLE, L J M 79
STELMACH, R 57
STIRBULOV, R 53
STOIANOV, T R C 36
TABA, G M 11
TADAO, W D 8,86
TAKAHASHI, L A R 11,20,25,46
TAKAI, G S M 73
TAKEUCHI, A Y 98,99,103,104
TAKITA, S Y 91,93
TANAKA, S O T 90,91,93
TANNI, S E 55,61,87,98,99,103,104
TATAGIBA, L S 49
TAVARES, P F 51
TEIXEIRA, A K A A 85
TEIXEIRA, L R 42,43,44,45,
TELES, D 101,105
TENCARTE, S R 21,46
TEODORO, R J 94,96,97
TOBIAS JUNIOR, T 24
TODOROVIC, F A 8
TOJAL, A S T 85
TOKUMOTO, I C 69
TONIDANDEL, P R 57
TONIOLI, L P 80
TOSHIO S, R 30
TRAINA, J S 92
TREVISAN, A 40,71
TRINCO, S F R 87
TSUCHIYAMA, Y 38,39,42,65,67
TUCCI, M R 47
URSICH, B N 11
VAGO, L M 18,76,76
VALE, A R S 90
VALENTIN, F C 73
VALENTIN, M V N 73
VALERY, M I B A 68
VALLE, B M B 107
VALVERDE, A B C M 89
VANDERLEI, L C M 61,63
VEGA, J H A 88
VEGA, N A 73
VELASCO, F C 48,84
VERRI, B A T A 30,31
VIAN, B S 95
VIANNA, E S O 57
VIEIRA, C JÚNIOR 8
VIEIRA, G B 9,47
VIEIRA, L S 36,53,88
VIEIRA, P C B 72,76
VILAS BOAS, R L P 6
VILHENA, H A 53
VILLAS BOAS, F P 64
VILLELA, G R 86

VOSS, L R 51,64,69
VUOLO, I G 71
WINTER, D H 32
XAVIER, G S A 6 0
XAVIER, R C M 52
XAVIER, R F 30, 31
XIMENES, A M G 20
XIMENES, A M G 23
YAMADA, L H 17
YAMAMOTO, L R 32
YAMAUCHI, F K 98,99,103, 104
YONEZAWA, G N 101
YOO, H H B 66
ZANIBONI, J P 9
ZERBINATI, R M 90
ZORRER, F F J B 54,100
ZORRER, F M M C S 54,100