



XXXVII Congresso Brasileiro de
 Pneumologia e Tisiologia

XIII Congresso Brasileiro de
 Endoscopia Respiratória

X Congresso Sulamericano de
 Broncologia

Gramado - RS
 07 a 11 de outubro de 2014

ANAIS

possuais: tabagismo 20 maços/anos – cessou há 5 anos. Ao exame físico, apresentava hiperemia ocular bilateral, principalmente em olho esquerdo; oroscopia: presença de múltiplas úlceras em mucosa oral e base de língua, com base amarelada circundada por halo eritematoso e em região genital presença de 2 úlceras com halo eritematoso em sulco balanoprepucial. Ausência de linfonodos palpáveis. Restante do exame físico normal. Hemograma: discreta leucocitose sem desvio à esquerda. HIV, HBsAg, VDRL, Anti-HCV, mononucleose, herpes simples IgM e toxoplasmose IgM: não reagentes. FAN, fator reumatóide negativos. VHS alto. Biópsia da mucosa oral: presença de tecido de granulação. Feita hipótese diagnóstica: Doença de Behçet. Iniciado tratamento com Prednisona 60mg/dia. Após 15 dias, associado ciclossporina, devido a não melhora clínica. No dia 08/05/14, internado com quadro de dispnéia aos grandes esforços, turvação visual melhora clínica parcial das lesões genitais e orais inalteradas. Radiografia de tórax: imagem ovalada medindo 6cm em região peri hilar esquerda. Tomografia de tórax(TC): massa pulmonar peri hilar à esquerda, contornos regulares, em contato com artéria pulmonar e brônquios fonte esquerdos, bem como seus principais ramos, medindo 6,4 x 6,1 x 5,9cm e atelectasia subsegmentar em segmento anterior do lobo inferior esquerdo. Evoluiu com piora da dispnéia, aos médios esforços. Ecocardiograma: dilatação importante das cavidades direitas, hipertensão pulmonar de grau discreto (FE: 58,9%). Após avaliação da Cirurgia Torácica, solicitados espirometria e broncoscopia, bem como orientado desmame do corticóide. Espirometria: Distúrbio Misto –padrão obstrutivo grave. Broncoscopia: compressão extrínseca do brônquio fonte esquerdo com comprometimento importante da luz brônquica; biópsia não realizada por proximidade vascular. Alta dia 23/05/14 para programação cirúrgica ambulatorial. Retorna, no dia 02/06/14, com sinais de desconforto respiratório grave, recidiva das úlceras genitais e as demais inalteradas. Realizado suporte ventilatório não invasivo, permanecendo estável até procedimento cirúrgico. Realizada toracotomia exploradora com retirada de massa pulmonar por lobectomia radical inferior à esquerda, e enviado materiais para análise. Pós operatório em UTI, mantendo quadro estável, quando evoluiu no 7º PO com insuficiência respiratória, piora do quadro hemodinâmico e óbito por choque séptico de foco pulmonar no 8º PO. Análise do material na imuno-histoquímica: neoplasia de células fusiformes infiltrativa em linfonodo junto à pulmão, com imunoposição de CD21, CD35, Clusterina, compatível com Sarcoma de Células Dendríticas Foliculares. Portanto conclui-se que as lesões ulcerosas citadas no caso acima, tratavam-se de Pênfigo Paraneoplásico associado à neoplasia.

1. SAGIORATO, R.C.; Miranda, S. C. S. Relato de Caso: Doença de Behçet. Revista Brasileira de Medicina. Moreira Jr Editora. Ano 2005. p.66-67.
2. PORRO, A. M. Pênfigo paraneoplásico. Boletim Trimestral de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Ano V, Número 20. Out/nov/dez, 2008.
3. CRUZ, B. A. Atualização em Doença de Behçet. Rev Brasileira Reumatologia. V. 45. N. 2., p.84-89, Mar/abr, 2005.
4. WEBSTER, G. et. All. Paraneoplastic pemphigus: initial manifestation of lung cancer. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. p. 258, 79 mar/abr 2013.
5. SEICHIMA, M. et all. Antibody titers to desmogleins 1 and 3 in a patient with paraneoplastic pemphigus associated with follicular dendritic cell sarcoma. Arch Dermatol. 2004 Dec; 140(12):1500-3
6. SHAH, R.N et all. Follicular dendritic cell tumor presenting in the lung: a case report. Hum Pathol. 2001. Jul; 32(7): 745-9
7. DENNING, K.L., et all. Primary pulmonary follicular dendritic cell neoplasm: a case report and review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 2009 Apr; 133(4): 643-7.

PE460 CIRURGIA DE AVANÇO MAXILO MANDIBULAR NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO APNEIA DO SONO SEVERA – EXPERIÊNCIA DE 12 ANOS DE UM AMBULATORIO MULTIDISCIPLINAR.

