

Pneumologia Paulista

Uma publicação da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia
Janeiro | 2026

anais

21º Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia



SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

DIRETORIA - BIÊNIO 2024/2025

Presidente:	William Salibe Filho
Vice-Presidente:	José Gustavo Barian Romaldini
Secretária Geral:	Fabio Eiji Arimura
1ª Secretária:	Silvia Carla Sousa Rodrigues
Diretora de Finanças:	Liana Sousa Coelho
Diretora de Assuntos Científicos:	Mariah Prata Soldi Passos Taube
Diretora de Divulgação:	Danielle Cristine Campos Bedin
Diretor de Informática:	Paulo Antônio de Moraes Faleiros
Diretor de Assuntos do Interior:	Philippe de Figueiredo Braga Colares
Diretor de Relações Institucionais:	Rogério de Souza

Comissões	
Defesa Profissional:	Marcos Naoyuki Samano
Ensino:	Suzana Erico Tanni
Promoções:	Frederico Leon Arrabal Fernandes
Publicações:	José Leonidas Alves Júnior

DEPARTAMENTOS

CIRURGIA TORÁCICA:	FEDERICO ENRIQUE GARCIA CIPRIANO Isaac de Faria Soares Rodrigues Eserval Rocha Júnior
--------------------	---

ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA:	Felipe Nominando Diniz Oliveira André Luís Simões Braga Danielle Silva de Almeida Philipp
--------------------------	---

PEDIATRIA:	Luisa Mesquita Nunes Nathália da Costa Sousa Miriam Cardoso Neves Eller
------------	---

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA:	Lara Maris Nápolis Goulart Rodrigues Renata Ferrari Castan Selma Denis Squassoni
----------------------------	--

CONSELHO FISCAL:	
Efetivos:	Roberto Rodrigue Júnior Oliver Augusto Nascimento Mário Terra Filho

Conselho Deliberativo

Suzana Erico Tanni
Frederico Leon Arrabal Fernandes
Roberto Rodrigues Júnior
Regina Maria de Carvalho Pinto
Oliver Augusto Nascimento
Mônica Corso Pereira
Jaquelina Sonoe Ota Arakaki
José Eduardo Delfini Cançado
Rafael Stelmach
Roberto Stirbulov
Ana Luisa Godoy Fernandes
Mário Terra Filho
Eliana Sheila Pereira da Silva Mendes
Alberto Cukier
Carlos Alberto de Castro Pereira
Miguel Bogossian
Francisco Vargas Suso
Nelson Morrone

IN MEMÓRIA
Jorge Nakatani
Manuel Lopes dos Santos
Otávio Ribeiro Rato
Mozart Tavares de Lima
Mateus Romero

REGIONAIS:

REGIONAL CENTRO OESTE

Presidente: Paulo Roberto Tonidandel (Campinas)

1º Secretário: André Yutaka Amorim Suzuki (Avaré)

2º Secretário: Tales Rubens de Nadai (Bauru)

REGIONAL NORDESTE

Presidente: Ana Beatriz Hortense (Ribeirão Preto)

1º Secretário: Flávio Ferlin Arbex (Araraquara)

2º Secretário: Maurício Campos Cusmanich (Barretos)

REGIONAL NOROESTE

Presidente: Ricardo Beneti (Presidente Prudente)

1º Secretário: Wagner Moneda Telini (Votuporanga)

2º Secretário: Henrique Nietmann (São José do Rio Preto)

REGIONAL VALE DO PARAÍBA

Presidente: José Roberto Megda Filho (Taubaté)

1ª Secretária: Ana Paula dos Santos Oliveira (São Paulo)

2º Secretário: Gustavo Bandeira (São José dos Campos)

SUBCOMISSÕES:

ASMA

Lilian Serrasqueiro Ballini Caetano

Italo Giovanni Bonatto

CÂNCER

Gustavo Faibischew Prado

Fabio José Haddad

CIRCULAÇÃO

Bruna Mamprim Piloto

Patrícia Kittler Vitória

DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO

Erika Cristine Treptow

Raissa Karen Moraes Dantas

DOENÇAS INTERSTICIAIS

Regina Celia Carlos Tibana

Guilherme das Posses Bridi

D.P.O.C.

Helen Moreira Coutinho

José Roberto de Brito Jardim

BRONQUIECTASIAS

Rodrigo Abensur Athanazio

Evelise Lima

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E MICOSES

Andre Nathan Costa

Alessandro Wasum Mariani

Diego Campos Gonzalez

PLEURA

Enrico Fortunato

DOENÇAS AMBIENTAIS E OCUPACIONAIS

Gustavo Corrêa de Almeida

TABAGISMO

Marília Helena de Campos Machado

Irma de Godoy

TERAPIA INTENSIVA

Glauco Cabral Marinho Plenz

TUBERCULOSE E OUTRAS MICOBACTERIOSES

Laura Deltreggia

Roberta Karla Barbosa de Sales

FUNÇÃO PULMONAR, EXERCÍCIO E PRÉ OPERATÓRIO

Fernando Moacyr Fragoso Didier Neto

Celso Ricardo Fernandes Carvalho

Mariana Lafeta Lima

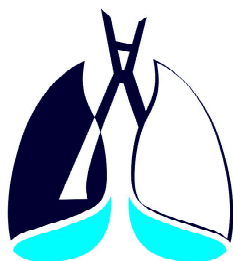
IMAGEM

Marcio Valente Yamada Sawamura

DOENÇA PULMONAR AVANÇADA E TRANSPLANTE

Ana Carolina Lima Resende

Ricardo Henrique de Oliveira Braga Teixeira



**21º Congresso Paulista de
Pneumologia e Tisiologia**

12 a 15 de novembro de 2025
Centro de Convenções Rebouças | São Paulo

370 GRANULOMATOSE EOSINOFÍLICA COM POLIANGEÍTE (GEPA) COM FALÊNCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS.

PAULA, A A , WESTPHAL, L , SOUZA, G S , VIEIRA, P C B , MARTINEZ, J A B

Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

Granulomatose eosinofílica com poliangite (GEPA) é uma vasculite rara de pequenos vasos, multissistêmica e imunomediada. Incidência varia entre 0,5 e 4,2 casos por milhão de pessoas por ano. Classicamente evolui em três fases, fase prodromica “alérgica”, que pode durar anos e é marcada por asma de início tardio (95-100%) e rinosinusite crônica (50%); fase eosinofílica, que aparecem eosinofilia e envolvimento de órgãos-alvo; e a fase vasculítica, com manifestações devido à vasculite de pequenos vasos. As manifestações são heterogêneas, podendo acometer diversos sistemas, o que contribui para atrasos no diagnóstico em mais de 60% dos casos. Este relato ilustra um caso grave de GEPA com envolvimento pulmonar, neurológico, cutâneo e renal, onde a abordagem multidisciplinar foi fundamental para boa evolução. **História da doença atual e progressa:** Homem, 52 anos, portador de sinusite crônica e diagnóstico de asma há 05 meses. Iniciou com parestesias em mãos e pés, associadas a paresia em mão direita, púrpuras palpáveis em membros inferiores e episódios de broncoespasmo grave com necessidade intubação orotraqueal. **Exame físico:** Presença de sibilos difusos, SpO₂:92%, Intubação orotraqueal, púrpuras palpáveis em membros inferiores. **Exames complementares:** Exames revelaram eosinofilia (11.596/mm³), creatinina:3,78 mg/dL, P-ANCA (1:160 – padrão perinuclear) e Anti-MPO reagentes. A TC de tórax mostrava parênquima pulmonar com consolidações e opacidades em vidro fosco difusas e a de seios da face polipose e pansinusite. Além da biópsia renal mostrar glomerulonefrite pauci-imune (ANCA-associada), a eletroneuromiografia compatível com mononeurite múltipla confluyente e a biópsia de pele vasculite leucocitoclástica. **Diagnóstico:** Granulomatose Eosinofílica com Poliangite Com Falência de Múltiplos Órgãos. **Evolução:** Paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda, com necessidade de ventilação mecânica; insuficiência renal aguda, sendo necessária terapia renal substitutiva; e choque séptico tratado com antibioticoterapia de amplo espectro. O tratamento de indução da remissão da GEPA foi realizado com corticoide intravenoso (metilprednisolona 1gr) por 3 dias, sendo mantido após com corticoide oral e imunossupressão adicional com ciclofosfamida endovenosa. Após 10 dias de ventilação mecânica o paciente foi extubado, houve recuperação da função renal e encaminhado a enfermaria para reabilitação e término do tratamento. **Discussão:** A GEPA é vasculite sistêmica de pequenos vasos, caracterizada pela tríade asma, eosinofilia e envolvimento sistêmico. Este paciente apresentou manifestações típicas das três fases da doença. O diagnóstico foi baseado na presença de marcadores laboratoriais (eosinofilia, ANCA positivo, anti-MPO), biópsias compatíveis e critérios clínicos do ACR/EULAR. O tratamento seguiu recomendações para casos graves, com uso de corticoides sistêmicos associado a pulsos de ciclofosfamida, além de suporte intensivo. O caso relata a importância do reconhecimento da GEPA e a abordagem terapêutica, especialmente em pacientes com asma de início tardio e sintomas sistêmicos.

