

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, eupnéica. 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 predisõem 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-*