

ma capsulatum, com resultado positivo (banda M). Iniciou tratamento com Itraconazol 200mg/dia com boa resposta à medicação. Os autores visam a discussão desta apresentação clínico-radiológica pouco usual de histoplasomose bem como das dificuldades diagnósticas nestes casos.

P-156C FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA EM PACIENTE COM AIDS. RELATO DE CASO

Lucas, V.S.; Marques, R.E.R.; Nunes, C.M.; Rabello, E.; Rangel, M.A.M.

HFAG – HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO

As fístulas traqueoesofágicas em pacientes com AIDS são raras. A revisão da literatura até 1999 totalizou 12 casos publicados. As etiologias relatadas foram tuberculose e infecção por CMV, embora outras causas, infecciosas ou não, tenham sido comentadas. Os autores relatam um caso de um paciente masculino, pardo, de 52 anos, com tosse seca desencadeada pela ingestão de líquidos e posteriormente, produtiva, associada a perda ponderal de 15 quilos e disfagia. Foi inicialmente atendido em outro hospital, sendo feito o diagnóstico de tuberculose pulmonar através de baciloscopia, e transferido para HFAG. Ao exame físico apresentava-se hipocorado e caquético. A ausculta pulmonar revelava murmúrio vesicular preservado com estertores crepitantes bibasais. O Raio X de tórax mostrava infiltrado alveolar bilateral em ápices pulmonares. A pesquisa de BAAR no escarro resultou positiva. Endoscopia digestiva alta revelou a presença de fístula traqueoesofágica a 20 centímetros dos lábios. Realizou broncoscopia que comprovou a presença de fístula traqueoesofágica medindo cerca de 2 centímetros, sendo feito LBA cujo resultado mostrou ausência de BAAR, e biópsia da fístula que revelou necrose de caseificação e numerosos bacilos álcool-acidorresistentes. A sorologia (ELISA) para HIV desse paciente foi positiva. O tratamento preconizado foi clínico conforme citado na literatura. Realizada jejunostomia para alimentação. O paciente evoluiu com vômitos, broncoaspiração, insuficiência respiratória e morte. A importância desse relato se deve à raridade de sua ocorrência e à necessidade de investigar essa possibilidade diagnóstica sempre que houver sintomatologia respiratória associada a alimentação, nesse contexto clínico.

P-157C USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICOS NO TRATAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS COMUNS EM CRIANÇAS

Barros, J.A.; Araújo, A.W.; Karpinski, D.; Silva, F.S.; Santin, F.C.; Kuroda, J.

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR. CURITIBA, PR

As infecções respiratórias são uma das principais causas de morbidade infantil. Geralmente são de natureza leve com pouco comprometimento do estado geral e causadas por agentes virais. O uso de antibióticos nestas situações pode ser abusivo e geralmente não encontram sustentação. **Objetivo:** Observar a incidência das infecções respiratórias em crianças menores de 12 anos de idade e o uso de antibióticos nestes casos. **Materiais e Métodos:** Entre janeiro e julho de 1999 foram avaliados 131 casos de infecções respiratórias em crianças com menos de 12 anos de idade com a revisão de prontuários, em especial o diagnóstico firmado e a prescrição efetuada. **Resultados:** A incidência das principais infecções respiratórias foram amigdalite (37%), traqueobronquite (27%), gripe (25%), faringite (4%), pneumonia (1%), sinusite (1%) e sem diagnóstico claro em 5% dos casos. O uso de antibióticos foi assim distribuído: Sulfametoxazol em 43% dos casos, Penicilina Benzatina em 37%, Penicilina Procaína em 10%, Eritromicina em 8%, Amoxicilina em 3% e Amoxicilina com clavulanato em 3% dos casos. Também foram receitados analgésicos, antiinflamatórios, expectorantes e broncodilatadores na forma de xarope ou inalados. **Conclusão:** Observa-se que há prescrição exagerada de antibióticos nesta Unidade de Saúde, apesar da provável incidência viral na maioria dos casos. Esta atitude sem dúvida é um dos motivos básicos para o aumento da resistência bacteriana em nosso meio.

P-158C ASPERGILOMA – RELATO DE CASO

Henn, L.A., Oliveira C.T.M., John A.B., Maciel A.C., Macedo A., Moreschi A.

SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA E CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA/HCPA

Introdução: A colonização saprofítica de uma cavidade parenquimatosa por *Aspergillus* é chamada de Aspergiloma, micetoma, ou bola fúngica. A colonização e proliferação do fungo pode ocorrer em uma cavidade preexistente (Aspergiloma secundário), ou primariamente, crescendo dentro da árvore brônquica. Muitos pacientes permanecem assintomáticos, embora, tosse, dispnéia, mal-estar e perda de peso possam ocorrer. O sintoma mais freqüente, hemoptise, pode ser fatal. Raio X de tórax pode revelar uma massa sólida arredondada dentro de uma cavidade, ou mesmo uma lesão sólida simulando uma neoplasia. O escarro, na maioria dos casos, não é útil. Imunodifusão para *Aspergillus* é positiva em grande parte dos pacientes. **Objetivos:** Descrever caso de paciente portador de Aspergiloma primário, ainda imunocomprometido pós-quimioterapia e as possibilidades terapêuticas utilizadas. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, pardo, 36 anos, casado, natural e procedente de Porto Alegre, motorista de ônibus. Paciente portador de Leucemia Mielóide Aguda, fez vários ciclos de quimioterapia até 6 meses atrás, no momento em remissão da doença. Vem encaminhado para investigação de lesão expansiva em lobo superior direito identificada em raio X de controle há 5 meses. Paciente assintomático. Raio X mostrava lesão expansiva de contornos irregulares, levemente espiculados, medindo 4,5 cm, situada na metade superior do hemitórax direito. Realizada TC de tórax que confirmou este achado e mostrou prováveis pequenas adenomegalias mediastinais. Puncção aspirativa da lesão sob orientação ecográfica, com pesquisa para fungos e anatomopatológico sugestivos de *Aspergillus fumigatus*. Por o paciente negar-se à ressecção da lesão, optou-se por usar Anfotericina B. Como não houve regressão da lesão, usou Itraconazol por 3 meses. Contudo, não se observou mudança da lesão nesse período. Neste momento, paciente concordou com cirurgia, sendo submetido à segmentectomia do lobo acometido. Recebeu alta hospitalar com Itraconazol, o qual usou por mais 6 meses. **Conclusões:** Lesões fúngicas como Aspergiloma devem entrar no diagnóstico diferencial de lesões expansivas em pacientes imunodeprimidos, sendo que a ressecção da lesão é o tratamento definitivo mais indicado.

P-159C CRIPTOCOCOSE ENDOBRÔNQUICA E PROTEINOSE ALVEOLAR – RELATO DE CASO

Santos, C.G.F.; Pereira L.E.B.; Oliveira, F.A.

UNIDADE DE PNEUMOLOGIA-HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HBDF)

A proteinose alveolar é caracterizada por acúmulo de material lipoproteináceo na luz alveolar e se associa a infecções por nocardia, vírus, e fungos como: aspergillus, *P. carinii* e mais raramente *Cryptococcus*. A forma de apresentação endobrônquica da *Cryptococose* não é comum e, dos 5 casos já descritos, nenhum apresentava proteinose alveolar associada. Um paciente de 20 anos, HIV negativo acompanhado há 19 meses no Serviço de Pneumologia do HBDF, referia tosse seca, astenia, emagrecimento e febre há 6 meses da admissão. A TC do tórax revelou: Opacidade difusas em vidro fosco e massa em língua. À broncofibroscopia evidenciou lesão endobrônquica em BSE. A cultura do lavado cresceu *Cryptococcus neoformans* e *A. fumigatus* sendo o *Cryptococcus* confirmado na biópsia. O fluconazol foi iniciado e mantido por 18 meses 200mg/vo/dia. As broncofibroscopias subsequentes evidenciaram regressão da lesão endobrônquica, e na última o fungo não foi mais isolado. Após 1 ano, houve diminuição do infiltrado em língua, mas com piora do infiltrado difuso e queda da CVF. A biópsia à céu aberto identificou Proteinose Alveolar. Evoluiu com redução da CVF, DLCO e hipoxemia de esforço. Foi submetido a lavagem pulmonar total com melhora clínica, radiológica e funcional. Ressaltamos o uso do fluconazol, devido aos poucos efeitos colaterais e a Lavagem Pulmonar total como procedimento terapêutico seguro e eficiente no tratamento da proteinose alveolar.