438 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA COM UMA APRESENTAÇÃO DE ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROLE

LORO, F R , CUNHA, N G M D , BARREIRO, V A , MARIANO, L O L , NISINAGA, J M G C , NEFFÁ, P P , CARLET, L P C
IAMSPE - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil

As síndromes hipereosinofílicas (SHE) são doenças raras, caracterizadas por eosinofilia persistente (>1.500/mm³) associada a infiltração tecidual e disfunção orgânica. A identificação precoce dos subtipos, em especial os casos associados a mutações genéticas, é essencial para direcionar terapias específicas. Relatamos um caso inicialmente tratado como asma grave, posteriormente diagnosticado como SHE variante mieloproliferativa com rearranjo de PDGFRA. **História da doença atual e progressa:** Homem, 42 anos, natural e procedente de São Paulo, trabalhador administrativo. Evoluiu após COVID-19 em 2020 com tosse seca, pigarro e dispneia aos esforços, tratados inicialmente como asma de difícil controle. Mesmo em uso de múltiplos dispositivos inalatórios, corticoides e imunobiológicos (mepolizumabe e posteriormente benralizumabe), manteve sintomas e exacerbações respiratórias, com hospitalização e quadro grave em 2023. **História progressa:** Asma de difícil controle desde 2020, sem outras comorbidades relevantes. Não havia exposições ocupacionais ou ambientais conhecidas. Sem histórico familiar de doenças hematológicas. **Exame físico:** Paciente apresentava murmúrios audíveis com sibilos difusos em todo o tórax. Abdome flácido, indolor, sem visceromegalias. Bulhas normofonéticas, rítmicas, sem sopros. Lesões de pele hipercrômicas em abdome com sinal de Darier positivo. Sem demais achados significativos ao exame. **Exames complementares:** Hemogramas mostraram eosinofilia persistente e de aumento progressivo, atingindo 10.535 eosinófilos/mm³ em 2023. Prova de função pulmonar demonstrou distúrbio ventilatório obstrutivo de grau acentuado com CVF reduzida, sem resposta após broncodilatador. PHmetria esofágica revelou refluxo gastroesofágico. Tomografia de tórax mostrou infiltrado bronquiocêntrico difuso bilateral. Biópsia de medula óssea evidenciou hiperplasia celular às custas da série eosinofílica e presença de mastócitos atípicos CD117+, CD2+ e CD25+. Painel FISH detectou rearranjo de PDGFRA em 94% dos núcleos analisados. **Diagnóstico:** Síndrome hipereosinofílica variante mieloproliferativa associada a rearranjo do gene PDGFRA. Diagnóstico realizado pelo painel FISH. **Evolução:** O paciente apresentou refratariedade ao tratamento com imunobiológicos para asma. Após o diagnóstico, foi indicado tratamento específico com inibidor de tirosina quinase (Imatinibe), com melhora clínica e posterior redução da eosinofilia em seguimento ambulatorial. **Discussão:** A SHE é uma entidade rara e frequentemente subdiagnosticada, podendo se manifestar com sintomas inespecíficos como tosse e dispneia, confundindo-se com asma grave. A presença de eosinofilia persistente associada a sinais de disfunção orgânica deve motivar investigação ampliada. O caso reforça a importância do rastreamento laboratorial e molecular em pacientes com eosinofilia persistente e sintomas respiratórios refratários.

- 455 **DEVEMOS UTILIZAR A TOMOGRAFIA DE TÓRAX PARA AVALIAÇÃO DE DESFECHO DURANTE O ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM ASMA GRAVE EM USO DE IMUNOBIOLOGICO?**
BARROS, S D S , BONATTO, I G , RACHED, S Z , LIMA, R M , CUKIER, A , DE CARVALHO PINTO, R M ,
ATHANAZIO, R A

Faculdade de Medicina da USP-SP - São Paulo - São Paulo - Brasil

O advento dos imunobiológicos revolucionou o tratamento dos pacientes com asma grave (AG) oferecendo um controle mais eficaz da doença. O seguimento adequado desses indivíduos é realizado de forma multimodal através da avaliação do controle de sintomas, função pulmonar e número de exacerbações. Porém, novas ferramentas podem ser utilizadas para melhor caracterização desses pacientes. Neste sentido, a tomografia de tórax de alta resolução (TCAR) é uma ferramenta diagnóstica sensível para identificar tanto as alterações estruturais pulmonares que podem estar associadas aos mecanismos fisiopatológicos da doença como para identificar outras doenças que podem estar colaborando com o seu descontrole.

História da doença atual e pregressa: Relatamos o caso de dois pacientes com diagnóstico de asma grave de perfil eosinofílico. Ambos estavam em uso de alta dose de corticoide inalatório associado a um broncodilatador beta agonista de longa duração e um deles em uso de corticoide oral. Nos dois casos a doença não estava controlada (ACT 13 e 12) e estavam apresentando exacerbações moderadas no último ano (2 e 3 exacerbações).

Exame físico: Sem achados relevantes. **Exames complementares:** Possuíam no início da avaliação FeNO de 39 e 71 ppb além de eosinófilos de 1957 e 746. Quanto à espirometria, apresentavam VEF1 = 1,53L (39%) e 0,98L (40%). Pletismografia VR/CPT de 0,56 e 0,64. Oscilometria com R5-R20 4,51 e 7,34. Foram realizadas tomografias quantitativas com análise pelo software VIDA diagnostic antes e após um ano de uso do benralizumabe. Foi analisado o RB1 (brônquio superior do lobo superior direito) e avaliado as variáveis WA% (área de parede em porcentagem), Pi10 (raiz quadrada da área da parede da via aérea com perímetro interno de 10 mm), EP (espessamento brônquico) e ALi (área interna do lúmen). Apresentavam inicialmente WA% de 71,97% e 68,93%, EP de 1,66 e 1,99, ALi de 11,29 e 20,02 e Pi10: 4,31 e 4,18. **Diagnóstico:** Asma grave eosinofílica alérgica.

Evolução: Os pacientes receberam o benralizumabe por 12 meses, evoluindo com melhora do controle de doença com aumento de ACT para 21 e 19. Não apresentaram novas exacerbações durante o período. Obtiveram melhora da função pulmonar com ganho de VEF1 de 2,52L (65%) e 2,33L (96%) e redução do VR/CPT com valores de 0,36 e 0,48 e da oscilometria com R5-R20 de 0,71 e 4,92. Quanto às tomografias de controle foi visto redução do WA% para 66,84% e 63,49%, redução do EP para 1,74 e 1,92, variação do ALi para 18,88 e 27,74 e diminuição do Pi10 de 3,90 e 4,07. **Discussão:** Os achados da TCAR de remodelação das vias aéreas incluem espessamento de paredes brônquicas, plugs mucosos, bronquiectasia e aprisionamento aéreo (atenuação em mosaico). A melhora desses achados podem estar correlacionados com resposta ao tratamento observado com a melhora da função pulmonar, redução do número de exacerbações e redução de biomarcadores. Apesar da TCAR de tórax ser frequentemente utilizada para excluir diagnósticos diferenciais de asma grave, uma utilidade adicional seria como ferramenta para desfecho de eficácia para pacientes com doença de vias aéreas.

- 555 **SÉRIE DE CASOS: ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA (ABPA) EM UM HOSPITAL**
LIMA BINDA, A G , FRANCO, C R , FELICIANO SOUZA SANTOS, A B , CANÇADO, J E