FLAVIA GABE BELTRAMI¹; CHIDSANU CHANGSIRIPUN²; XUAN-LAN NGUYEN²; BORIS PETELLE²; SIMONE CHAVES FAGONDES¹; BERNARD FLEURY²

1.PROGRAMA DE POS GRADUACAO EM CIENCIAS PNEUMOLOGICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HOPITAL SAINT-ANTOINE, HOPITAUX UNIVERSITAIRES EST PARISIEN, PARIS, FRANÇA.

Palavras-chave: Apnéia obstrutiva do sono; tratamento; cirurgia de avanço maxilo mandibular

Introdução: Síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) acomete aproximadamente 5% da população adulta e é caracterizada pelo colapso intermitente das vias aéreas superiores durante o sono. Embora o tratamento padrão-ouro dos casos severos consista na ventilação com pressão positiva contínua (CPAP), a taxa de adesão a este tratamento pode ser inferior a 20% em algumas séries. A cirurgia de avanço maxilo mandibular (AMM) permite o deslocamento anterior dos tecidos moles ligados à maxila, mandíbula e osso hioide, sendo considerada a melhor opção cirúrgica para pacientes com SAOS, com taxas de sucesso de 86% e de cura de 43%. **Objetivo:** Avaliar as taxas de sucesso e de cura de pacientes com SAOS grave encaminhados para cirurgia de AMM pelo ambulatório multidisciplinar do Centre d'Evaluation et de Traitement des Troubles du Sommeil do Hospital Saint-Antoine (CETTSSA), Paris- França. **Metodologia:** Coorte retrospectiva analisando pacientes com SAOS grave (RDI >30/h) submetidos à cirurgia de AMM no Hospital Saint-Antoine entre 2001 e 2013. Todos os pacientes haviam apresentado intolerância ou não aceitação ao tratamento com CPAP e foram operados pelo mesmo cirurgião (BP). Foram incluídos todos os pacientes cujos registros diagnósticos e pós-cirúrgicos (polissonografia ou poligrafia ventilatória) haviam sido realizados na instituição. Para homogeneidade da análise, o RDI (Respiratory Disturbance Index) foi utilizado como medida do desfecho. Conforme os critérios de Guilleminault, sucesso foi definido por um RDI < 20/h desde que associado a uma redução do RDI basal superior a 50%, enquanto cura foi definida por um RDI < 5/h. **Resultados:** No período analisado, foram operados 49 pacientes, 92% do sexo masculino, idade média de 54,07 ± 16,26 anos, IMC 25,2 ± 2,9 kg/m². Treze pacientes (26%) apresentavam cirurgia prévia das vias aéreas superiores. Registros do sono foram realizados em média 6,4 ± 5,4 meses após a cirurgia. O avanço mandibular médio foi de 11,1 ± 1,2 mm enquanto o maxilar foi de 8,0 ± 2,7 mm. Sucesso foi obtido em 43 pacientes (86%) e cura em 20 (40%). Entre os fatores analisados que apresentaram uma redução significativa após a cirurgia encontram-se: RDI (48,2 ± 11,8 a 9,1 ± 7,8 p<0,000), saturação arterial de oxigênio mínima durante o sono (76,3 ± 8,6 a 84,6 ± 6,6, p<0,000), tempo de saturação arterial de oxigênio menor que 90% (10,3% ± 13,8% a 0,4% ± 1,0%, p<0,000) e porcentagem de ronco (35,6% ± 26,2% a 8,9% ± 11,7% p<0,001), escala de sonolência de Epworth (de 12,5 ± 4,7 a 4,1 ± 3,3, p<0,000). **Conclusão:** As taxas de sucesso e de cura observadas em pacientes com SAOS severo submetidos a cirurgia de AMM foram elevadas e similares as taxas descritas na literatura. Conclui-se que a cirurgia de AMM é um opção terapêutica efetiva nessa população.

PE461 COMPARAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE QUATRO QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE NO LABORATÓRIO DO SONO DE HOSPITAL DE GRANDE PORTE HELOISA GLASS¹; GABRIELA GOMES DE SANTANA BERIGO²; ALINE KELLEN CARMO GUIMARAES²; ANA PAULA GONCALVES GARAY MOLINA³

1.SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF, BRASILIA, DF, BRASIL; 2.SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO DF, BRASILIA, DF, BRASIL; 3.HOSPITAL SANTA LUCIA, BRASILIA, DF, BRASIL.

Palavras-chave: Questionários; distúrbios do sono ; avaliação
Introdução: Questionários são ferramenta importante na investigação de pacientes, pois reduzem erros de avaliação ao