P-160C RELATO DE CASO: M.A.K., 39 A, FEMININO, DIABÉTICA, COM TOSSE IMPRODUTIVA E DISPNEIA HÁ DEZ DIAS

Machione, R.E.; Machione, P.E.; Resende, N.S.; Steglich, E.

FACULDADE DE MEDICINA DE CATANDUVA. AV. S. VICENTE DE PAULA, 1.455 – 15800-000 – CATANDUVA, SP.

M.A.K., 39, feminino, solteira, nisei, professora, natural de Catanduva-SP, apresentando tosse improdutiva noturna acompanhada de dispnéia aos grandes esforços, coriza hialina e espirros há aproximadamente 10 dias. Diabética e tabagista de 20 cigarros/dia há 10 anos. Ao exame encontrava-se corada, hidratada, afebril, eupneica. Murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios. Sem alterações do aparelho cardiovascular. Espirometria revelou obstrução leve das vias aéreas sem resposta aos broncodilatadores. Rx de tórax apresentando imagem de nódulo pulmonar em 1/3 superior de tórax direito. Tomografia de tórax com nódulo pulmonar isolado. Indicada Toracotomia com exérese nodular. Exame anatomopatológico revelou Mucormicose. **Conclusão:** Diabetes Mellitus com Mucormicose Pulmonar.

P-161C LESÃO CAVITÁRIA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

Noronha, A.J.; Marchon, A.; Sá, W.; Cavalcante, D. B. S.; Vianna, L. F.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO- UERJ

Criptococose é uma infecção sistêmica causada pelo *Cryptococcus neoformans*, ocorre em todas as faixas etárias predominando entre 20 e 40 anos, mais freqüente no sexo masculino. Doenças que provocam imunossupressão normalmente predis põem a esta micose. As manifestações são inespecíficas, escassas, podendo ocorrer tosse, escarro mucóide, hemoptises raras e dor pleurítica; radiologicamente apresenta-se como nódulos maiores que 3 cm de diâmetro, periférico, único, predominando em lóbulos inferiores, com densidade heterogênea simulando cavitações excêntricas. Não há tendência a adenomegalia, derrame pleural, cavitação ou calcificação da lesão. A cavitação normalmente ocorreria em formas pulmonares mais invasivas, principalmente em imunocomprometidos. A importância do relato deste caso deve-se à existência de uma forma agressiva de apresentação associada à radiologia não convencional em um paciente imunocompetente. **Relato de caso:** Paciente de 49 anos, masculino, branco, médico, com astenia, tosse com secreção piossanguinolenta, dor pleurítica e febre alta. Relata na história passar 30% de seu tempo em zona rural. Radiologicamente apresentava imagem cavitária com nível hidroaéreo em lobo superior esquerdo. O diagnóstico estabelecido foi *Criptococose Pulmonar*. Este caso demonstra a necessidade de incluir *Criptococose* no diagnóstico diferencial das lesões cavitárias em pacientes imunocompetentes.

P-162C NORCADIOSE PULMONAR EM PACIENTE COM ASMA BRÔNQUICA

Senger SC., Cavalcanti MN., Berto PP., Petrillo VF., Teixeira PZ.

PAVILHÃO PEREIRA FILHO – ISCMPA. RUA ANNES DIAS, 285. PORTO ALEGRE-RS.

Introdução: Nocardia é uma bactéria aeróbica de crescimento lento, pertencente à ordem dos Actinomicetales, geralmente com transmissão por inalação. Usualmente atinge imunocomprometidos, sendo rara em indivíduos imunocompetentes. **Relato do caso:** Paciente com sintomas de asma brônquica há 10 anos, com piora dos sintomas nos últimos 8 meses, apresentando infecções respiratórias de repetição, necessitando 3 cursos de corticosteroide sistêmico nesse período. Iniciou com tosse e expectoração purulenta 15 dias antes da internação hospitalar, dispnéia e sibilos, sem melhora com uso de prednisona oral. Internação: fez uso de corticosteroídes IV e Levofloxacina com melhora inicial, porém retornando com escarro purulento abundante, febre, dor torácica ventilatório-dependente e leucocitose importante. Piora radiológica, apresentando múltiplas lesões nodulares, algumas escavadas, em ambos pulmões. TC tórax com cavidades císticas com necrose, multifocais bilaterais. Escarro revelou bactérias gram positivas, filamentosas, com características sugestivas de actinomicetos. Cultivo com crescimento de Nocardia após 12 dias de incubação. A paciente iniciou uso de Cotrimoxazol, com melhora rápida dos sintomas. Os autores discutem caso de Nocardiose em paciente asmática em uso de corticosteroide sistêmico em cursos, sem outros fatores de imunossupressão.

