

da perda sanguínea e menor possibilidade de formação de hematomas, quando comparada à técnica tradicional. O método permite mais rápida recuperação do paciente e dispensa anestesia geral. A despeito da simplicidade técnica, algumas complicações têm sido registradas, relacionadas à hiperinfusão de líquidos, intoxicação por lidocaína ou adrenalina, embolia gordurosa, tromboembolia pulmonar e óbito. A taxa de óbitos registrada na literatura é de 5 casos para 48.527 procedimentos. **Objetivos:** Registrar um caso de embolia gordurosa associada à lipoaspiração tumescente, cujo tratamento precocemente permitiu a resolução do quadro. **Métodos:** É relatado um caso de embolia gordurosa associada à lipoaspiração tumescente, cuja caracterização clínica e tomográfica possibilitou o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica efetiva. **Resultados:** Masculino, 28 anos. Admitido na emergência com tosse, escassa expectoração mucóide, dispnéia, dessaturação, desorientação e agitação psicomotora, poucas horas após lipoaspiração tumescente (3 litros de SF 0,9% + lidocaína + adrenalina), realizada ambulatorialmente em uma clínica privada. Na UTI achava-se dispnéico e hipoxêmico. Abdomem distendido, com lesões perfuro-contusas na parede anterior, além de hematomas no flanco esquerdo. Identificadas petéquias no tórax, além de estrabismo convergente e diplopia. SpO2 87% em ar ambiente. Hemoculturas negativas. TCAR: áreas multifocais de consolidação, por vezes com halo em vidro-fosco. TC do crânio normal. Tratado com O2 por máscara, metilprednisolona e furosemida. Seis horas mais tarde, achava-se orientado, eupnéico e com a SpO2 98% (FIO2 = 0,21). Controle tomográfico mostrou resolução dos infiltrados pulmonares. Houve regressão completa do estrabismo e da diplopia. Concedida alta hospitalar. **Conclusão:** A presença de insuficiência respiratória aguda; associada a infiltrados pulmonares multifocais difusos, petéquias, estrabismo, confusão e diplopia; depois de uma lipoaspiração tumescente, sugere o diagnóstico de embolia gordurosa. As medidas de suporte devem ser imediatamente instituídas. Ainda que a lipoaspiração tumescente seja considerada um procedimento seguro, permitindo sua realização até mesmo em sistema ambulatorial, o conhecimento de suas potenciais complicações pode ser um fator decisivo no prognóstico.

#### **PO046 ABSCESSO PULMONAR COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE UM CORPO ESTRANHO TORÁCICO**

Luna Filho P, Bayer Junior VB, Pinto RV, Lima NC, Gonçalves TMP, Cavalcanti Lundgren FL Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, PE, Brasil.