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma condição inflamatória pulmonar causada por hipersensibilidade ao fungo *Aspergillus fumigatus*. Acomete principalmente pacientes asmáticos ou com fibrose cística, resultando em bronquiectasias centrais e impactação mucoide. A prevalência estimada é de 1 a 2% em asmáticos e até 15% em fibrose cística. O diagnóstico precoce e tratamento adequado com corticoides e antifúngicos podem reduzir exacerbações e melhorar a função pulmonar. Neste trabalho iremos relatar sobre três casos de ABPA que estão em tratamento e seguimento ambulatorial após a realização do adequado diagnóstico. **História da doença atual e pregressa:** Os três pacientes apresentam quadro crônico de dispneia e tosse produtiva com escarro, típicos da ABPA associada a bronquiectasias. Todos tiveram melhora após tratamento específico (corticoides, antibióticos, antifúngicos e imunobiológicos), embora mantenham sintomas residuais e limitação funcional. **Exame físico:** Em todos os três casos os pacientes apresentam ausculta pulmonar presença de roncos expiratórios difusos e estertores crepitantes finos em bases pulmonares bilateralmente ou sibilos expiratórios em bases pulmonares. **Exames complementares:** Nos exames de imagem o que prevalece nos três casos relatados Bronquiectasias centrais e difusas, algumas do tipo cilíndrico e cístico, presença de impactação mucoide recorrente, principalmente em vias aéreas centrais e até alterações associadas como enfisema e divertículos brônquicos em dois casos relatados. **Diagnóstico:** Os três pacientes atendem aos critérios diagnósticos de ABPA em diferentes graus: - Todos apresentam bronquiectasias centrais com impactação mucoide, achado tomográfico importante, presença de IgE elevado esteve documentado em dois casos, sendo marcador laboratorial de hipersensibilidade fúngica e asma grave foi evidente nos casos dois caos, reforçando a base clínica do diagnóstico. Portanto, os casos reforçam que a tríade de asma, IgE elevado e alterações tomográficas típicas é a principal evidência diagnóstica de ABPA, ainda que alguns pacientes possam ter o diagnóstico sustentado mesmo sem asma clássica, devido à forte correlação laboratorial e radiológica. **Evolução:** Após o diagnóstico e início de tratamento com corticoide oral, antibióticos e fisioterapia respiratória, apresentaram redução progressiva da dispneia, melhora da tosse e do escarro, com queda significativa dos níveis de IgE. Portanto com estabilidade clínica sob seguimento ambulatorial. **Discussão:** A ABPA representa um desafio diagnóstico, frequentemente sub-reconhecida em asmáticos graves. Os três casos demonstram que o diagnóstico correto e precoce, aliado ao tratamento com corticoides, antifúngicos e imunobiológicos, proporciona melhora significativa da dispneia, redução das exacerbações e estabilização da função pulmonar.

314 CASO NÃO CONSIGA ENXERGAR, LEMBRE DE OLHAR OS EOSINÓFILOS

BUENO, L K S , CAETANO, L B

EPM - São Paulo - São Paulo - Brasil

Granulomatose eosinofílica com poliangíte (GEPA) é uma vasculite sistêmica de médios e pequenos vasos associada a anticorpos antineutrófilos (ANCA). Apesar de incomum (1-3 casos/milhão de habitantes) e descrita relativamente recentemente (1951), a GEPA é uma doença que deve estar sempre entre os diagnósticos diferenciais do pneumologista, pois uma das características mais marcantes da doença é a asma, presente em mais de 90% dos pacientes. **História da doença atual e progressa:** Mulher de 44 anos que trabalhava como enfermeira em centro cirúrgico. Em 2018, a paciente iniciou quadro com múltiplos episódios de broncoespasmo, incluindo duas internações no mesmo ano e uma intubação posterior em 2020. Ela negava dispneia fora dos episódios de broncoespasmo. Em 2021 iniciou com turvamento visual no olho esquerdo. Devido ao padrão de acometimento oftalmológico (orbitopatia inflamatória com vasculite retiniana), associado ao histórico de broncoespasmos, foi solicitado um pANCA (1/80) e um HMG (1057 eos) sendo diagnosticada com GEPA. Iniciou tratamento com prednisona 40mg. Entretanto, não conseguiu acompanhamento nem com pneumologista nem com reumatologista. **Exame físico:** Pupila médio fixa à esquerda, associada a baixa acuidade visual. Sons pulmonares presentes, com síbilo difusos bilateralmente. **Exames complementares:** 09/22: pANCA 1/80; HMG 1057 eos 09/24: HMG 224 eos 09/24: TC de Seios da Face - pansinusopatia. **Diagnóstico:** Granulomatose eosinofílica com poliangíte. **Evolução:** Com o uso do corticoide oral teve leve melhora da alteração visual e dos episódios de broncoespasmo, porém ao tentar desmame da medicação, tinha recorrência destes e iniciou com falta de ar. Em 09/24 apresentou broncoespasmo secundária à infecção por COVID 19 e foi levada ao HSP, onde recebeu medidas de estabilização e encaminhada para a pneumologia. Apesar do uso de corticoide contínuo nos últimos dois anos, a paciente permanecia com eosinofilia importante (766). Iniciou acompanhamento com pneumologia e reumatologia EPM. Foi investigada para demais acometimentos da doença - cardíaco, renal, neurológico - sem acometimento de outros órgãos. Permanece em acompanhamento conjunto com desmame lento de corticoide e aguarda início de mepolizumab. Não teve novos episódios de broncoespasmo e nega dispneia no momento. Não teve piora do acometimento oftalmológico. No entanto, devido ao uso crônico de corticoide, desenvolveu hipertensão arterial e diabetes. **Discussão:** Chama a atenção neste caso que o diagnóstico foi feito primeiramente por um oftalmologista já que o envolvimento ocular na doença é raro (cerca de 6 a 20% dos casos, somente). A vasculite retiniana é o acometimento mais comum, especialmente nos pacientes ANCA positivos. Porém, diversos achados como episclerite, perineurite óptica, entre outros (como a proptose ocular, presente na nossa paciente), também são descritos. Entretanto, apesar de rara, a GEPA é uma doença com alta morbidade, não só pelo acometimento pulmonar, como também cardíaco, renal e neurológico. Caso fosse suspeitado antes, possivelmente nossa paciente não teria tido tantas intercorrências.

413 ERUPÇÃO CUTÂNEA PSORIÁSICA POR MEPOLIZUMABE EM PACIENTE COM ASMA GRAVE

DE PAIVA MEMENTO MACHADO, S , MIRANDA LIMA, R , CARVALHO PINTO, R , ATHANAZIO, R , ZAHIRACHED, S , SILVA CARVALHO, J D

Incor / HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Os imunobiológicos desempenham grande papel no tratamento da asma grave no cenário atual. O mepolizumabe é um anticorpo monoclonal anti-interleucina 5 (IL-5) utilizado em pacientes com asma grave com exacerbações frequentes a despeito de adequada terapia. Eventos adversos podem ocorrer, sendo importante ter abordagem adequada. **História da doença atual e progressa:** GSO, sexo feminino, 54 anos, diagnósticos: asma (início aos 16 anos) com rinossinusite crônica com polipose nasal (RSCcPN) e psoríase cutânea bem controlada (sem medicamentos específicos há longo período). Apresentava exacerbações frequentes (corticosteroide oral em todas) em uso adequado de formoterol/budesonida 12/400mcg 2 doses + ipratrópio 40mcg de 8/8 horas, sendo indicado mepolizumabe (eosinófilos séricos: 660). **Exame físico:** Lesões eritematosas, pruriginosas e descamativas nas seguintes regiões: cervical, dorso de mãos, infra mamária, fossa cubital e axilas. **Exames complementares:** Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta a broncodilatador e prick test positivo (ácaros). **Diagnóstico:** Reação psoriásica por uso de mepolizumabe em paciente com asma grave. **Evolução:** Apresentou resposta favorável durante a trajetória, mas, após décima dose, teve lesões de psoríase cutânea horas após a aplicação, sem outro fator desencadeante identificado, havendo melhora completa das lesões após suspensão do biológico e tratamento tópico. A Psoríase é uma doença cutânea crônica, cuja fisiopatologia envolve mediação por linfócitos T, células dendríticas e citocinas, IL-23/17, estimulando a hiperplasia de queratinócitos, recrutamento de neutrófilos e formação de microabscessos. O quadro de psoríase relacionado ao mepolizumabe pode estar associado à resposta imune Th1 por um desbalanço da resposta imune pela supressão da via Th2 pelo biológico, favorecendo resposta inflamatória e proliferação celular. Entretanto, pela escassa literatura mostrando este raro efeito adverso, o completo entendimento da fisiopatologia desencadeante ainda não é totalmente conhecido.

331 METÁSTASE PULMONAR DE ANGIOSSARCOMA DE COURO CABELUDO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES CÍSTICAS PULMONARES

