

malformações faciais. 7,5% dos pacientes já tinham diagnóstico prévio de Síndrome de apnéia obstrutiva do sono (SAOS). A escala de sono de Epiworth foi aplicada em 35 pacientes, com escore médio de 12,5 (1 a 22). O IMC médio foi 29,3 kg/m<sup>2</sup> (14 a 54 kg/m<sup>2</sup>). A circunferência cervical foi medida em 30 pacientes, com perímetro médio de 42cm (33 a 53cm). Foram realizadas 34 polissonografias, sendo 7 normais e 27 com diagnóstico de SAOS (8 de grau leve, 8 moderado e 11 grave). **Conclusão:** A maioria dos pacientes era constituída de homens, entre 3 e 4ª décadas de vida, com queixas predominantes de ronco e apnéia, confirmados pelas PSG realizadas. As comorbidades mais frequentes associadas foram HAS e obesidade. Os achados correspondem aos dados descritos na literatura mundial.

#### **P-188B PERFIL DAS PNEUMOPATIAS INTERNADAS NA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

SILVA, N. Viegas, C. Toledo, R. Martins, R.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. SGAN 604/605 HUB. CEP:70840-050- BRASÍLIA DF.

**Introdução:** Pneumopatias são altamente frequentes em nosso meio inclusive em nível hospitalar. **Objetivo:** Descrever a prevalência de pneumopatias internadas em enfermaria de pneumologia de Hospital Universitário. **Métodos:** Analisaram-se retrospectivamente os diagnósticos das internações por pneumopatias no período de fevereiro de 1999 a março de 2000. **Resultados:** No referido período foram internados 203 pacientes dos quais 53% eram do sexo masculino. 16 pacientes (8%) faleceram durante a internação e 18 pacientes (9%) foram transferidos para outros serviços. O tempo médio de internação foi de 13 dias. Os principais diagnósticos foram: DPOC (34%), Neoplasia (19%), Pneumonia (17%), Asma (7%), Infiltrado Intersticial (6%), Tuberculose (4%), TEP (3%) e outras (10%). **Conclusão:** No Serviço de Pneumologia estudado, internações por neoplasias são mais frequentes que por pneumonia ou asma.

#### **P-189B AMIODARONA: REPERCUSSÕES MORFOFUNCIONAIS PULMONARES**

Nascimento, C.S.; Lima, J.G.M.; Xisto, D.G.; Faffe, D.S.; Rocco, P.R.M.; Zin, W.A.

LABORATÓRIO DE FISILOGIA DA RESPIRAÇÃO, IBCCF<sup>o</sup>, UFRJ.

**Objetivos:** O presente estudo avalia a mecânica respiratória *in vivo* e *in vitro*, bem como a histologia pulmonar, após 6 semanas de uso de amiodarona. **Métodos:** 12 ratos Wistar foram divididos em 2 grupos (n=6): amiodarona (A), que receberam 175 mg/kg/dia da droga por gavagem durante 6 semanas, e controle (C), que receberam salina (0,5 ml/dia). A mecânica respiratória *in vivo* foi analisada pelo método de oclusão ao final da inspiração, sendo computadas para o sistema respiratório, pulmão e parede torácica: pressões resistiva e viscoelástica/inomogênea; elastâncias estática e dinâmica. A seguir, o pulmão direito foi preparado para histologia (HE), em que se analisou fração de área de colapso e hiperinsuflação e celularidades total e diferencial. Para estudo *in vitro*, tiras subpleurais (10x3x3mm) foram retiradas dos pulmões esquerdos, mantidas em solução de Krebs sendo uma das suas extremidades acomodada a um transdutor de força e a outra a um de deslocamento. As tiras foram osciladas (0,03; 0,1; 0,3; 1 e 3 Hz) computando-se: resistência, elastância e histerisividade teciduais. **Resultados:** Não houve diferença nos parâmetros de mecânica e morfometria *in vivo* e *in vitro*, entretanto, a amiodarona acarreta aumento de polimorfonuclear (98%). **Conclusão:** Após 6 semanas, a amiodarona acarreta processo inflamatório pulmonar, sem repercussões mecânicas. **Apoio Financeiro:** PRONEX-MCT, CNPq, FINEP, FAPERJ

#### **P-190B BIOLOGIA CELULAR DE NEUTRÓFILOS: VIABILIZAÇÃO DA ISOLAÇÃO E DETECÇÃO DE APOPTOSE DESTAS CÉLULAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A LESÃO PULMONAR AGUDA**

Fialkow, L.; Henningsen, F.; Ceccon, P.; Fraga Jr, J. A.; Riboldi Jr, A.; Ceccon, M.; Downey, G\*.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, UFRGS. \*UNIVERSIDADE DE TORONTO, CANADÁ. (APOIO CNPq, PIBIC-CNPq/UFRGS E HCPC, FAPERGS).

