

TABELA 1 – PREVALÊNCIA DAS ENFERMIDADES PULMONARES MAIS FREQUENTES RELACIONADAS À IDADE

Doença	13-29 anos	30-49 anos	50-69 anos	70-99 anos	Total
DPOC	2 (2%)	6 (6,3%)	47 (50%)	39 (41,4%)	94 (41,3%)
Pneumon.	8 (12%)	12 (17,5%)	18 (26,5%)	30 (44%)	68 (29,8%)
Asma	1 (4,5%)	7 (32%)	11 (50%)	3 (13,5%)	22 (9,6%)
Derrame Pleu.	4 (36,3%)		3 (27,2%)	4 (36,3%)	11 (4,8%)
Tubercul.		5 (55,55)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	9 (3,9%)
Sinusite	1 (11,1%)	5 (55,5%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	9 (3,9%)
Outros					15 (6,5%)

A mortalidade da amostra de 26 (11,4%)pacientes. O percentual de mortalidade relacionado à doença específica está demonstrado na tabela 2.

TABELA 2 – MORTALIDADE ASSOCIADA ÀS ENFERMIDADES PULMONARES ESPECÍFICAS

Doença	N.º de casos	Óbito
Pneumonia	68	10 (14,7%)
Carcinoma Brônquico	5	3 (60%)
Derrame Pleural Inflamatório	9	2 (22%)
Derrame Pleural Neoplásico	2	1 (50%)
DPOC	94	9 (9,5%)
Embolia Pulmonar	1	1 (100%)

### P-150C DOENÇAS RESPIRATÓRIAS COMO CAUSA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE PACIENTES ADULTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA DE REFERÊNCIA DA REGIÃO NORDESTE DO RIO GRANDE DO SUL. PARTE III

Godoy, D.V.; Dal Zotto, C.; Bellicanta, J.; Weschenfelder, R.F; Nacif, S.B.; Miotto, F.; Pinto Filho, DR.

SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA – HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL. UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL. **Resultados:** Com relação à sazonalidade, observou-se que as pneumonias tiveram maior prevalência no período compreendido entre setembro e novembro, com um pico secundário nos meses de maio e junho. Em relação à asma brônquica, o período de maior prevalência foi de outubro a novembro, com um pico secundário nos meses de fevereiro e março. A DPOC foi mais prevalente de maio a agosto, com recrudescimento em outubro e novembro. **Conclusões:** Nossos resultados demonstram que: 1) As doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 1/5 das internações no serviço de clínica médica. 2) Os pacientes portadores de DPOC representam a maior parcela dos pacientes, seguidos pelos acometidos por pneumonias e asmáticos. A baixa prevalência de indivíduos com carcinoma brônquico, trauma torácico e embolia pulmonar deveu-se ao fato de que, no período de realização do estudo, o Hospital Geral de Caxias do Sul não ter em funcionamento o serviço de cirurgia torácica e o serviço de emergência, dificultando o acesso destes pacientes ao SCM-HG. 3) A duração média de internação dos pacientes com doença respiratória foi maior do que o restante dos pacientes (10,4 dias versus 7,7 dias, respectivamente), basicamente devido à longa permanência dos portadores de DPOC. DPOC, pneumonias e asma brônquica apresentaram a sazonalidade esperada, de acordo com dados de literatura.