MARQUES, J M , LOPES , D V , SOUZA , B V P , MARQUES, I M D B , TENCONI, L A D , ROBERTO, I D M , LAFETA, M

Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

Doenças pulmonares císticas difusas apresentam cistos envolvendo mais de um lobo pulmonar. O diagnóstico diferencial é extenso e inclui etiologias neoplásicas, inflamatórias e infecciosas. **História da doença atual e progressa:** Masculino, 69 anos, com diagnóstico prévio de angiossarcoma de couro cabeludo (alto de grau de malignidade) e que apesar de ressecção com margens cirúrgicas livres evoluiu com recidiva local após 06 meses da cirurgia. Em junho de 2024, foi internado devido dispneia de início súbito, investigado e recebeu diagnóstico de volumoso pneumotórax à esquerda, sendo indicado drenagem tubular torácica. Em tomografia de tórax apresentava lesões císticas em lobo superior esquerdo e lobo inferior direito. Realizadas biópsias via broncoscopia e radiointervenção, sem evidência de malignidade. **Exame físico:** Após 4 meses, evolui com escarro hemoptoico recorrente e dor ventilatório dependente à esquerda. Apresentava redução de sons pulmonares à esquerda, com percussão maciça. **Exames complementares:** Visto derrame loculado à esquerda em radiografia. Realizado toracocentese, com análise bioquímica sugerindo exsudato, com líquido sanguinolento com grumos, indicada drenagem torácica e biópsia pleural. Em nova tomografia, visto aumento das lesões císticas sendo a maior em lobo superior esquerdo, medindo 2,3x 3,8cm, com volumoso pneumotórax esquerdo, com desvio contralateral de mediastino, com atelectasia total de lobo inferior esquerdo. Observa-se vidro fosco envolvendo os cistos, além de linfonodos mediastinais proeminentes. Em broncoscopia, visto hemoptise proveniente de lobo inferior esquerdo. Realizada segmentectomia de lobo inferior esquerdo. Biópsias realizadas não continham sinais de malignidade. **Diagnóstico:** Após exclusão de diagnósticos diferenciais (hemossiderose pulmonar, vasculites e doenças infecciosas), em conjunto com radiologia, a principal hipótese foi de metástase pulmonar secundária ao angiossarcoma de couro cabeludo. **Evolução:** Evolui com extensa área de necrose do parênquima pulmonar esquerdo e derrame pleural volumoso. Paciente reavaliado por equipe de cirurgia torácica e oncologia, considerado sem status clínico para novas abordagens cirúrgicas, sem indicação de quimioterapia pela oncologia. Evoluiu com insuficiência respiratória secundária à hemoptise, com óbito em dezembro de 2024. **Discussão:** Os angiossarcomas constituem 2% de todos os sarcomas. O prognóstico é reservado, com relatos de sobrevida de 4 meses após o diagnóstico. Em literatura, relatos de manifestação de metástases com cistos pulmonares levam à pneumotórax de repetição e até hemotórax espontâneo. Torna-se essencial para o diagnóstico a suspeita clínica e achados de imagens, além de exclusão de demais causas de lesões pulmonares. Biópsia pleural pode mostrar expressão de CD31, confirmando implantação neoplásica, porém, visto a evolução rápida com necrose e efusão pleural, tal achado pode ser dificultado. Portanto, frente a achados sugestivos, deve-se realizar a investigação de causas diferenciais e iniciar tratamento precocemente visto que apresenta prognóstico reservado.

515 PLEURITE INDUZIDA POR PEMBROLIZUMABE SIMULANDO RECIDIVA DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO: RELATO DE CASO

MIOTTO, A , NETTO, M C M , SIQUEIRA, L T B , CANZIAN, M , ALBUQUERQUE, A L P

IDor - São Paulo - São Paulo - Brasil

A imunoterapia com inibidores de PD-1, como o pembrolizumabe, representa um avanço significativo no tratamento de neoplasias pulmonares não pequenas células, especialmente em pacientes com expressão de PD-L1 elevada. Entretanto, seu uso está associado a efeitos adversos imunomediados que podem acometer múltiplos órgãos, incluindo pulmões. A pleurite associada ao uso de imunoterápicos é uma complicação rara, com poucos casos descritos e de difícil diagnóstico, podendo mimetizar progressão tumoral. **História da doença atual e progressa:** Mulher, 66 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão localmente avançado em 2022, identificado após infecção por COVID-19. À época, o caso foi considerado inoperável e a paciente foi submetida à quimiorradioterapia seguida de imunoterapia com pembrolizumabe. Evoluiu com resposta completa, evidenciada por PET-CT. Após cerca de 18 meses de tratamento, apresentou derrame pleural ipsilateral. Realizou pleuroscopia por biópsia de pleura, cujo anatomopatológico revelou inflamação inespecífica. Quatro meses depois, desenvolveu espessamento e derrame pleural contralateral à direita, novamente submetida à pleuroscopia, com o mesmo diagnóstico inflamatório. **Exame físico:** Posteriormente, apresentou dispneia progressiva, atualmente aos pequenos esforços e focos de consolidação pulmonar. Novo PET-CT mostrou espessamento pleural direito com captação difusa compatível com suspeita de linfângite carcinomatosa e carcinomatose pleural. Função pulmonar confirmou restrição extrapulmonar acentuada (CVF 30% previsto). A paciente também apresentou rash cutâneo nesse intervalo de tempo. **Exames complementares:** Foram realizadas biópsias pulmonares guiadas por tomografia computadorizada em 3 sítios distintos na pleura direita, ambas demonstrando apenas inflamação inespecífica. **Diagnóstico:** Frente à ausência de evidência histológica de recidiva tumoral, confirmou-se diagnóstico de pleurite induzida por pembrolizumabe. **Evolução:** Optou-se pela suspensão da imunoterapia e início de corticosteroide oral, com melhora clínica significativa nas semanas seguintes. **Discussão:** A pleurite induzida por imunoterápicos é evento adverso extremamente incomum, com potencial para simular recidiva neoplásica no PET-CT, especialmente em pacientes previamente tratados para câncer de pulmão. O diagnóstico é de exclusão, fundamentado na ausência de neoplasia nas biópsias, correlação temporal com o uso do imunoterápico e resposta favorável ao corticoide. A literatura descreve poucos relatos semelhantes, o que ressalta a importância de reconhecer essa entidade para evitar tratamentos desnecessários ou mudanças indevidas na estratégia terapêutica. A pleurite imunomediada associada ao pembrolizumabe, embora rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de derrames pleurais e infiltrados pulmonares em pacientes sob imunoterapia. O reconhecimento precoce e a instituição de corticosteroides podem levar à resolução completa do quadro, evitando morbidade desnecessária.

333 **NEOPLASIA PULMONAR APÓS MÚLTIPLOS EPISÓDIOS DE TUBERCULOSE: RELATO DE CASO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR EM PACIENTE COM SEQUELAS PULMONARES**
BATALHA COSTA, M D , LIMA BRAYNER, B , BARBOSA BORGES, V , JAMNIK, S
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

A tuberculose (TB) permanece como um importante problema de saúde pública global, afetando milhões de pessoas e frequentemente resultando em sequelas pulmonares estruturais. O câncer de pulmão, por sua vez, representa a principal causa de mortalidade por câncer em todo o mundo. Estudos sugerem uma possível associação entre TB e câncer pulmonar, especialmente devido ao processo de inflamação crônica, cicatrizes e alterações teciduais que podem predispor à carcinogênese. **História da doença atual e progressa:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, natural de Minas Gerais, procedente de São Paulo/SP, casada, ex-doméstica, procurou atendimento com queixa de tosse há dois anos. A tosse variava entre seca e produtiva (com expectoração hialina), acompanhada de dispneia aos médios esforços. Relatava perda ponderal de 10 kg no período. Negava febre, sudorese noturna ou calafrios. Apresentava histórico de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, hipotireoidismo, dois infartos agudos do miocárdio (2014 e 2019), além de três episódios prévios de tuberculose pulmonar (1999, 2020 e 2023), todos tratados adequadamente. Era ex-tabagista, com carga tabagística de 47 anos/maço, abstinente há três anos. Medicações em uso: AAS 100 mg/dia, alopurinol 100 mg 12/12h, espironolactona 25 mg/dia, atorvastatina 20 mg/noite, atenolol 50 mg/dia, levotiroxina 75 mcg/dia. **Exame físico:** Paciente em bom estado geral, acianótica, anictérica, sem linfonodomegalias palpáveis, Glasgow 15, estabilidade hemodinâmica, SpO₂ 94% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem estertores. Membros inferiores sem alterações. **Exames complementares:** Imagem prévia (TC de 08/10/2021): nódulo irregular com área bolhosa central no lobo superior esquerdo. Nova TC (10/01/2024): lesão lobular de contornos irregulares e limites indefinidos, medindo 2,0 x 1,9 cm, no segmento anterior do lobo superior esquerdo. Foram realizadas três amostras de escarro para pesquisa de BAAR (abril/2024) e cultura para micobactérias, todas negativas. **Diagnóstico:** Foi indicada biópsia pulmonar transtorácica da lesão, cujo resultado histopatológico evidenciou carcinoma espinocelular invasivo. **Evolução:** A paciente foi encaminhada para avaliação conjunta com oncologia e cirurgia torácica para definição terapêutica. **Discussão:** DISCUSSÃO: A relação entre tuberculose pulmonar e o desenvolvimento de câncer de pulmão, especialmente carcinoma espinocelular, tem sido descrita na literatura. A inflamação crônica, formação de cicatrizes e alterações estruturais pós-infecciosas criam um microambiente propício à mutagênese. A multiplicidade dos episódios de TB, somada ao histórico de tabagismo, representa importante fator de risco cumulativo para neoplasia pulmonar. **CONCLUSÃO:** Este caso reforça a associação entre tuberculose pulmonar e câncer de pulmão, particularmente nos primeiros anos após o episódio infeccioso. Diante da possibilidade de transformação maligna em áreas de sequela pulmonar, a vigilância clínica e radiológica no seguimento ambulatorial de pacientes com história prévia de tuberculose deve ser considerada.