**Palavras-chave:** Corpo estranho torácico; Abscesso pulmonar; Cirurgia abdominal

**Introdução:** O corpo estranho pode se apresentar como uma complicação anos após um procedimento cirúrgico com imagens radiológicas de interpretação duvidosa e difícil diagnóstico. As características clínicas são bastante inespecíficas, confundindo o diagnóstico inicial e radiologicamente podendo simular uma série de patologias infecciosas como por exemplo: um abscesso pulmonar. Relatamos um caso de um corpo estranho torácico que clinicamente se apresentou como um abscesso pulmonar. **Objetivos:** Relato de caso. **Métodos:** Descrição da elaboração diagnóstico e desfecho clínico do paciente da enfermaria de Pneumologia do Hospital Geral Otávio de Freitas, Recife, Pernambuco. **Resultados:** J.A.S. 52 anos, agricultor, com passado de cirurgia toracoabdominal devido a lesão por projétil de arma de fogo há 17 anos. Relatava história de tosse crônica associado a expectoração amarelada por vários anos. Na admissão apresentava vômito, hemoptise moderada, dispnéia e febre há 15 dias. Encontrava-se clinicamente grave com dispnéia e hipoxemia. A radiografia de tórax ântero-posterior mostrava uma opacidade heterogênea com pequeno halo de gás em bordo superior - em base do hemitórax direito, elevação de cúpula diafragmática e condensação em lobo médio direito; leucocitose com desvio a esquerda, sem alterações na bioquímica sérica e boa função renal. Tomografia Computadorizada de Tórax que mostrou uma massa heterogênea em base do hemitórax direito que não se impregnava com o contraste (imagem sugestiva de corpo estranho), mais condensação em lobo médio direito. Iniciado antibióticos com boa resposta clínica, posteriormente submetido a toracotomia, na cavidade pleural foi constatado intenso paquipleuritis com encarceramento pulmonar. No desbridamento encontrou-se a compressa de aspecto putrefato, foi observado fistulas de grande calibre com drenagem para o lobo médio (justificando os episódios de vômito). Com a finalidade de diminuir o escape aéreo pelas fistulas foi realizada a fixação do músculo serrátil na proximidade das fistulas por meio de uma costatectomia com preservação do pedículo muscular. No pós-operatório evoluiu com melhora clínica e resolução das fistulas. **Conclusão:** O corpo estranho pode se apresentar clinicamente assintomático e ser um achado radiológico, mas neste caso a presença do corpo estranho no tórax levou ao aparecimento de um processo inflamatório crônico com fibrose, retração, formação de granuloma e infecção secundária transformando-se em uma urgência médica havendo portanto a necessidade de intervenção cirúrgica. A história clínica bem realizada é de fundamental importância para o diagnóstico. Bibliografia: Radiographics 2003;23:731-757 British journal of radiology 2005; 78:851-3.

#### **PO047 AVALIAÇÃO FUNCIONAL PULMONAR EM PORTADORES DE ESCLEROSE SISTÊMICA - ESTUDO DE UMA SÉRIE DE 69 CASOS**

Jezler SF, Andrade TL, Santiago MB, Lemos ACM Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

**Palavras-chave:** Esclerodermia; Fibrose pulmonar; Função pulmonar

**Introdução:** A esclerose sistêmica (ES) frequentemente acomete o trato respiratório, especialmente sob a forma de fibrose e hipertensão pulmonar. A avaliação funcional respiratória é frequentemente anormal e possui associações clínicas e relevância para o prognóstico. **Objetivos:** Descrever os achados de provas de função pulmonar em portadores de ES e identificar associações clínicas e radiológicas. Adicionalmente, avaliar as associações clínicas de pacientes com redução acentuada da difusão de monóxido de carbono (DLCO). **Métodos:** Foram estudados consecutivamente pacientes com ES, encaminhados independentemente da presença de sintomas respiratórios. A avaliação consistiu de questionário clínico, escala de dispnéia (BDI de Mahler et al.), espirometria simples, volumes pulmonares, DLCO, ecocardiograma e tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR). Identificamos também indivi-

duos com DLCO menor que 40% do previsto, para avaliação adicional. As variáveis foram descritas através de suas médias, desvios-padrão, medianas e proporções. Para comparação de médias entre grupos, utilizamos teste t de Student ou Mann-Whitney e para comparar proporções, usamos o teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando indicado. **Resultados:** Dos 69 pacientes avaliados, 87% eram do sexo feminino, possuíam média de idade de 42, 9 anos, tempo médio de início de doença de 6,5 anos e padrão cutâneo difuso em 65,2% do grupo. Tabagismo atual ou progressivo foi relatado por 21,7% dos doentes, com média de intensidade de 7,3 anos/maço. Dispnéia foi o sintoma respiratório mais citado, presente em 69,6% dos casos. Os valores médios da CVF, VEF1 e DLCO foram 75,9, 72,8 e 55,2% do predito, respectivamente. Sinais de doença intersticial pulmonar (DIP) foram detectados em 50,7% dos pacientes. Dos 50 pacientes que realizaram ecocardiograma, 50% apresentaram hipertensão pulmonar (HP), associada ou não à presença de DIP. A avaliação funcional respiratória foi normal em 4% dos casos e o distúrbio restritivo foi o mais freqüente, detectado em 45,3% do grupo. Distúrbio obstrutivo foi encontrado em 18,8% e a DLCO estava reduzida em 84% dos indivíduos. A redução da DLCO como único distúrbio funcional ocorreu em 18,8% e valores de DLCO menores que 40% do predito foram encontrados em 21,7% do grupo. Quando comparados, os pacientes com DLCO < 40% apresentaram menores valores de VEF1, CVF, CPT, maior intensidade de dispnéia e maior freqüência de hipertensão pulmonar que o restante do grupo. Não houve diferença na freqüência de sintomas ou freqüência de DIP. **Conclusão:** Anormalidades da função pulmonar foram freqüentes no grupo estudado, com predominância do padrão restritivo. Redução da DLCO ocorreu em quase todos os pacientes e sua redução acentuada (< 40% do predito) apresentou associação com maior restrição, dispnéia mais intensa e maior freqüência de hipertensão pulmonar.