A lesão pulmonar aguda em sua forma mais severa, a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), está associada a elevada mortalidade. Os neutrófilos, apesar de seu papel na defesa, estão implicados na patogênese dessa síndrome. A apoptose celular é um processo que permite a remoção de células do meio inflamatório e pode ser importante na limitação e resolução da inflamação pulmonar aguda. Embora a obtenção e a análise da apoptose de neutrófilos sejam técnicas desenvolvidas em nível internacional, estas ainda carecem de desenvolvimento em nosso meio e, provavelmente, em nível nacional. O objetivo deste estudo foi viabilizar a isolamento de neutrófilos de sangue periférico humano e caracterizar a apoptose destas células. Neste estudo experimental, os neutrófilos foram isolados de sangue periférico de doadores normais, utilizando-se sedimentação de Dextran e gradientes descontínuos de plasma-Percoll. A obtenção de apoptose de neutrófilos envolveu incubação dessas células por 18 horas. A detecção de apoptose celular foi realizada através de análise morfológica, utilizando microscopia simples. Como resultados, obtivemos sucesso na isolamento de neutrófilos, atingindo grau de pureza > 98%, conforme padrões internacionais. Além disso, obtivemos sucesso na indução e na identificação da apoptose de neutrófilos. Concluindo, viabilizamos a isolamento e a detecção de apoptose de neutrófilos, salientando que essas técnicas são inéditas em nosso meio e, provavelmente, em nível nacional. Esses resultados têm implicações importantes em nossos futuros objetivos de estudar a apoptose de neutrófilos na SARA e explorar seus possíveis mecanismos de regulação. Estes estudos podem contribuir para o entendimento da biologia celular dos neutrófilos, incluindo seu papel na inflamação e reparo tecidual, os quais poderiam sugerir estratégias na atenuação ou prevenção da lesão pulmonar aguda.

#### **P-191B HÉRNIA DE MORGANI ASSOCIADA A HÉRNIA DE HIATO EM PACIENTE COM RETOCOLITE ULCERATIVA APRESENTANDO-SE AO PNEUMOLOGISTA COMO VELAMENTO DO HEMITÓRAX DIREITO**

Fiks, I.N.; D'Ippolito, G.; Abreu Jr, L. A.; Wolosker, A. M. B.; Borri, M.L.; Paulo, R.; Roncada, P.

COMPLEXO HOSPITALAR SÃO LUIZ

A associação de RCUI e hérnia de Morgani não é descrita. Apresentamos caso de paciente do sexo feminino de 59 anos, portadora de RCUI, que se encontrava em avaliação pré-operatória

para cirurgia de colectomia total devido a hemorragia intestinal refratária a tratamento clínico. A paciente queixava-se de dispnéia, que foi inicialmente atribuída aos baixos níveis de hemoglobina observados. Entretanto, ao realizar radiografia de tórax, observou-se extenso velamento do hemitórax direito, tendo sido solicitada avaliação do pneumologista. A paciente, então, foi submetida a tomografia computadorizada (TC) do tórax que evidenciou a presença de alças intestinais colônicas ocupando a maior parte do hemitórax direito, herniando-se a partir da porção anterior do diafragma. Observou-se ainda hérnia gástrica através do hiato esofágico. Não foram caracterizadas alterações parenquimatosas pulmonares significativas. A paciente foi então submetida ao procedimento cirúrgico que confirmou a presença de hérnia de Morgani e da hérnia gástrica hiatal, que foram devidamente corrigidas. A colectomia foi também realizada com sucesso e a paciente teve alta hospitalar em ótimas condições. A hérnia de Morgani é resultante de um defeito congênito causado pelo mau desenvolvimento do septo transversal do diafragma que permite a herniação paraesternal ântero-medial de estruturas abdominais, mais frequentemente à direita (como em nosso caso). A associação com hérnia hiatal é comum, devido ao alargamento do orifício diafragmático do esôfago. Entretanto, a associação entre Hérnia de Morgani e RCUI não é encontrada na literatura. O envolvimento pulmonar na RCUI é raro e pode manifestar-se como inflamação de vias aéreas, doença parenquimatosa (BOOP ou doença intersticial) ou serosite. Em nosso caso, não caracterizamos alterações parenquimatosas pulmonares significativas atribuíveis a doença intersticial.

#### **P-192B DOENÇA BOLHOSA PULMONAR NA SÍNDROME DE SJÖGREN**

Ho N, Prezotti SOA, Genta PR, Mauad T, Carvalho MEP, Carvalho CRR

DIVISÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) – HC, FACULDADE DE MEDICINA DA USP; AV. DR. ENÉAS DE CARVALHO AGUIAR, 255, ICHC, SALA 7079, CEP 05403-900, SÃO PAULO (SP).

Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, de 38 anos, que iniciou há um ano quadro de boca seca, irritação conjuntival e fenômeno de Raynaud. Na época apresentava xerostomia, xerofalmo (testes de Schirmer e rosa bengala positivos), FAN positivo padrão pontilhado 1/640, anti-SSA e anti-SSB positivos, gamaglobulina=3,23 g/dL, VHS=27 mm, fator reumatóide=98,9 U/mL. Não se caracterizando outras collagenopatias, o diagnóstico final foi síndrome de Sjögren primária. Após 6 meses radiografia de tórax de rotina detectou a presença de pequenas e múltiplas imagens císticas em todos os campos pulmonares. Não houve na ocasião alteração de exames de fase inflamatória. Tomografia computadorizada de tórax mostrava múltiplas formações císticas pulmonares com paredes finas e regulares e conteúdo aéreo, com até 2,5 cm de diâmetro, acometendo todos os campos pulmonares, associados a padrão de vidro despolido nos lobos superiores, lobo médio e base do lobo inferior direito. Prova de função pulmonar foi normal. A paciente foi submetida a biópsia pulmonar a céu aberto com aspecto normal do pulmão no intra-operatório, exceto por pequenas imagens císticas, múltiplas, visualizadas através da pleura parietal. O exame anátomo-patológico mostrou bronquite crônica, bronquiolite de padrão folicular em intensa atividade linfocitária, com agressão de parede brônquica e tecido alveolar periaxial levando a distorção da estrutura das vias aéreas e bronquiectasias secundárias a tração, e vasculite aguda de artérias de pequeno e médio calibres, sugerindo comprometimento pulmonar pela síndrome de Sjögren. Estudo imunohistoquímico foi compatível com população linfóide policlonal, não se caracterizando doença linfoproliferativa associada. Até o momento foram relatados 3 casos de doença cística pulmonar associada à síndrome de Sjögren primária, 2 destes concomitantemente associados a amiloidose nodular.

#### **P-193B RIM ECTÓPICO MIMETIZANDO HÉRNIA DE BOCHDALEK**

Milinvicivius, R; Machado, L.C.C; Marques, A.C; Vieira, L.R; Marques, J.C.S.; Valery, M.I.B.A.

SERVIÇO DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO DO HSPE-SP

**Introdução:** A ectopia renal ocorre devido uma ascensão anormal do rim; inclui a forma lombar e pelvica e a menos comum, a torácica, só tem importância clínica quando é confundida com massa torácica a esclerocer. Em alguns pacientes podemos confundir com hérnia de Bochdalek, que é um pertuito anômalo em área póstero-lateral do diafragma, que costuma aparecer como uma opacidade que ultrapassa ou não a imagem cardíaca no PA e se projeta posteriormente no Perfil, que pode aparecer como imagem hidroaérea ou como uma opacidade, que pode permanecer assintomática e ser um achado de diagnóstico; relatamos um caso que se parecia com uma Hérnia de Bochdalek; no entanto, era um Rim ectópico. **Relato de Caso:** GA, 60 anos, casado, não fumante, antecedente de Asma moderada, procurou PS com queixa de tosse seca, dispnéia aos esforços, chiado no peito. AR: MV+ bilateral com roncocal e sibilos difusos. Hemograma, Bioquímica: sem alterações. Feito RX Tórax PA: sinais de hiperinsuflação pulmonar. Perfil: opacidade homogênea em segmento lateral de LIE. Foi internado com HD: massa pulmonar a/e? Hérnia diafragmática? Feita TC Tórax: evidenciou Rim E ectópico.

#### **P-194B HEMOPTISE DO ALERTA NO IDOSO**

Stephan, S; Barros, J.M.; Sogayar, F.S.; Marques, A.C.; Fiúza, F.M.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO - HSPE - S.P.

A hemoptise isoladamente pode constituir a manifestação inicial da tb. pulmonar, em geral em pacientes jovens e hígidos. Conhecida como "hemoptise do alerta", corresponde ao momento da liquefação do caseum e formação da cavidade em pacientes com alta hiperreatividade. Não se encontram relatos de sua ocorrência em pacientes idosos, nos quais geralmente a doença tem início insidioso. Relatamos o caso de um paciente masc., branco, 68 anos que, sem outros sintomas associados apresentou hemoptise, marcando o diagnóstico inicial de tb. pulmonar. Os antecedentes pessoais do paciente justificavam esta ocorrência. Há três anos nefrectomia direita por hipernefrosia, seguido por um episódio diagnosticado de TEP e dois outros não confirmados. Desde então em uso diário de marevan. Há um ano cirurgia para ressecção de carcinoma basocelular em face, fato que desencadeou a suspeita e investigação de imunodeficiência celular. Antes do início do tratamento imunoterápico desenvolveu qua-