460 **IMPACTO NA FUNÇÃO PULMONAR DE METASTASECTOMIAS PULMONARES SUCESSIVAS**
ROBERTO, I M , BUZATTO, L B , MARQUES, I M B , LOPES, D V , BEDIN, D C C , SANTOS, L P , FAREIN, S M
UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: Apresentar o caso de um paciente submetido a sucessivas metastasectomias que evoluiu com perda funcional. Estudos sobre a evolução funcional após metastasectomia são em geral retrospectivos e incluem ressecções variadas, desde a ressecção isolada das metástases até lobectomia. De maneira geral a ressecção isolada das metástases não levaria a perda de função pulmonar. **História da doença atual e progressa:** Masculino, 59 anos, construtor civil aposentado, portador de tumor de células gigantes em região distal do rádio direito com extensão para partes moles do punho desde 2010. Entre 2011 e 2014 foi submetido a lobectomia esquerda e mais três toracotomias totalizando retirada de 13 metástases pulmonares, algumas com até 6 cm no seu maior diâmetro. Apresentou remissão da doença por seis anos e no último controle tomográfico havia nova metástase em LSD. **Exame físico:** Encontrava-se em bom estado geral, eupneico, com expansibilidade torácica preservada e simétrica e sons respiratórios reduzidos difusamente, principalmente em bases, SpO₂ : 97% em ar ambiente. **Exames complementares:** Exames laboratoriais: sem alterações. Espirometria: 14/10/11 CVF 3,90L; VEF1 2,99L; VEF1/CVF 0,75. 15/06/21 CVF 3,88L (90%); VEF1 2,17L (64%); VEF1/CVF 0,56. TCAR tórax: Inicialmente com a presença da metástase em LID. Em último exame apresentava bolhas subpleurais e estrias atelectásicas. **Diagnóstico:** Múltiplas metástases pulmonares **Evolução:** Manteve-se assintomático do ponto de vista respiratório, mas com distúrbio ventilatório obstrutivo sem resposta ao broncodilatador. Não tinha exposição ocupacional, nem carga tabagística (4 a/m) capazes de explicar essa evolução. Após múltiplas ressecções, perdeu 820 mL de VEF1 ou 27% em relação ao valor basal, sem alteração significativa na DCO. **Discussão:** As indicações clássicas de metastasectomia pulmonar incluem controle da doença primária — o tumor original deve estar ressecado ou inativo; ausência de metástases extrapulmonares ou controle completo das mesmas; possibilidade de ressecção completa de todas as lesões pulmonares; função pulmonar adequada para tolerar a cirurgia; intervalo livre de doença significativo, sugerindo um comportamento biológico favorável; ausência de alternativas terapêuticas sistêmicas mais eficazes e condições clínicas gerais que permitam abordagem cirúrgica segura. O paciente atendia a todos esses critérios. A queda do VEF1 em 27% do valor basal não foi acompanhada de alterações significativas na DCO, reforçando que as alterações ventilatórias podem não ser acompanhadas de alteração nas trocas gasosas. Visto que não há na literatura um consenso sobre como realizar a avaliação funcional pré- operatória neste procedimento devemos estar alertas para que em pacientes submetidos a sucessivas metastasectomias, além da realização de espirometria podem ser necessários exames mais complexos como a medida da DCO e o teste de exercício cardiopulmonar máximo para avaliar se o paciente apresenta efetivamente função pulmonar adequada que permita tolerar a cirurgia e manter qualidade de vida no pós-operatório tardio.

494 SIALOADENOMA PAPILÍFERO

FERNANDES, N G , PAULA, T A , ALMEIDA, M A D , ESPINDULA, B F , COLLETA, E N A M , CASTELLANO, M V C O
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

O sialoadenoma papilífero é uma neoplasia benigna rara, com poucos casos descritos na literatura cursando com obstrução endobrônquica e acometimento do parênquima pulmonar. **História da doença atual e pregressa:** Masculino, 58 anos, portador de DPOC e diabetes, que foi admitido na sala de emergência com queixa de dispneia há 04 meses em piora há 02 dias associada à tosse secretiva e sensação de engasgos. Relata acompanhamento prévio com cirurgia torácica por nódulo traqueal. É ex-tabagista, CT 40 m/a. **Exame físico:** Taquipneico, FR 32 irpm, ausculta respiratória com roncos difusos, SpO2 90% em uso de máscara não reinalante 10L/min. **Exames complementares:** TC de tórax com formação nodular predominantemente endoluminal no terço médio / distal da traquéia, medindo cerca de 2,0 cm no plano axial. Acúmulo de secreção traqueobrônquica e focos de secreção endobrônquica no lobo inferior direito. Broncoscopia: Ressecção quase total da lesão e desobstrução da via aérea, mantida base da lesão endurecida e irregular obstruindo cerca de 10% da luz

Diagnóstico: A biópsia da lesão traqueal foi compatível com sialoadenoma papilífero. **Evolução:** Evoluiu com insuficiência respiratória sendo submetido a broncoscopia na urgência com ressecção parcial de lesão traqueal. Encaminhado a UTI em ventilação mecânica e iniciado tratamento de pneumonia pós obstrutiva. Extubado 5 dias após admissão porém evoluindo com desmame lento de oxigenioterapia, febre em vigência de antibióticos e derrame pleural parapneumônico complicado unilateral, sendo necessário escalonamento de antibioticoterapia e realização de drenagem torácica. Recebe alta após resolução do derrame, retirada do dreno e antibioticoterapia por 21 dias. Retornou em consulta ambulatorial com a cirurgia torácica para programação da ressecção completa e traqueoplastia. **Discussão:** O sialadenoma papilífero é uma neoplasia polipoide com proliferação exofítica e papilar do epitélio ductal da mucosa e de glândulas salivares, que geralmente ocorre no palato duro ou mucosa bucal, entretanto, localizações mais raras incluem língua, palato mole, esôfago e traqueia. É rara e benigna. Molecularmente, a mutação de BRAF V600e é relatada. Nas ocasiões onde cursa com crescimento para o lúmen da árvore endobrônquica pode causar broncopneumonia grave e evoluir com complicações como derrame loculado. O manejo é cirúrgico e controle tomográfico em 6 meses. Conclusão: O sialoadenoma papilífero é um dos diagnósticos diferenciais de tumores malignos da árvore brônquica.

464 CARCINOMA TÍMICO COM RÁPIDA EVOLUÇÃO FATAL: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

POEYS SANTIAGO, M V , TOAIARI STAICO, G , FRATELLI, L , CAVALCANTE NETO, P M , MAGALHÃES
RODRIGUES, R , LYRA, A C , MARTINS COLETTA, E N A
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

O mediastino pode abrigar neoplasias de diferentes origens, sendo a correta definição da topografia fundamental para o diagnóstico e a escolha terapêutica. No mediastino anterior, destacam-se doenças tímicas, tumores de células germinativas, linfomas e bócio intratorácico. Entre essas condições, o carcinoma tímico merece atenção por sua raridade, agressividade e ausência de diretrizes terapêuticas consolidadas. Nesse contexto, a apresentação de casos clínicos contribui para ampliar o conhecimento e auxiliar na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas. **História da doença atual e pregressa:** Mulher, 64 anos, hipertensa, ex-tabagista (2 maços-ano, cessado há 30 anos), antecedente de trombose venosa profunda de membro inferior há 1 ano. Procurou pronto atendimento com tosse seca e sudorese noturna há 20 dias, sem resposta a amoxicilina-clavulanato e prednisona. Evoluiu com dispneia súbita na véspera da admissão. **Exame físico:** Paciente normotensa, taquicárdica, taquipneica, com SpO2: 91% em ar ambiente. **Exames complementares:** - Angiotomografia de tórax: massa mediastinal anterior esquerda (8,7 × 7,7 × 7,2 cm), com invasão pericárdica, derrame pericárdico, linfangite carcinomatosa e linfonodomegalias mediastinais; sem sinais de tromboembolismo pulmonar. - Biópsia transbrônquica: material não representativo. - Tomografia de controle: trombose de veia cava superior e tronco braquiocefálico. - Biópsia percutânea guiada por imagem: neoplasia epitelial com proliferação monótona de células epitelioides, núcleos hipercromáticos, nucléolos inconspícuos, cromatina densa e alta relação núcleo/citoplasma. Não havia elementos de linfoma ou tumor de células germinativas. - Imuno-histoquímica: positividade difusa para PAX8, P40 e Pancitoqueratina; negativos para CD5, CD117, TTF-1 e marcadores de células germinativas. - Conclusão anatomopatológica: Os achados anatomopatológicos, em associação ao perfil imunohistoquímico, por se tratar de biópsia por agulha grossa, permitem dois diagnósticos diferenciais: carcinoma tímico com diagnóstico diferencial de timoma tipo B3. **Diagnóstico:** Carcinoma tímico (com diagnóstico diferencial de timoma tipo B3, conforme anatomopatológico). **Evolução:** A paciente evoluiu com dispneia aos mínimos esforços, hiporexia e perda ponderal, sendo reinternada. Após detecção de trombose de grandes vasos, iniciou anticoagulação plena. Dez dias após nova alta, retornou com volumoso derrame pleural e infecção respiratória, necessitando toracocentese. Iniciou quimioterapia de primeira linha (ciclofosfamida, doxorubicina e cisplatina), mas apresentou rápida progressão tumoral, com compressão brônquica extrínseca, evoluindo a óbito 10 dias após o início do tratamento. **Discussão:** A rápida progressão tumoral, associada aos achados clínico-radiológicos e imunohistoquímicos, torna o carcinoma tímico a hipótese diagnóstica mais provável. Este caso ressalta a agressividade da doença e a necessidade de diagnóstico precoce para possibilitar intervenções terapêuticas mais eficazes.