#### **PO048 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR**

Rabahi MF<sup>1</sup>, Silva DCB<sup>2</sup>, Guedes D'Amorim DF<sup>3</sup>

1. Faculdade de Medicina-UFG e Hospital São Salvador, Goiânia, GO, Brasil; 2,3. Faculdade de Medicina-UFG, Goiânia, GO, Brasil.

**Palavras-chave:** Hemoptise; Malformação arteriovenosa; Arteriografia pulmonar

**Introdução:** As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são uma conexão direta entre um ramo da artéria e veia pulmonares, criando um shunt da direita para esquerda, levando a fadiga, dispnéia e cianose. Essa anomalia pulmonar apresenta-se bastante rara na população em geral, com uma incidência anual de 2 a 3 casos por 100.000 habitantes. O diagnóstico de MAVP pode ser feito da infância até os 70 anos de idade, sendo a maioria dos casos identificada até a 3ª década de vida. MAVP pode ocorrer de forma congênita ou adquirida, sendo que a primeira responde por 80% dos casos. A MAVP não congênita apresenta etiologia diversa, como traumas e cirurgias torácicas, cirose hepática, carcinoma metastático da tireóide, estenose mitral, esquistossomose, actinomicose, amiloidose sistêmica e anemia de Fanconi. Uma associação importante ocorre entre a MAVP e a Telangiectasia hemorrágica hereditária (70% dos casos). **Objetivos:** Descrever um caso de MAVP em um paciente jovem com quadro inicial de hemoptise. **Métodos:** GC, masculino, 40 anos, deu entrada no Hospital São Salvador em 23 de dezembro de 2005. **Resultados:** Encaminhado com relato de hemoptise maciça há 1 semana, episódio único sem relato de tosse, dispnéia ou febre previamente. Há 1 mês apresentou quadro de lesões na mucosa do palato (aftas), associado a quadro gripal. Nega qualquer patologia previa e nega tabagismo. Ao exame físico sem alterações, exceto pela presença de roncos esparsos no hemitórax direito. Foi feita hemograma, gasometria, pesquisa de BAAR no escarro, radiografia de tórax, TC de tórax, broncoscopia e sorologia para HIV. Apenas a TC mostrou alteração, com imagem de discreto preenchimento alveolar no segmento basal-medial do lobo inferior direito. Submetido a arteriografia pulmonar que confirmou o diagnóstico de malformação arteriovenosa pulmonar. **Conclusão:** Devemos suspeitar de MAVP em pacientes que apresentam epistaxe, dispnéia, telangiectasias mucocutâneas, platipnéia, hipoxemia, cianose, policitemia, tosse e dor torácica. A tríade clássica da MAVP inclui dispnéia, cianose e baquetamento digital. Exames complementares são importantes para o diagnóstico de MAV. O Raio-X detecta anormalidade em 98% dos doentes, sendo a imagem clássica uma massa redonda, de densidade uniforme, frequentemente lobulada, que varia de 1 a 5cm de diâmetro, porém a angiografia pulmonar é o exame padrão ouro. Não existe um consenso sobre o melhor tratamento para a MAVP, entretanto, o método mais utilizado atualmente é a emboloterapia percutânea, havendo indicação de correção cirúrgica em caso de insucesso. Apesar de se tratar de uma doença rara, a MAVP deve ser pensada como diagnóstico diferencial de problemas pulmonares comuns, como hipoxemia, nódulos pulmonares e hemoptise, dada a alta morbimortalidade dos indivíduos acometidos.

