

foram submetidos à tomografia computadorizada (TC) de tórax, em tomógrafo multislice de 64 canais e ao teste de função pulmonar, através das técnicas de espirometria, pletismografia de corpo inteiro e capacidade de difusão ao monóxido de carbono (DLco). As imagens tomográficas foram analisadas por dois radiologistas independentes que desconheciam a condição clínica do paciente e os diagnósticos finais. O objetivo do presente estudo foi identificar os achados da TC e as alterações nos testes de função pulmonar nos pacientes com e sem DA1AT, buscando correlacionar os principais achados tomográficos com o fenótipo apresentado pelos pacientes com DA1AT. Observamos que pacientes com DA1AT desenvolvem DPOC mais precoce e apresentam como principal achado de imagem enfisema panlobular com predomínio nas bases pulmonares, o que foi mais evidente nos pacientes com fenótipo PiZZ. Houve maior incidência de bronquiectasia neste grupo. Notou-se ainda que quanto maior for o grau de aprisionamento aéreo menor será a capacidade de exercer trocas gasosas, ou seja, quanto menor for a variação de volume entre as áreas hiperaeradas na inspiração e na expiração, menor será a capacidade de difusão do monóxido de carbono.

Palavras-chave: Deficiência alfa 1antitripsina; dpo; tc de tórax

PO122 TROMBOEMBOLIA PULMONAR: QUAL A IMPORTÂNCIA DIAGNÓSTICA DA CINTIGRAFIA PULMONAR VENTILAÇÃO/PERFUSÃO VS ANGIOTC TORÁCICA?

EUNICE MARIA FERREIRA DA EIRA MARQUES DIAS*¹; JOHN FERNANDO RODRÍGUEZ ALBAN²; MARIA FÁTIMA LOPES TEIXEIRA¹

1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSIDADE DE COIMBRA - PÓLO HOSPITAL GERAL, SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA, COIMBRA, PORTUGAL; 2. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA - PÓLO HUC, SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR, COIMBRA, PORTUGAL.

Introdução: A Tromboembolia Pulmonar (TEP) aguda é uma importante causa de mortalidade e morbidade, nomeadamente de hipertensão pulmonar de causa tromboembólica (HTPT). O diagnóstico de TEP é maioritariamente feito recorrendo a técnicas de imagem - Cintigrafia Ventilação/Perfusão (V/P Scan) ou Tomografia Computadorizada das artérias pulmonares (AngioTC). O princípio básico para o diagnóstico de TEP com base na Cintigrafia V/P é reconhecer os segmentos e subsegmentos do pulmão sem perfusão, com características desta etiologia, mas com ventilação conservada, isto é, mismatch. A Cintigrafia V/P pode ser realizada de duas formas: planar e SPECT (tomografia por emissão de fóton único). No SPECT pulmonar, são obtidas imagens tomográficas dos estudos de ventilação (V) e de perfusão (P), que são posteriormente normalizadas e comparadas corte a corte, podendo ser obtidas imagens do quociente V/P. É assim facilitado o diagnóstico e a quantificação da extensão da TEP. A Cintigrafia (SPECT) V/P é um exame de grande utilidade no diagnóstico e seguimento de TEP aguda e de HTPT.

Relato de casos: Descrevem-se três casos clínicos em que o SPECT V/P demonstrou ser o exame complementar de diagnóstico (ECD) de eleição no diagnóstico de TEP. Doente do sexo feminino, 76 anos, enviada ao serviço de urgência (SU) por astenia e dispneia. Eupneica com O₂ 1L/min. Auscultação pulmonar (AP): murmúrio vesicular diminuído na base esquerda. SpO₂: 90% (O₂ 1L/min). Elevação da proteína C reactiva, D-Dímeros negativos. Internada por Traqueobronquite Aguda e Insuficiência Respiratória Hipoxémica. Iniciou antibioterapia. Por ausência de melhoria, realizou SPECT V/P: "TEP bilateral de grande

extensão, comprometendo a perfusão pulmonar global em aproximadamente 50%". Iniciou anticoagulação. Evolução favorável. Alta e orientação para consulta. Doente do sexo feminino, 52 anos, recorreu ao SU por dispneia, astenia e aperto torácico. Traz informação de TEP e Síndrome Antifosfolipídica de internista particular. Hipocoagulada com Varfarina. Polipneica, SpO₂ em ar ambiente: 90%. AP com murmúrio vesicular diminuído à direita. GSA com hipoxémia e hipocapnia. SPECT V/P: "TEP extensa bilateral, com compromisso funcional pulmonar global no estudo de perfusão de cerca de 60%, podendo tratar-se de sequelas do episódio prévio, a integrar clinicamente." Iniciou O₂ 2 L/min durante 10 horas/dia. Melhoria clínica e analítica progressivas. Atualmente é seguida em Consulta de HTP. Tem limitação severa Classe IV, com O₂ permanente (4 L/min). Doente do sexo masculino, 86 anos, seguido em Pneumologia: Paquipleurite bilateral (Tuberculose Pulmonar em 2009), HTP, VNI e OLD 1 L/min 16 horas/dia, ex-fumador 55 UMA. Ecocardiograma: "HTP severa (78 mmHg). Boa função sistólica global." Fez AngioTC para avaliar sinais de TEP: Ingurgitamento da artéria pulmonar e dos seus ramos, com calibre aumentado. Imagem de subtração periférica, no ramo arterial do segmento posterior do LIE, aspectos compatíveis com tromboembolia crónica. Pedido SPECT V/P para melhor esclarecimento: "TEP bilateral de moderada extensão (compromisso de cerca de 22% da perfusão pulmonar global), em possível relação com sequelas de episódio(s) prévio(s), a integrar clinicamente." **Conclusão:** Em três casos clínicos diferentes, a Cintigrafia (SPECT) de V/P foi um ECD de valor inquestionável (associado a baixa dose de radiação). A AngioTC torácica apenas teria utilidade se fosse o único ECD disponível.