P-163C PNEUMONIA POR LEPTOSPIRA SP: RELATO DE CASO

Chiesa D, Ronsani M, Henn LA, Menna Barreto SS

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: A leptospirose pode acometer o pulmão, geralmente por reações mediadas por imunocomplexos, podendo ser confundida com uma pneumonia grave por *Mycoplasma pneu-*

moniae ou *Legionella pneumophila*. **Objetivo:** Descrever um caso de leptospirose, com apresentação através de quadro pneumônico atípico. **Método:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente feminina, preta, 23 anos, doméstica, previamente hígida, que iniciou há 7 dias com cefaléia holocraniana e quadro gripal. Um dia após passou a apresentar dores generalizadas, febre de até 39°C, tosse seca e leve dispnéia aos esforços. Procurou atendimento no 5º dia de evolução, referia prostração e negava alterações digestivas ou urinárias. Havia tido contato há 1 mês com enchente. Ao exame físico apresentava-se hipocorada, com icterícia leve e sufúso conjuntival, hidratada, taquipnéia discreta e febril, com discretos estertores difusos bilaterais à ausculta pulmonar, sem outros achados. Coletados: hemograma com anemia, leucocitose, trombocitopenia leve, hiperbilirrubinemia indireta e perda de função renal. Gasometria arterial em ar ambiente com hipoxemia. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial bilateral. Iniciados eritromicina, hidratação parenteral e oxigênio pela hipótese de pneumonia atípica grave, coletadas sorologias para *Mycoplasma* e *Legionella*, não reagentes. Houve melhora clínico-radiológica importante 36 horas após. No 12º dia de evolução foi coletada sorologia para *Leptospira*, com resultado positivo na técnica qualitativa de macroaglutinação (antígenos de leptospiros inativadas, pesquisando anticorpos IgM e abrangendo todos sorovariantes). Recebeu alta no 16º dia de evolução, assintomática. **Conclusão:** Houve evolução favorável, com resolução completa do quadro. Os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre o assunto.

P-164C PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA COM CAVITAÇÃO – RELATO DE CASO
Ferraz, C.; Scussiatto, E.A.; Barros, J.A.; Escussato, D.; Araújo, J.S.; Ramasco, G.W.

HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR, R. GAL. CARNEIRO, Nº 181, 4º ANDAR. CENTAL – CEP 80060-900-CURITIBA – PARANÁ.

L.G.F., feminina, 33 anos, branca, casada, enfermeira, internada com quadro sugestivo de pneumonia. Queixava-se de febre, tosse produtiva com expectoração purulenta e dispnéia progressiva. Encontrava-se em mau estado geral, febril, taquicárdica e taquipnéica, com diminuição do murmúrio vesicular em base direita e estertores crepitantes difusos. Apresentava leucocitose com desvio à esquerda e RX de tórax com consolidação (lesão com padrão alveolar) de lobo inferior direito com derrame pleural associado. Foi admitida na UTI e iniciado tratamento empírico com cefalosporina de 4ª geração e quinolona. Evoluiu no 5º dia com o aparecimento de cavitações com nível líquido observadas no interior da consolidação já existente e no 8º dia com pneumotórax à direita, no RX de tórax. Foi realizada drenagem torácica, evoluindo satisfatoriamente com melhora clínica e radiológica com 12 dias de internamento. A pesquisa de BAAR e o anti HIV foram negativos e três hemoculturas foram positivas para *Streptococcus pneumoniae* sensível à penicilina. Cavitações representam uma das complicações de pneumonias graves e seu mecanismo é explicado pela ocorrência de necrose do parênquima pulmonar ou acúmulo de fluidos no mesmo, com formação de cavidades. Apesar de muito raro, o *Streptococcus pneumoniae* deve ser considerado como causa potencial de cavitação como visto no caso relatado e de acordo com a literatura.