#### **PO049 PNEUMONIA GRAVE POR RHODOCOCUS EQUI NA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: RELATO DE CASO**

Gazzana MB<sup>1</sup>, Albaneze R<sup>2</sup>, Silva DR<sup>3</sup>, Menna Barreto SS<sup>4</sup>

1,2,3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil; 4. Hospital de Clínicas de Porto, Porto Alegre, RS, Brasil.

**Palavras-chave:** SIDA; Rhodococcus; Pneumonia

**Introdução:** A epidemia da infecção pelo vírus HIV fez aumentar a incidência de diversas infecções raras. Em 1967 foi relatado o primeiro caso de infecção pelo rhodococcus equi. Apenas outros 12 casos foram relatados nos 15 anos seguintes. **Objetivos:** Relatar um caso de pneumonia grave por Rhodococcus equi em um paciente com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) acompanhado pelo Serviço de Pneumologia do HCPA. **Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura pelo MEDLINE 1966-2005 (Unitermos: Rhodococcus equi, pneumonia, HIV). **Resultados:** Paciente de 31 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV de há 3 meses vem a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por febre, diarreia e tosse com escarro produtivo nos últimos 15 dias. No RX de tórax apresentava lesão com cavidades e consolidação em ápice direito com formação de cavernas. Realizada coleta de escarro e iniciado com RHZ empiricamente, cefuroxima e azitromicina. Após 6 BAAR em escarro negativos, foi realizada fibrobroncoscopia para coleta de material que teve

lavado broncoalveolar negativo para BAAR, sendo isolado coco gram positivo em cadeia. Foi suspenso tratamento com RHZ e completou 14 dias de tratamento com cefuroxime. Foi tratada teníase e isospora isoladas nas fezes com praziquantel e sulfametoxazol-trimetoprim. Paciente teve alta, reiniciou com sintomas 2 dias após alta. Procurou a emergência 14 dias após pelos mesmos sintomas respiratórios. Iniciado na chegada com cefepime e RHZ, e realizada nova fibrobroncoscopia com biópsia após, já que paciente não apresentava melhora clínica ou radiológica. Levantada a hipótese de infecção por *Rhodococcus* equi e acrescentado ao esquema vancomicina e clindamicina com melhora da curva térmica. Cultural da biópsia evidenciou infecção por *Rhodococcus* equi. Retirado o RHZ e iniciado azitromicina. Houve boa evolução hospitalar. **Conclusão:** Em paciente infectado pelo HIV com quadro de pneumonia alvéolo-ductal com áreas de necrose deve-se lembrar da infecção por *Rhodococcus* equi como possível etiologia.

#### **PO050 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA NOS INÍCIOS DAS DÉCADAS DE 1990 E 2000**

Rosário da Silva Ramos Costa MD, Filho AV, Júnior AN, Andrade DB, Queiroz MA, Matos AG, Holanda RCA, Barbosa FG, Diógenes AC, Soares VO, Souza VH, Freitas FM, Miranda ER, Costa AB, Viana AM, Borges MC, Neiva RF, Vale CF, Souza DC, Rocha RS  
*UFMA, São Luis, MA, Brasil.*