### P-151C MICOBACTERIOSE ATÍPICA EM PACIENTES NÃO-HIV

Xavier, R.G., Oliveira, C.T.M., John, A.B., Piccinini F., Wolfart M.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA/HCPA E DEPTO. DE MEDICINA INTERNA/FAMED/UFRGS **Introdução:** As micobactérias atípicas geralmente são oportunistas e tornam-se patógenos apenas quando há uma quebra nos mecanismos de defesa do hospedeiro. A patologia pode não progredir por meses ou anos ou ainda, pode evoluir rapidamente. **Objetivo:** Descrever 2 casos de micobacteriose atípica em pacientes não-HIV. **Relato do Caso 1:** Paciente masculino, 84 anos, com história de tratamento prévio para tuberculose. Em 1995, 2 amostras de escarro positivas para BAAR e iniciado com Rifampicina, Hidrazida e Pirazinamida (RHZ). Anti-HIV não reagente. Um ano após, apresentou tosse e emagrecimento e raio X evidenciou consolidação e cavidade em lobo superior esquerdo com pesquisa de BAAR positiva no escarro. Reiniciado tratamento com RHZ. Seis meses após, apresentou febre, pneumotórax e derrame pleural à esquerda. Escarro e líquido pleural com pesquisa positiva para *Mycobacterium avium* intra-cellulare ao exame cultural e ao PCR. Prescritos Etambutol, Rifabutina e Claritromicina. Em 1998, PCR positivo, no escarro e no soro, para *Complexo Mycobacterium avium* e *Mycobacterium tuberculosis*. Mantidos Etambutol e Claritromicina. Em 1999, paciente assintomático, foi mantida apenas a Claritromicina. **Relato do Caso 2:** Paciente feminina, 62 anos, com tosse produtiva e emagrecimento há 6 meses. Raio X com micronódulos em ápices pulmonares. Evolução radiológica demonstrou pequenas consolidações confluentes em segmentos ápico-posteriores. Pesquisa de BAAR negativa no escarro. Anti-HIV não reagente. Ausência de BAAR na pesquisa direta do lavado broncoalveolar, contudo com crescimento de Micobactéria ao BACTEC, identificado *Mycobacterium abscessus*. Quatro meses após, pesquisa de BAAR positiva e cultural positivo para *Mycobacterium abscessus* em 2 de 3 amostras de escarro. Optou-se por conduta expectante. Um ano após, voltou apresentar sintomatologia. Repetido exame de escarro com crescimento de *Mycobacterium abscessus* em 2 amostras. Início com Claritromicina. Atualmente, quadro estável, completando dez meses de tratamento. **Conclusões:** O clínico deve avaliar a importância da doença para cada indivíduo. O objetivo imediato da terapia é a melhora dos sintomas, mas a duração do tratamento é desconhecida.

### P-152C TOXOPLASMOSE PULMONAR

Viegas, C. L., Santos, A. M. A., Teixeira, A. A., Barbosa, M. P.

UNIDADE DE PNEUMOLOGIA – HOSPITAL DE BASE DO DF – BRASÍLIA – DF.

A Toxoplasmose é uma enfermidade protozoária produzida por infestação do germe *Toxoplasma gondii*. Pode ser congênita ou adquirida. Na forma adquirida, na maior parte dos casos, é consequência de ingestão de carne contaminada, uso este comum no meio rural. Na literatura são descritos poucos casos da doença adquirida em adultos, afetando principalmente área cardíaca, hepática, esplênica, cerebral e ganglionar. A toxoplasmose pulmonar nada mais é do que uma parte da infestação generalizada, caracterizando-se em muitas ocasiões por condensação do espaço aéreo. Relatamos o caso devido à gravidade do seu quadro clínico e ao acentuado comprometimento do aparelho respiratório durante a internação. Homem de 57 anos, não tabagista, morador da zona rural do estado do Pará, criador de cavalos e outros animais, com relato de ingestão de carnes cruas. Após ser internado em outro hospital, por traumatismo no braço esquerdo, foi encaminhado ao nosso hospital por apresentar episódios diários de febre por mais de 15 dias, acompanhado de artralgias, dores musculares generalizadas, cefaléia, anorexia e perda de peso. Havia relato também do uso de betametasona (Diprospan) há vários meses, devido a uma dor lombar crônica. Ao exame mostrava-se apático, emagrecido, febril (38°C). A ausculta pulmonar evidenciava diminuição do MV em base E, acompanhado de crepitações do mesmo lado. Coração com ritmo regular. FC= 102 bpm. PA= 120x90mmHg. Palpação dolorosa da região hepática, ao nível de RCD. Hemograma= 22.800 leuc. (0-1-0-0-11-55-28-5). TGO= 197. TGP 259. LDH=1.288. Gasometria arterial em repouso: pH= 7,39; pCO2= 35; pO2= 74; HCO3= 21; BE= -3; Sat= 94%. Sorologia positiva para toxoplasmose, com IgG= 254 UI/ml e IgM= 8,81 UI/ml. R-X de tórax= infiltrado em base pulmonar E, com elevação da cúpula diafragmática. O quadro respiratório evoluiu, além das condensações, com derrame pleural bilateral, sendo drenado líquido sero-sanguinolento (glicose=48; proteínas= 2,6; LDH= 549). Houve melhora do quadro clínico, somente após introdução de sulfadiazina – 4 mg/dia, pirimetamina – 50mg/dia e ácido fólico, tendo alta hospitalar e controle ambulatorial satisfatório.