Palavras-chave: Tromboembolia pulmonar; cintigrafia (spect) ventilação/perfusão; angiotc torácica

PO123 GRAVIDADE DA DISFAGIA E INTENSIDADE DA ASPIRAÇÃO LARINGO-TRAQUEAL OBSERVADOS NA VIDEOFLUOROSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

MARCELO BASSO GAZZANA^{*}; CARINE DIAS DE FREITAS; ALINE GASPARI RABAIOLI; TATIANE MACHADO LIMA; LUCIANO FOLADOR; ANTONIO CARLOS MACIEL

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: A presença de disfagia é comum em pacientes com doenças respiratórias crónicas. Por outro lado, as alterações no padrão ventilatório podem influenciar os mecanismos da deglutição, sobretudo a aqueles relacionados a alterações pressóricas da via aérea, aumentando o risco de aspiração pulmonar. A presença de disfagia, isolada ou em combinação a outras incapacidades funcionais, está associada a maiores taxas de letalidade e a um pior prognóstico de recuperação e reabilitação. O método videofluoroscópico é considerado o exame complementar padrão ouro para o estudo das fases da deglutição.

Objetivos: Caracterizar a população de pacientes encaminhados pelo Serviço de Pneumologia para avaliação da deglutição por meio do exame de videofluoroscopia da deglutição (VFD) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Métodos: Estudo transversal retrospectivo. Avaliaram-se 486 prontuários de pacientes que realizaram a VFD no período entre Abril de 2013 e Julho de 2016. Destes, 55 foram encaminhados pelo Serviço de Pneumologia. Um paciente foi excluído, pois a sua VFD foi incompleta. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, doença respiratória principal, gravidade da disfagia (conforme classificação de O'Neil et al., 1999) e intensidade de penetração/aspiração

laringo-traqueal (conforme classificação de Rosenbek et al., 1996). **Resultados:** Nos 54 pacientes, a média de idade dos indivíduos foi de 63, 6 anos, com idade mínima de 13 e máxima de 90 anos de idade, havendo discreto predomínio do gênero masculino (n=29; 53, 7%). A pneumopatia principal mais frequente foi a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (24, 07%), seguida de doença pulmonar intersticial (18, 51%), bronquiectasias (9, 25%), síndrome da apneia e hipoapneia obstrutiva do sono (SAHOS) (7, 40%), e investigação de tosse crônica. Dos pacientes com DPOC, 30, 76% apresentaram disfagia entre leve a moderada, necessitando de restrição de consistência ou estratégias durante a alimentação e 38, 46% graduaram entre moderada a grave com indicação de nutrição enteral exclusiva. Destes indivíduos, 15, 38% apresentaram penetração laríngea e 38, 46% aspiração traqueal. Em relação aos pacientes com SAHOS, 25% apresentaram disfagia de grau moderado, sendo que destes todos apresentaram aspiração traqueal. Nos pacientes com doença pulmonar intersticial, 60% apresentaram grau de disfagia de leve a moderada, dentre os quais 40% apresentaram penetração laríngea. Já os pacientes com bronquiectasias, 80% apresentaram disfagia entre leve a moderada, dentre os quais 60% apresentaram penetração laríngea e 20% aspiração traqueal. **Conclusão:** A presença de disfagia é muito frequente em pacientes com doenças respiratórias crônicas encaminhadas para realizar VFD. Um subgrupo de pacientes, sobretudo portadores de DPOC, apresenta disfagia grave e penetração laringotraqueal do alimento, indicando a necessidade de nutrição enteral exclusiva. O impacto destes achados em desfechos clínicos necessita ser estudado.