331 **METÁSTASE PULMONAR DE ANGIOSSARCOMA DE COURO CABELUDO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES CÍSTICAS PULMONARES**

MARQUES, J M, LOPES, D V, SOUZA, B V P, MARQUES, I M D B, TENCONI, L A D, ROBERTO, I D M, LAFETA, M
Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

Doenças pulmonares císticas difusas apresentam cistos envolvendo mais de um lobo pulmonar. O diagnóstico diferencial é extenso e inclui etiologias neoplásicas, inflamatórias e infecciosas. **História da doença atual e progressa:** Masculino, 69 anos, com diagnóstico prévio de angiossarcoma de couro cabeludo (alto de grau de malignidade) e que apesar de ressecção com margens cirúrgicas livres evoluiu com recidiva local após 06 meses da cirurgia. Em junho de 2024, foi internado devido dispneia de início súbito, investigado e recebeu diagnóstico de volumoso pneumotórax à esquerda, sendo indicado drenagem tubular torácica. Em tomografia de tórax apresentava lesões císticas em lobo superior esquerdo e lobo inferior direito. Realizadas biópsias via broncoscopia e radiointervenção, sem evidência de malignidade. **Exame físico:** Após 4 meses, evolui com escarro hemoptoico recorrente e dor ventilatório dependente à esquerda. Apresentava redução de sons pulmonares à esquerda, com percussão maciça. **Exames complementares:** Visto derrame loculado à esquerda em radiografia. Realizado toracocentese, com análise bioquímica sugerindo exsudato, com líquido sanguinolento com grumos, indicada drenagem torácica e biopsia pleural. Em nova tomografia, visto aumento das lesões císticas sendo a maior em lobo superior esquerdo, medindo 2,3x 3,8cm, com volumoso pneumotórax esquerdo, com desvio contralateral de mediastino, com atelectasia total de lobo inferior esquerdo. Observa-se vidro fosco envolvendo os cistos, além de linfonodos mediastinais proeminentes. Em broncoscopia, visto hemoptise proveniente de lobo inferior esquerdo. Realizada segmentectomia de lobo inferior esquerdo. Biópsias realizadas não continham sinais de malignidade. **Diagnóstico:** Após exclusão de diagnósticos diferenciais (hemossiderose pulmonar, vasculites e doenças infecciosas), em conjunto com radiologia, a principal hipótese foi de metástase pulmonar secundária ao angiossarcoma de couro cabeludo. **Evolução:** Evolui com extensa área de necrose do parênquima pulmonar esquerdo e derrame pleural volumoso. Paciente reavaliado por equipe de cirurgia torácica e oncologia, considerado sem status clínico para novas abordagens cirúrgicas, sem indicação de quimioterapia pela oncologia. Evoluiu com insuficiência respiratória secundária à hemoptise, com óbito em dezembro de 2024. **Discussão:** Os angiossarcomas constituem 2% de todos os sarcomas. O prognóstico é reservado, com relatos de sobrevida de 4 meses após o diagnóstico. Em literatura, relatos de manifestação de metástases com cistos pulmonares levam à pneumotórax de repetição e até hemotórax espontâneo. Torna-se essencial para o diagnóstico a suspeita clínica e achados de imagens, além de exclusão de demais causas de lesões pulmonares. Biópsia pleural pode mostrar expressão de CD31, confirmando implantação neoplásica, porém, visto a evolução rápida com necrose e efusão pleural, tal achado pode ser dificultado. Portanto, frente a achados sugestivos, deve-se realizar a investigação de causas diferenciais e iniciar tratamento precocemente visto que apresenta prognóstico reservado.

515 **PLEURITE INDUZIDA POR PEMBROLIZUMABE SIMULANDO RECIDIVA DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO: RELATO DE CASO**

MIOTTO, A, NETTO, M C M, SIQUEIRA, L T B, CANZIAN, M, ALBUQUERQUE, A L P
IDor - São Paulo - São Paulo - Brasil

A imunoterapia com inibidores de PD-1, como o pembrolizumabe, representa um avanço significativo no tratamento de neoplasias pulmonares não pequenas células, especialmente em pacientes com expressão de PD-L1 elevada. Entretanto, seu uso está associado a efeitos adversos imunomediados que podem acometer múltiplos órgãos, incluindo pulmões. A pleurite associada ao uso de imunoterápicos é uma complicação rara, com poucos casos descritos e de difícil diagnóstico, podendo mimetizar progressão tumoral. **História da doença atual e progressa:** Mulher, 66 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão localmente avançado em 2022, identificado após infecção por COVID-19. À época, o caso foi considerado inoperável e a paciente foi submetida à quimiorradioterapia seguida de imunoterapia com pembrolizumabe. Evoluiu com resposta completa, evidenciada por PET-CT. Após cerca de 18 meses de tratamento, apresentou derrame pleural ipsilateral. Realizou pleuroscopia com biópsia de pleura, cujo anatomopatológico revelou inflamação inespecífica. Quatro meses depois, desenvolveu espessamento e derrame pleural contralateral à direita, novamente submetida à pleuroscopia, com o mesmo diagnóstico inflamatório. **Exame físico:** Posteriormente, apresentou dispneia progressiva, atualmente aos pequenos esforços e focos de consolidação pulmonar. Novo PET-CT mostrou espessamento pleural direito com captação difusa compatível com suspeita de linfangite carcinomatosa e carcinomatose pleural. Função pulmonar confirmou restrição extrapulmonar acentuada (CVF 30% previsto). A paciente também apresentou rash cutâneo nesse intervalo de tempo. **Exames complementares:** Foram realizadas biópsias pulmonares guiadas por tomografia computadorizada em 3 sítios distintos na pleura direita, ambas demonstrando apenas inflamação inespecífica. **Diagnóstico:** Frente à ausência de evidência histológica de recidiva tumoral, confirmou-se diagnóstico de pleurite induzida por pembrolizumabe. **Evolução:** Optou-se pela suspensão da imunoterapia e início de corticosteroide oral, com melhora clínica significativa nas semanas seguintes. **Discussão:** A pleurite induzida por imunoterápicos é evento adverso extremamente incomum, com potencial para simular recidiva neoplásica no PET-CT, especialmente em pacientes previamente tratados para câncer de pulmão. O diagnóstico é de exclusão, fundamentado na ausência de neoplasia nas biópsias, correlação temporal com o uso do imunoterápico e resposta favorável ao corticoide. A literatura descreve poucos relatos semelhantes, o que ressalta a importância de reconhecer essa entidade para evitar tratamentos desnecessários ou mudanças indevidas na estratégia terapêutica. A pleurite imunomediada associada ao pembrolizumabe, embora rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de derrames pleurais e infiltrados pulmonares em pacientes sob imunoterapia. O reconhecimento precoce e a instituição de corticosteroides podem levar à resolução completa do quadro, evitando morbidade desnecessária.

333 NEOPLASIA PULMONAR APÓS MÚLTIPLOS EPISÓDIOS DE TUBERCULOSE: RELATO DE CASO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR EM PACIENTE COM SEQUELAS PULMONARES