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Internação; Pneumopatias

**Introdução:** As doenças respiratórias constituem a principal causa de internações hospitalares, principalmente as de etiologia infecciosas, como pneumonia e tuberculose. Excluídas as causas relacionadas à gestação, a pneumonia é a principal causa de internação hospitalar no SUS, totalizando 900 mil casos por ano e cerca de 33.000 mortes. **Objetivos:** Determinar e comparar o perfil clínico e epidemiológico das internações do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), no início das décadas de 90 e 2000. **Métodos:** As características clínicas e epidemiológicas dos pacientes internados no Serviço de Pneumologia do HUPD no período de 2001 a 2005 foram analisadas em um estudo transversal. Em seguida, estes dados foram comparados com os dados obtidos em um estudo no mesmo hospital, com uma amostra do período de 1992 a 1996. **Resultados:** Quanto ao sexo, não encontramos mudanças significativas nos dois períodos. As doenças mais prevalentes foram: pneumonia (20%), DPOC (16%), bronquite crônica (15%), tuberculose (14%) e neoplasia maligna (13%), assim como ocorreu na década de 1990. A distribuição de doenças por faixa etária e sexo se mostrou da mesma forma nos dois períodos. Quanto ao hábito tabágico, reafirmamos os dados da década de 1990, nos quais o sexo masculino mostrou-se mais associado ao tabagismo; a diferença entre mulheres fumantes e não-fumantes não foi significativa nos dois períodos; e as doenças mais associadas ao tabagismo foram DPOC (100%), câncer de pulmão (69%) e tuberculose (64%), nas duas amostras. Confirmamos a carga tabágica de 20 anos/maço como grau de exposição predisponente ao DPOC (81%) e ao câncer de pulmão (100%) naqueles que fumavam. Na nossa amostra, não encontramos uma relação inversamente proporcional entre o nível de escolaridade e o hábito tabágico, diferente do que foi observado nos pacientes da década de 90. Os cinco sintomas mais referidos pelos pacientes foram os mesmos nos dois períodos: tosse, dispnéia, expectoração, febre e cefaléia. Quanto aos exames complementares observamos o aumento de 13% para 67% da solicitação de tomografia computadorizada de tórax e uma redução de 29% para 3% no número de PPD e de 23% para 6% de solicitações de broncoscopia. Na nossa amostra tivemos maior número de óbitos em relação à década de 1990, sendo em sua maior parte por neoplasia maligna em estágio terminal. **Conclusão:** Não houve diferença significativa no perfil epidemiológico quanto ao sexo, faixa etária e doenças mais prevalentes. Com relação ao perfil clínico, houve maior taxa de solicitação de tomografia computadorizada e aumento do número de óbitos em relação à década anterior.

#### **PO051 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL NO ESTADIAMENTO DA NEOPLASIA ESOFÁGICA**

Gazzana MB, Damian FB, Svartman FM, Silva DR, Albaneze R, John AB, De Oliveira HG, Xavier RG

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

**Palavras-chave:** Câncer esofágico; Fibrobroncoscopia; Pulmão

**Introdução:** O câncer de esôfago é uma das mais prevalentes neoplasias do trato aerodigestivo e tem um pobre prognóstico. Por causa da invasão de estruturas adjacentes, principalmente a via aérea inferior, a broncoscopia é recomendada no seu estadiamento. **Objetivos:** Avaliar a utilidade diagnóstica da broncoscopia flexível no comprometimento respiratório pela neoplasia de esôfago. **Métodos:** Coorte histórica não controlada, dos pacientes com neoplasia de esôfago submetidos a broncoscopia flexível de Janeiro de 2002 a Março de 2006. Análise descritiva e teste de qui-quadrado e exato de Fischer ( $p < 0.05$ ). **Resultados:** Foram estudados 156 pacientes predominantemente homens (78,8%), com média de idade de 63,5 anos. (DP  $\pm$  8,6). Os sintomas relacionados foram tosse (33,9%), emagrecimento (55,1%), anorexia (23%), dispnéia (5,7%), fraqueza (10,8%). Tabagismo (91,6%) e alcoolismo (58,9%) foram muito prevalentes. A via de introdução do aparelho foi nasal (80,7%), sedação intravenosa com propofol (72,4%) e fentanil (79,4%). Os achados principais foram compressão extrínseca (30,1%), secreção (12,8%), carena roma (7,6%), paralisia de corda vocal ou lesão em laringe (6,4%), infiltração mucosa (10,2%), tumor endobrônquico (6,4%) e normal (35,2%). Estudos diagnósticos adicionais foram biópsia brônquica (14,7%), lavado broncoalveolar (9,6%), punção transbrônquica por agulha (3,8%) e escovado brônquico (3,8%). Complicações registradas foram hipoxemia persistente (1,9%), sangramento (1,2%) e broncoespasmo (0,64%). Houve associação entre a presença de sintomas respiratórios e achados endoscópicos anormais na broncoscopia flexível ( $p < 0.05$ ). **Conclusão:** A broncoscopia flexível demonstra freqüentes alterações em pacientes com neoplasia de esôfago, sem maiores complicações relacionadas ao procedimento.