Palavras-chave: Deglutição; radiologia; aspiração pulmonar

PO124 PNEUMONIA LIPOÍDICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PNEUMOPATIA INTERSTICIAL

RUANA SOUSA GIRARDI¹; NAYARA SINELLI SIMÕES DA SILVEIRA²; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA³; LÍCIA CALDAS FIGUEIREDO⁴; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA⁵; PABLO RYDZ PINHEIRO SANTANA⁶; AUGUSTO KRELING MEDEIROS⁷; ANTONIO CARLOS PORTUGAL GOMES⁸
HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A pneumonia lipóidica (PL) é uma afecção pulmonar pouco frequente, causada pela aspiração ou inalação de substâncias oleosas (medicamentos, alimentos, contraste radiográficos). Em adultos, a principal causa é a broncoaspiração de laxantes a base de óleo para tratamento de constipação intestinal. Fatores de risco associados são: extremos de idade, anormalidade anatômica da faringe e esôfago, DRGE, hérnia de hiato, alterações neuromusculares, transtornos psiquiátricos e rebaixamento do nível de consciência. Em 25% dos casos ocorre sem fator identificado. As alterações parenquimatosas e quadro clínico dependem do tipo de substância aspirada/inhalada, quantidade e frequência, podendo ser aguda ou crônica. Sua apresentação pode ser assintomática, o que dificulta e atrasa o diagnóstico. Os sintomas mais frequentes são: tosse crônica produtiva e dispneia, podendo ainda apresentar dor torácica, febre, hemoptise e perda de peso. Seu diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico e radiológico e, se possível, biópsia. A TC tórax é o melhor método de imagem para diagnóstico. As alterações mais frequentes são consolidação, opacidade em vidro fosco, pavimentação maluca, espessamento dos septos interlobulares e nódulos centrolobulares, porém nenhuma dessas alterações são específicas para PL. No AP podemos evidenciar macrófagos repletos de lipídios em tecido pulmonar, caracterizando reação crônica de

corpo estranho à gordura. Atualmente não existe nenhum tratamento específico, mas as principais medidas são retirar o fator causal, prevenir exposição, terapia de suporte com O₂ quando necessário e uso de corticóide sistêmico para diminuição da resposta inflamatória. **Relato do caso:** Mulher, 90 anos, com tosse seca acompanhada de dispneia e febre há 1 dias. Antecedentes patológicos fibrilação atrial, Parkinson, ACV prévio e constipação intestinal crônica em uso de óleo mineral há 3 anos. Apresentava-se em investigação de pneumonite por uso crônico de amiodarona por opacidades em vidro fosco e pavimentação maluca em exame de imagem prévio. TC tórax evidenciando opacidades bilaterais em Lobos inferiores com densidade de gordura, associada a atelectasia pulmonar passiva e discreto derrame pleural. Realizado videodeglutograma com acúmulo patológico de alimento em valécula, sem sinal de aspiração. Devido aos fatores de risco, relatos de engasgos recorrentes e alterações tomográficas sugestivas, diagnosticada pneumonia lipóidica por aspiração crônica de óleo mineral. **Discussão:** A PL é uma patologia pouco frequente, muitas vezes subdiagnosticada, devido sua apresentação clínica e radiológica heterogênea e inespecífica, devendo ser suspeitada em pacientes com condições favoráveis à aspiração ou inalação de substâncias exógenas e uso crônico de medicamentos oleosos. Um quarto dos pacientes diagnosticados com PL não apresentam nenhuma alteração estrutural ou condições predisponentes. O diagnóstico é feito através de história clínica, exame físico e análise de TC tórax.

Palavras-chave: Pneumonia lipóidica; pneumopatia intersticial; broncoaspiração

PO125 SEQUESTRO PULMONAR - RELATO DE CASO FLAVIANO NAZARENO ASSUNÇÃO DO CARMO JÚNIOR¹; ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA²; ANTÔNIO PAULO COSTA PENIDO³ *HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.*

Introdução: O seqüestro pulmonar é uma anomalia congênita rara de ocorrência em vias aéreas inferiores, constituída de massa com tecido pulmonar não funcional, irrigada por circulação sistêmica, principalmente ramos da aorta abdominal e torácica não comunicante com a árvore brônquica. Sua incidência é de 0, 15 - 6, 40% de todas as malformações pulmonares congênitas. Essa anomalia envolve o parênquima e a vascularização pulmonar, sendo classificado como intralobar ou extralobar. A maioria dos pacientes são assintomáticos convivendo por anos com a anomalia. Metade dos pacientes são diagnosticados após os 20 anos de idade com história de pneumonia de repetição na infância. **Relato de caso:** Paciente A. L. A. O., 22 anos, sexo masculino, previamente hígido, admitido no Hospital Felício Rocho (HFR) em Belo Horizonte- MG em 07/08/2015 com quadro de prostração, febre não termometrada e tosse seca que se tornou produtiva há poucos dias com secreção escura, dor em região escapular esquerda e dispnéia aos médios esforços. Paciente sem comorbidades, sem doenças dentárias, nega tabagismo, sem relato de uso de drogas e álcool. Internação há 6 anos por pneumonia. Nega cirurgias prévias. Ao exame físico após internação o paciente encontrava-se em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em base pulmonar esquerda com crepitações finas, frequência respiratória de 32 irpm e saturação de O₂ 92% em ar ambiente. Ausculta cardíaca normal, frequência cardíaca de 129 bpm, pressão arterial de 141 x 85 mmHg. Abdomen livre, indolor a palpação. Membros inferiores com panturrilhas livres, sem edemas. Realizados exames complementares que evidenciaram leucocitose