P-165C ACTINOMICOSE ENDOBRÔNQUICA

Ferraz, D. M.; Monteiro, A. S.; Mendonça, I. C. T.; Judice M.M.; Costa, C. E. M.

SETOR DE BRONCOSCOPIA DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HUPE-UERJ

A actinomicose é uma doença infecciosa crônica causada por bactérias anaeróbias, do gênero Actinomyces. Elas são encontradas em estado saprofítico no organismo humano, principalmente nas criptas amigdalinas e gengivas, podendo também causar doença, manifestando-se sob várias formas clínicas, dentre elas a forma torácica. **Relato do caso:** Paciente masculino, de 38 anos, pardo, casado, operário em indústria química, natural do Rio de Janeiro. Há dois meses antes da internação iniciou dispnéia aos médios esforços, dor torácica não ventilatório-dependente à direita, sudorese noturna, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, emagrecimento (5kg/2 meses) e hemoptóicos. Negava febre. Fez uso de vários esquemas antibióticos sem sucesso. Negava tabagismo. Referia utilismo (5 doses de aguarde/dia). Ex. Físico: Inexpressivo, à exceção de baqueteamento digital e dentes em mau estado de conservação. Ex.Lab: leucocitose, trombocitose, 4 amostras de escarro negativas para BAAR. Hemoculturas negativas, sorologias para micoses negativas. Anti-HIV negativo. Radiografia de tórax com opacidade alveolar em segmento posterior do LSD. TC de tórax confirmou condensação alveolar heterogênea, broncoarograma de perneio em segmentos posterior e anterior do LSD. A referida condensação estendia-se às partes moles. Broncoscopia mostrou massa de aspecto necrótico obstruindo a luz do segmento posterior do LSD. Obteve-se remoção deste material necrótico através da pinça de biópsia, dando saída então a secreção purulenta e hemoptise. O estudo cuidadoso do material retirado endoscopicamente revelou a presença de actinomicetos com típicos grânulos de enxofre. A cultura deu crescimento a actinomicetos. O paciente foi tratado com penicilina obtendo excelente resposta clínica e radiográfica. **Comentário final:** Este caso ilustra bem que a forma torácica da actinomicose, pode se apresentar como lesão endobrônquica proeminente, simulando o câncer de pulmão.

Intersticiais

Data: 10/10/2000

P-166C CORRELAÇÃO ENTRE A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX DE ALTA RESOLUÇÃO E A FUNÇÃO PULMONAR NA SARCOIDOSE

Lopes, A. J.; Magalhães, I. F.; Kuroki, I. R.; Jansen, J. M.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ

Introdução: A importância da tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) na sarcoidose é plenamente aceita em relação ao seu poder de identificar a presença de alterações intersticiais, caracterizar a morfologia e extensão da doença pulmonar, orientar a biópsia pul-

monar e avaliar a resposta terapêutica. Entretanto, permanecem dúvidas quanto às correlações anatomopatológicas e funcionais. **Objetivo:** Correlacionar os achados tomográficos com os testes de função pulmonar na sarcoidose em não-tabagistas. **Métodos:** Foram estudados 32 pacientes com o diagnóstico de sarcoidose confirmado pela biópsia pulmonar. Os seguintes achados tomográficos foram avaliados: espessamento peribroncovascular, espessamento do septo interlobular, nódulo, micronódulo, “vidro-fosco”, consolidação, faveolamento, bronquiectasia de tração e distorção estrutural. As lesões foram quantificadas separadamente em cada uma das zonas pulmonares (superior, média e inferior), sendo atribuídos os seguintes índices: 0, ausência da lesão; 1, comprometimento de até um terço da zona pulmonar em observação; 2, comprometimento de até dois terços; 3, comprometimento maior que dois terços. Dessa forma obteve-se um escore para cada padrão tomográfico e um global de cada paciente, que foram correlacionados com os índices espirométricos, volumes pulmonares e parâmetros difusionais. **Resultados:** O maior número de correlações foi observado com consolidação (CVF, VEF₁, CPT, VR/CPT, DLCO e DL/VA) e espessamento peribroncovascular (CVF, VEF₁, CPT, DLCO e DL/VA). O escore global apresentou correlações negativas com CPT, VEF₁ e difusão pulmonar. **Conclusão:** A perda do número total de alvéolos funcionantes, associada à alteração funcional dos alvéolos remanescentes, determina a redução dos volumes pulmonares. As alterações tomográficas estudadas não mostraram um definidor de obstrução brônquica, fato este também observado por outros autores.