### P-153C ACTINOMICOSE PULMONAR – RELATO DE CASO

Albuquerque, P.R.; Azevedo, R.C.F.; Medeiros, R.A.; Lima, S.R.H.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE-UFRN

**Introdução:** A actinomicose pulmonar é uma infecção crônica causada por diversas espécies de Actinomyces. A aspiração do microorganismo da secreção da orofaringe é o fenômeno patogênico primário mais aceito. Classicamente, caracteriza-se pela manifestação de pneumonia crônica com envolvimento pleural significante, perioste de costelas e microabscessos com fístula e secreção de grânulos azurófilos. **Relato de Caso:** Paciente K.C.B.S., 31 anos, feminino, internada com dor, tipo pleurítica, há 14 dias, associada à tosse com expectoração acastanhada, astenia e perda de peso. REG, eupnéica, afebril e acianótica. Área de endurecimento em região dorsal D; Murmúrio vesicular diminuído em base direita. Raio X de tórax apresentou derrame pleural encistado à direita. Submetida à biópsia pleural por toracostomia que revelou processo inflamatório abscedado e presença de Actinomicos. Recebeu tratamento com penicilina cristalina durante 60 dias, seguido por tratamento oral com ampicilina por mais 3 meses, com resolução do quadro clínico e radiológico.

### P-154C PNEUMONIA POR VARICELA: RELATO DE CASO

Targa-Ferreira, RL; Pauleski, FA; Ávila, D; Brodt, A; Lung, MA.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS

**Introdução e objetivo:** Os casos de Pneumonia por Varicela ocorrem esporadicamente. Esta doença atinge de preferência os indivíduos adultos costumando ser grave e com elevado índice de mortalidade. Os autores relatam um caso e fazem revisão da literatura visando fazer um alerta para o diagnóstico diferencial das pneumonias atípicas. **Caso Clínico:** A.B., 23 anos, masculino, misto, pintor, tabagista, interna com história de surgimento de lesões de pele há duas semanas. Cinco dias após começou com febre (39°C), tosse seca, irritativa, dispnéia progressiva acompanhada de mal-estar, astenia e anorexia. Ao exame físico apresentava-se taquicárdico, taquipnéico, com cianose periférica, MV diminuído difusamente. Lesões de pele com pápulas e vesículas ao lado de lesões crostosas disseminadas caracteristicamente em diferentes fases de evolução. Raio X de tórax com infiltrado difuso bilateral, gasometria arterial com hipoxemia; hemograma com leucocitose e desvio à esquerda. Anti-HIV não reagente. O paciente foi tratado com aciclovir, oxigenoterapia e medidas de suporte com ótima resposta clínico-radiológica depois de sete dias de terapia.

### P-155C HISTOPLASMOSE PULMONAR CAVITÁRIA CRÔNICA: RELATO DE CASO

Almeida, EB; Vogt, MF; Targa-Ferreira, RL.

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – PORTO ALEGRE/RS.

**Introdução e objetivo:** Relatar o caso de um paciente portador de DBPOC com doença causada *histoplasma capsulatum* sob uma forma incomum de apresentação – histoplasmoze pulmonar cavitária crônica. **Relato do caso:** A. G., masculino, 38 anos, guarda noturno, natural de Guaíba, procedente de Sapucaia do Sul. Tabagista durante 30 anos, há 2 meses com queixas de astenia, tosse produtiva com escarro mucopurulento, febre, emagrecimento e sudorese noturna profusa. Utilizou no início do quadro penicilina procaína durante 07 dias, com piora do quadro clínico. Radiografia de tórax na oportunidade com alterações fibroatelectásicas, áreas irregulares de consolidação e lise parenquimatosa em lobos pulmonares superiores; além de exame de escarro negativo para BAAR e fungos. Realizou fibrobroncoscopia com lavado brônquico negativo para BAAR e fungos. Devido ao incremento dos sintomas, iniciou tratamento com tuberculostáticos apresentando no decorrer do período de 01 mês piora do quadro radiológico e estabilização da sintomatologia. Encaminhado ao Serviço de Pneumologia do HNSC, solicitaram-se novos exames de escarro com resultados negativos como os anteriores. Repetida a fibrobroncoscopia, lavado brônquico foi negativo para BAAR e fungos e, em material de biópsia transbrônquica, foi visto granuloma tuberculóide com necrose caseosa em parênquima pulmonar. Então, foi solicitado exame de Imunodifusão para Histoplas-