#### **PO052 EMBOLIA PULMONAR SÉPTICA SECUNDÁRIA A TROMBOFLEBITE JUGULAR**

Gazzana MB, Silva DR, Albaneze R, Tarso Roth Dalcin P, Vidart J, Wirth LF, Alves MD, Gulco NL

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

**Palavras-chave:** Embolia pulmonar; Tromboflebite séptica; Nódulos pulmonares

**Introdução:** A síndrome de Lemierre (infecção orofaríngea + trombose veia jugular interna + embolia séptica) é uma doença rara. Não há descrição de caso semelhantes em nosso meio. **Objetivos:** Relatar um caso de Síndrome de Lemierre, numa paciente com trombose venosa profunda jugular e nódulo pulmonares. **Métodos:** Relato de um caso de uma paciente acompanhada pelo Serviço de Pneumologia e Medicina Interna do HCPA. Revisão da literatura (MEDLINE 1966-2005; Unitermos: septic pulmonary embolism, thrombophlebitis, Lemierre's syndrome). **Resultados:** Uma mulher de 56 anos, branca, procurou a emergência devido à tumoração em região cervical à direita, dolorosa, há cerca de 5 dias. Vinha em uso de amoxicilina-clavulanato para tratamento de amigdalite há 7 dias. Apresentava tosse seca e febre alta. Hipertensão e diabética, com história de IAM há 3 anos e depressão. Vinha em uso de hidroclorotiazida, propranolol, captopril, hidralazina, metformina e fluoxetina. Negava tabagismo. Ecografia cervical mostrou trombose veia jugular interna D. A radiografia de tórax demonstrou pelo menos 2 nódulos no pulmão esquerdo, sendo 1 aparentemente escavado e outro com 18mm de diâmetro na base pulmonar esquerda e lesão irregular com 25mm de diâmetro no lobo superior direito. Tomografia de tórax: múltiplas imagens nodulares em ambos os pulmões, de aspecto sugestivo de implante metastático. Fibrobroncoscopia: normal; pesquisa de BAAR, fungos, CP e culturas negativos. Devido à hipótese de neoplasia, a paciente foi submetida à biópsia pulmonar a céu aberto, cujo exame anatomopatológico mostrou inflamação supurativa crônica abscedida em organização em parênquima pulmonar periférico. Realizada TC de tórax de controle (após segundo curso de antibiótico, agora com cefuroxime, devido à persistência de febre), que mostrou regressão praticamente total dos nódulos. **Conclusão:** A presença de nódulos pulmonares em paciente com febre e trombose venosa profunda deve lembrar a possibilidade de Síndrome de Lemierre.