BATALHA COSTA, M D , LIMA BRAYNER, B , BARBOSA BORGES, V , JAMNIK, S

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

A tuberculose (TB) permanece como um importante problema de saúde pública global, afetando milhões de pessoas e frequentemente resultando em sequelas pulmonares estruturais. O câncer de pulmão, por sua vez, representa a principal causa de mortalidade por câncer em todo o mundo. Estudos sugerem uma possível associação entre TB e câncer pulmonar, especialmente devido ao processo de inflamação crônica, cicatrizes e alterações teciduais que podem predispor à carcinogênese. **História da doença atual e pregressa:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, natural de Minas Gerais, procedente de São Paulo/SP, casada, ex-doméstica, procurou atendimento com queixa de tosse há dois anos. A tosse variava entre seca e produtiva (com expectoração hialina), acompanhada de dispneia aos médios esforços. Relatava perda ponderal de 10 kg no período. Negava febre, sudorese noturna ou calafrios. Apresentava histórico de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, hipotireoidismo, dois infartos agudos do miocárdio (2014 e 2019), além de três episódios prévios de tuberculose pulmonar (1999, 2020 e 2023), todos tratados adequadamente. Era ex-tabagista, com carga tabagística de 47 anos/maço, abstinente há três anos. Medicções em uso: AAS 100 mg/dia, alopurinol 100 mg 12/12h, espironolactona 25 mg/dia, atorvastatina 20 mg/noite, atenolol 50 mg/dia, levotiroxina 75 mcg/dia. **Exame físico:** Paciente em bom estado geral, acianótica, anictérica, sem linfonodomegalias palpáveis, Glasgow 15, estabilidade hemodinâmica, SpO₂ 94% em ar ambiente. Ausculta pulmonar sem estertores. Membros inferiores sem alterações. **Exames complementares:** Imagem prévia (TC de 08/10/2021): nódulo irregular com área bolhosa central no lobo superior esquerdo. Nova TC (10/01/2024): lesão lobular de contornos irregulares e limites indefinidos, medindo 2,0 x 1,9 cm, no segmento anterior do lobo superior esquerdo. Foram realizadas três amostras de escarro para pesquisa de BAAR (abril/2024) e cultura para micobactérias, todas negativas. **Diagnóstico:** Foi indicada biópsia pulmonar transtorácica da lesão, cujo resultado histopatológico evidenciou carcinoma espinocelular invasivo. **Evolução:** A paciente foi encaminhada para avaliação conjunta com oncologia e cirurgia torácica para definição terapêutica. **Discussão:** DISCUSSÃO: A relação entre tuberculose pulmonar e o desenvolvimento de câncer de pulmão, especialmente carcinoma espinocelular, tem sido descrita na literatura. A inflamação crônica, formação de cicatrizes e alterações estruturais pós-infecciosas criam um microambiente propício à mutagênese. A multiplicidade dos episódios de TB, somada ao histórico de tabagismo, representa importante fator de risco cumulativo para neoplasia pulmonar. **CONCLUSÃO:** Este caso reforça a associação entre tuberculose pulmonar e câncer de pulmão, particularmente nos primeiros anos após o episódio infeccioso. Diante da possibilidade de transformação maligna em áreas de sequela pulmonar, a vigilância clínica e radiológica no seguimento ambulatorial de pacientes com história prévia de tuberculose deve ser considerada.

460 IMPACTO NA FUNÇÃO PULMONAR DE METASTASECTOMIAS PULMONARES SUCESSIVAS

ROBERTO, I M , BUZATTO, L B , MARQUES, I M B , LOPES, D V , BEDIN, D C C , SANTOS, L P , FARESIN, S M
UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: Apresentar o caso de um paciente submetido a sucessivas metastasectomias que evoluiu com perda funcional. Estudos sobre a evolução funcional após metastasectomia são em geral retrospectivos e incluem ressecções variadas, desde a ressecção isolada das metástases até lobectomia. De maneira geral a ressecção isolada das metástases não levaria a perda de função pulmonar. **História da doença atual e pregressa:** Masculino, 59 anos, construtor civil aposentado, portador de tumor de células gigantes em região distal do rádio direito com extensão para partes moles do punho desde 2010. Entre 2011 e 2014 foi submetido a lobectomia esquerda e mais três toracotomias totalizando retirada de 13 metástases pulmonares, algumas com até 6 cm no seu maior diâmetro. Apresentou remissão da doença por seis anos e no último controle tomográfico havia nova metástase em LSD. **Exame físico:** Encontrava-se em bom estado geral, eupneico, com expansibilidade torácica preservada e simétrica e sons respiratórios reduzidos difusamente, principalmente em bases, SpO₂ : 97% em ar ambiente. **Exames complementares:** Exames laboratoriais: sem alterações. Espirometria: 14/10/11 '1 CVF 3,90L; VEF1 2,99L; VEF1/CVF 0,75. 15/06/21 '1 CVF 3,88L (90%); VEF1 2,17L (64%); VEF1/CVF 0,56. TCAR tórax: Inicialmente com a presença da metástase em LID. Em último exame apresentava bolhas subpleurais e estrias atelectásicas. **Diagnóstico:** Múltiplas metástases pulmonares. **Evolução:** Manteve-se assintomático do ponto de vista respiratório, mas com distúrbio ventilatório obstrutivo sem resposta ao broncodilatador. Não tinha exposição ocupacional, nem carga tabagística (4 a/m) capazes de explicar essa evolução. Após múltiplas ressecções, perdeu 820 mL de VEF1 ou 27% em relação ao valor basal, sem alteração significativa na DCO. **Discussão:** As indicações clássicas de metastasectomia pulmonar incluem controle da doença primária — o tumor original deve estar ressecado ou inativo; ausência de metástases extrapulmonares ou controle completo das mesmas; possibilidade de ressecção completa de todas as lesões pulmonares; função pulmonar adequada para tolerar a cirurgia; intervalo livre de doença significativo, sugerindo um comportamento biológico favorável; ausência de alternativas terapêuticas sistêmicas mais eficazes e condições clínicas gerais que permitam abordagem cirúrgica segura. O paciente atendia a todos esses critérios. A queda do VEF1 em 27% do valor basal não foi acompanhada de alterações significativas na DCO, reforçando que as alterações ventilatórias podem não ser acompanhadas de alteração nas trocas gasosas. Visto que não há na literatura um consenso sobre como realizar a avaliação funcional pré-operatória neste procedimento devemos estar alertas para que em pacientes submetidos a sucessivas metastasectomias, além da realização de espirometria podem ser necessários exames mais complexos como a medida da DCO e o teste de exercício cardiopulmonar máximo para avaliar se o paciente apresenta efetivamente função pulmonar adequada que permita tolerar a cirurgia e manter qualidade de vida no pós-operatório tardio.

- 490 **METASTASE PULMONAR DE FEOCROMOCITOMA APÓS 19 ANOS DO DIAGNÓSTICO E ADRENALECTOMIA**
FERNANDES, N G , PAULA, T A , ALMEIDA, M A , SANTIAGO, M V P , RIBEIRO, R M R , LYRA, A C , MILINAVICIUS, R
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

Feocromocitomas são tumores raros e geralmente benignos da medula adrenal, mas podem evoluir com características malignas e até metastáticas. As metástases são ainda mais incomuns, podendo surgir muitos anos após o diagnóstico inicial. Este relato descreve um caso raro de múltiplas metástases pulmonares de feocromocitoma 19 anos após a cirurgia de ressecção do tumor primário. O objetivo é destacar a raridade da doença e a importância do conhecimento sobre o tema. **História da doença atual e progressão:** Homem, 71 anos, previamente hipertenso e diabético, foi encaminhado ao ambulatório de Pneumologia em abril de 2025 devido a síndrome consumptiva e epigastralgia desde 2023, e há 06 meses com tosse e dispnéia. Relatou diagnóstico de feocromocitoma em 2006, considerado benigno na ocasião, e tratado com adrenalectomia esquerda. Atualmente sem seguimento com endocrinologia. Negou tabagismo, histórico de doenças pulmonares ou exposição ambiental. **Exame físico:** IMC 21 kg/m², ausculta respiratória sem ruídos adventícios, eupneico em ar ambiente, SpO₂: 94%. **Exames complementares:** Incontáveis nódulos no parênquima pulmonar bilateral e linfonodomegalia retrocural à direita. **Diagnóstico:** O resultado da biópsia pulmonar é compatível com feocromocitoma. **Evolução:** Paciente foi admitido para biópsia pulmonar transparietal guiada por imagem em 08/05/2025, porém evoluiu com hemotórax com necessidade de suplementação de oxigênio e drenagem torácica. Ainda, durante a internação, apresentou picos pressóricos, hiperglicemias, hipercalcemia da malignidade, melhora após ajuste de antihipertensivos, antidiabéticos e resolução da hipercalcemia após hidratação e uso de ácido zoledrônico. Após retirada do dreno de tórax e desmame de oxigenoterapia, permaneceu internado aos cuidados da endocrinologia em investigação complementar, com alta hospitalar em 24/05/2025. **Discussão:** Feocromocitomas são tumores raros secretores de catecolaminas originários do tecido cromafin localizado na medula adrenal. O diagnóstico se baseia na detecção da secreção excessiva das catecolaminas associada à presença do tumor em exames de imagem. Comumente são benignos porém podem se apresentar como malignos e destes 10% são metastáticos. A diferenciação entre benigno e maligno é desafiadora. Mutações genéticas estão relacionadas com a maior probabilidade de desenvolver doença metastática, sendo que esta pode ocorrer anos após a ressecção cirúrgica primária. Com isso, o acompanhamento a longo prazo se faz necessário. Os locais mais comuns de metástase são linfonodos, fígado, ossos e pulmões. O tratamento das lesões secundárias é baseado na ressecção cirúrgica quando possível. **Conclusão:** O acompanhamento contínuo dos pacientes com feocromocitoma é necessário pela possibilidade de metástase a longo prazo. Nestes pacientes, acomeço secundário faz parte do diagnóstico diferencial na investigação de nódulos pulmonares.