P-167C COMPARAÇÃO ENTRE A RADIOGRAFIA DE TÓRAX E A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO NA SARCOIDOSE PULMONAR

Lopes, A. J.; Magalhães, I. F.; Kuroki, I. R.; Capone, D.; Jansen, J. M.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ

Introdução: Nos últimos anos, a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) tem sido bastante utilizada, em vários centros, no estudo da sarcoidose pulmonar. A TCAR, em relação aos outros métodos de imagem, possibilita melhor visualização dos vasos, brônquios e, principalmente, a identificação do lóbulo pulmonar secundário, local das principais alterações nas doenças intersticiais pulmonares. **Objetivo:** Comparar os achados da TCAR com os da radiografia de tórax na sarcoidose. **Métodos:** Trinta e dois pacientes portadores de sarcoidose, todos com comprovação histopatológica pela biópsia pulmonar, foram submetidos à telerradiografia de tórax e à TCAR. Ambos os métodos foram avaliados através da classificação de Siltzbach modificada (tipos 0, 1, 2, 3 e 4). **Resultados:** A comparação entre os exames encontra-se na Tabela 1. Foi medido o grau de coincidência entre os dois métodos através da simulação com teste de proporção, observando-se uma discordância na ordem de 31%.

TABELA 1 – COMPARAÇÃO ENTRE A RADIOGRAFIA DE TÓRAX E A TCAR (SILTZBACH)

TCAR	Radiografia					Total
	Tipo 0	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Tipo 0	2	0	0	0	0	2
Tipo 1	0	2	0	0	0	2
Tipo 2	4	2	6	4	0	16
Tipo 3	3	0	0	5	0	8
Tipo 4	0	0	1	1	2	4
Total	9	4	7	10	2	32

Conclusões: A radiografia de tórax apresenta limitações na detecção da doença parenquimatoso pulmonar. Ademais, não é um método confiável para discriminar a inflamação da fibrose na sarcoidose torácica.

P-168C ACHADOS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO NA SARCOIDOSE PULMONAR

Lopes, A. J.; Magalhães, I. F.; Kuroki, I. R.; Capone, D.; Jansen, J. M.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ

Introdução: Desde o seu surgimento, a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) foi reconhecida como uma ferramenta importante na avaliação da sarcoidose pulmonar. A determinação dos aspectos tomográficos dessa enfermidade proporcionou à TCAR uma grande capacidade diagnóstica, muito superior à radiografia simples de tórax. **Objetivo:** Descrever as alterações mais comumente observadas no curso da sarcoidose pulmonar. **Métodos:** Quarenta e dois pacientes portadores de sarcoidose foram submetidos à TCAR, todos com diagnóstico comprovado pela biópsia pulmonar. Os exames da TCAR foram avaliados quanto ao padrão e à distribuição das seguintes lesões parenquimatosas: micronódulos, nódulos, opacificação em “vidro-fosco”, consolidação, espessamento peribroncovascular, espessamento do septo interlobular, faveolamento, bronquiectasias de tração e distorção estrutural. A TCAR foi também analisada quanto à presença de linfonodomegalias hilares e mediastinais. **Resultados:** Trinta e dois pacientes eram não-tabagistas e 34 referiam uso prévio e/ou atual de corticosteroide e/ou imunossupressor. O alargamento dos linfonodos hilares e/ou mediastinais foi notado em 61,9% dos casos. As lesões parenquimatosas mais frequentes foram espessamento septal (73,8%), micronódulos (71,4%), espessamento peribroncovascular (59,5%) e opacificações em “vidro-fosco” (54,8%). Achados de fibrose foram observados em 19% dos casos. As anormalidades estavam distribuídas principalmente nos campos pulmonares médio (76,2%) e superior (66,7%). **Conclusões:** A análise da TCAR demonstrou um amplo espectro de padrões com múltiplas combinações. Observamos a presença de lesões micronodulares na grande maioria dos casos, o que tem sido constantemente descrito na literatura. O achado frequente de espessamento septal em nosso estudo pode ser justificado pelo grande número de pacientes com doença crônica em nosso ambulatório.