#### **PO053 EMPIEMA PLEURAL POR PROTEUS MIRABILIS SECUNDÁRIO A NEFROLITÍASE E ABSCESSO PERINEFRÉTICO**

E Silva JF, Sena CVS, Zakir JCO, Gomes TC, Chaves Júnior CLM, Barbosa MP

*Hospital de Base - DF, Brasília, DF, Brasil.*

**Palavras-chave:** Pielonefrite; Abscesso peri-renal; Empiema pleural

**Introdução:** Abscesso pulmonar e empiema pleural são complicações pouco frequentes de nefrolitíase e pielonefrite. Por outro lado, *Proteus mirabilis* raramente é um germe primário em patologias pulmonares de modo que seu crescimento em culturas de líquido pleural deve nos alertar para a investigação de patologia urinária associada. Apresentamos o caso de uma paciente com dor torácica que teve o diagnóstico de empiema pleural secundário a nefrolitíase e abscesso perinefrético ipsilateral. **Objetivos:** Relatar uma complicação pouco freqüente de paciente com nefrolitíase coraliforme que evoluiu com abscesso perinefrético e empiema. **Métodos:** Revisão de prontuário. Revisão de literatura. Discussão do caso. **Resultados:** Mulher, 42 anos, divorciada, secretária, natural de Iporanga-GO, residente no Distrito Federal, admitida no Serviço de Pneumologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) com queixa de dor torácica ventilatório-dependente à esquerda, cuja radiografia de tórax mostrou moderado derrame pleural. Relatava perda ponderal sensível. Apresentava história de cálculo renal à esquerda com tratamento para infecção do trato urinário recente. A toracocentese mostrou líquido francamente purulento, tendo a cultura revelado crescimento de *Proteus mirabilis*, sendo então iniciada investigação do trato urinário. A tomografia computadorizada de abdome constatou a presença de cálculo coraliforme em rim esquerdo e abscesso perinefrético ipsilateral. Foi submetida a retirada do cálculo, drenagem cirúrgica do abscesso renal com preservação do órgão, além da drenagem torácica e antibioterapia, com boa evolução clínica. **Conclusão:** A paciente apresentou nefrolitíase coraliforme associada a pielonefrite e abscesso perinefrético à esquerda evoluindo com empiema pleural ipsilateral por *Proteus mirabilis*. Com o diagnóstico de empiema pleural causado por *Proteus mirabilis*, é mandatória a investigação de focos de infecção em sistema geniturinário.

#### **PO054 TRATAMENTO DA SÍNDROME DO PULMÃO ENCOLHIDO NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM PULSOTERAPIA DE GLICOCORTICÓIDE SISTÊMICO: RELATO DE CASO**

Gazzana MB, Chakr R, Monticciolo O, Kohem CL

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.*

**Palavras-chave:** Lúpus eritematoso sistêmico; Dispnéia; Disfunção diafragmática

**Introdução:** A síndrome do pulmão encolhido (SPE) é uma manifestação pulmonar incomum do lúpus eritematoso sistêmico (LES) caracterizada por um distúrbio restritivo secundário a alterações da dinâmica ventilatória. O tratamento compreende medidas de suporte, visando o controle da disfunção diafragmática. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com dispnéia incapacitante associada a disfunção diafragmática no LES. **Métodos:** Relato de caso. Revisão da literatura (MEDLINE 1966-2006, Unitermos: lúpus, dyaphragmatic dysfunction, shrinking lung syndrome). **Resultados:** Paciente feminina de 53 anos, apresenta ortopnéia de início insidioso e piora progressiva há 3 meses, associada a tosse seca e febre recentes e discreta perda ponderal. Vinha em uso de azatioprina e prednisona para tratamento de poliartrite de difícil controle relacionada ao LES, que se manifestava ainda com fator antinuclear (1:2560, padrão nuclear homogêneo), hipocomplementemia e leucopenia persistente há 6 anos. Crepitações finas holoinspiratórias e redução do murmúrio vesicular eram percebidos em bases pulmonares. Gasometria arterial em ar ambiente revelava hipoxemia leve e alcalose respiratória. RX tórax com elevação de hemicúspulas diafragmáticas e áreas de consolidação e/ou atelectasias em bases pulmonares. Tomografia de tórax com atelectasia parcial de lobo médio e