- 391 **METÁSTASES PULMONARES MÚLTIPLAS: DESVENDANDO UMA APRESENTAÇÃO RARA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA**
FIGUEIREDO, S O , NETO, J J S , HOLANDA, T S R , NETO, R F C , MESQUITA, C E B , ALMEIDA, M L D , SILVA, M C
Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe - Aracaju - Sergipe - Brasil

O câncer de próstata é a neoplasia sólida mais prevalente em homens e apresenta elevado potencial metastático, sendo ossos e linfonodos os sítios mais acometidos. A presença de metástases pulmonares é descrita, mas constitui manifestação menos frequente, especialmente quando se apresenta como achado inicial em forma de múltiplos nódulos. O relato é relevante por ilustrar uma apresentação atípica e reforçar a importância de considerar neoplasias extrapulmonares no diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares múltiplos, particularmente em pacientes idosos. **História da doença atual e progressão:** Paciente masculino, 75 anos, agricultor, ex-etilista, diabético insulino dependente e obeso, sem história de tabagismo ou de tuberculose. Relata tosse seca crônica há aproximadamente dois anos, associada, nos últimos seis meses, a febre intermitente e perda ponderal de cerca de 5 kg, com posterior recuperação parcial do peso. Foi internado para investigação de múltiplos nódulos pulmonares detectados em tomografia de tórax. **Exame físico:** Paciente em bom estado geral, estável hemodinamicamente, com ausculta cardíaca e respiratória sem alterações evidentes. Abdome globoso e flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Ausência de edemas ou empastamentos em membros inferiores. **Exames complementares:** Tomografia de tórax evidenciou ao menos sete nódulos pulmonares randômicos, até 4,2 cm, associados a bronquiectasias difusas, sem linfonodomegalias. Broncoscopia com compressão brônquica extrínseca e biópsia transbrônquica inconclusiva. PSA elevado (53,5 ng/mL). Ressonância de próstata com lesão PI-RADS 5 e provável invasão de vesículas seminais. Anatomopatológico de biópsia pulmonar revelou neoplasia de padrão cribiforme, sugestiva de metástase de adenocarcinoma de próstata, confirmada pela imuno-histoquímica. **Diagnóstico:** Adenocarcinoma de próstata com metástases pulmonares. **Evolução:** Durante a internação manteve-se estável, sem queixas após realização de exames e procedimento diagnósticos. Após a definição diagnóstica, o caso foi discutido em equipe multiprofissional, com encaminhamento para Oncologia e Urologia para o seguimento propedêutico. **Discussão:** As metástases pulmonares decorrentes de adenocarcinoma de próstata são incomuns, geralmente associadas a doença avançada e concomitantes a outros sítios, sobretudo ósseos. Vohra et al. (2022) relatam que manifestações pulmonares iniciais ocorrem em apenas 2% dos casos, reforçando a raridade desta apresentação. No caso descrito, a suspeita surgiu pela associação entre achados clínicos, PSA elevado e tomografia com múltiplos nódulos randômicos bilaterais. A confirmação foi obtida por biópsia pulmonar, cujo anatomopatológico e imuno-histoquímica mostraram positividade para marcadores prostáticos, afastando neoplasia primária pulmonar. Esse cenário ilustra a importância da investigação histológica e da atuação multidisciplinar, envolvendo pneumologia, oncologia e urologia, para diagnóstico preciso e definição terapêutica adequada.

505 CÂNCER DE PULMÃO MÚLTIPLO SÍNCRONO: RELATO DE CASO

AGUIAR, I T , CRUZ, C T , REIS, T A, CATANEO, D C , RUIZ JÚNIOR, R L , CATANEO, A J M , HASIMOTO, E N
UNESP/FMB - Botucatu - São Paulo - Brasil

O câncer pulmonar múltiplo síncrono é uma condição rara e de difícil distinção das metástases intrapulmonares, o que torna seu relato clínico relevante. Essa diferenciação é essencial para o estadiamento, definição terapêutica e prognóstico. Apesar de sua importância, há escassez de publicações, sobretudo no cenário nacional. **História da doença atual e pregressa:** Mulher 75 anos, procedente da Paraíba, de onde veio após iniciar quando de perda de peso e dor torácica à direita importante há 6 meses da primeira avaliação. Hipertensa e tabagista abstinente há 5 meses, previamente fumava 10 cigarros por dia, desde os 15 anos de idade. Em primeira avaliação, queixa principal de dor torácica em dorso e ombro direito, com piora progressiva, sem fatores de melhora. Foi tratada como bursite por dois anos, até a realização da tomografia de tórax. **Exame físico:** Paciente emagrecida, com dor a palpação em região dorsal a direita, sem alterações de ausculta. **Exames complementares:** Em TC de tórax, lesão expansiva de partes moles, na região posterior no ápice do HTD com componente expansivo justapleural que determina impressão sobre o parênquima pulmonar adjacente, obliterando a musculatura adjacente e cursando com lesões osteolíticas no corpo vertebral de T2 e T3, medindo de 6,7 x 6,1 cm; nódulo pulmonar sólido, espiculado, no lobo inferior esquerdo, medindo 1,4x1,0 cm **Diagnóstico:** Paciente submetida a biopsia transbrônquica de nódulo periférico. Por localização periférica e baixa possibilidade diagnóstica, optado por realizar biopsia percutânea de lesão à direita, enquanto aguardava resultado de nódulo à esquerda. AP nódulo esquerdo: carcinoma de células escamosas (positivo para p63 e p40 e negativo para TTF-1). AP lesão à direita: adenocarcinoma pulmonar (positivo para TTF-1 e CK7 e negativo para p63). Solicitada revisão de lâminas devido raridade do caso, que confirmou neoplasia pulmonar de dois sítios primários. **Evolução:** Paciente encaminhada para a oncologia para tratamento, uma vez que o adenocarcinoma já invadia estruturas adjacentes e não havia indicação cirúrgica. Paciente realizando quimioterapia, **Discussão:** O câncer de pulmão múltiplo síncrono é considerado uma condição rara, mas que está mais frequente nos últimos anos, principalmente por conta do rastreio de neoplasia pulmonar com tomografia. A literatura é escassa sobre o tema e os principais estudos falam sobre múltiplos adenocarcinomas, para avaliação de múltiplos tumores primários e diferenciação de metástase. Quanto ao tratamento não existe um protocolo específico, mas recomendação mais forte é de que, quando indicado, a ressecção das lesões deve ser realizada e é considerada padrão-ouro.

541 RESSECÇÃO DE EXTENSO SARCOMA PLEOMÓRFICO DE PAREDE TORÁCICA COM RECONSTRUÇÃO MUSCULAR COMPLEXA

DE TOLEDO CRUZ, C , MOREIRA GARCIA XIMENES, A , TEIXEIRA DE AGUIAR, I , MESQUITA DO VALE, T , SPAGNUOLO BRUNELLO, L F , CAMARGO MENDES, T , NISHIDA HASIMOTO, E
UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil

Caso de tumor raro de parede torácica em que foi empregada abordagem conjunta da cirurgia torácica com a cirurgia plástica para ressecção e reconstrução da parede.

História da doença atual e pregressa: Homem de 58 anos, procurou o serviço de saúde na cidade de origem apresentando lesão expansiva em dorso esquerdo, de crescimento progressivo há 2 anos. Antecedentes pessoais: hipertenso, diabético e relato de ressecção de lesão nodular em mesmo local onde apresenta a lesão, que na época não foi avaliada pelo patologista e recidivou em pouco tempo. Foi encaminhado para avaliação da Cirurgia Torácica. A core biopsy foi compatível com sarcoma indiferenciado pleomórfico. Após três ciclos de quimioterapia neoadjuvante, manteve lesão volumosa, sem metástases à distância. Foi realizado implante de expansores teciduais e após 2 meses submetido à ressecção oncológica ampla da lesão (margens de 2 cm), com ressecção da pele, tecido celular subcutâneo, parte dos músculos trapézio, grande dorsal, serrátil posterior e paraespinhais de T7 a T11, com retirada da peça em bloco, totalizando uma ressecção de 24 cm de extensão. A reconstrução imediata foi realizada pela cirurgia plástica, utilizando retalho de supraespinhal direito para cobertura da coluna, retalho de grande dorsal esquerdo para preenchimento de espaço morto e retalhos fasciocutâneos de avanço, complementados por curativo a vácuo no defeito remanescente. **Exame físico:** Lesão volumosa em parede torácica posterior, de aproximadamente 10,0 cm de diâmetro, de consistência endurecida. **Exames complementares:** A TC de tórax evidenciou uma extensa massa de aproximadamente 10 cm, acometendo os tecido celular subcutâneo e planos musculares, sem invasão óssea da região posterior da parede torácica esquerda. **Diagnóstico:** Tumor de Parede Torácica (Sarcoma Indiferenciado Pleomórfico) **Evolução:** O pós-operatório inicial transcorreu sem intercorrências, com boa perfusão dos retalhos e estabilidade clínica. Atualmente o paciente encontra-se 13º dia de pós operatório, em seguimento ambulatorial. **Discussão:** O sarcoma indiferenciado pleomórfico (SIP) é um subtipo raro de sarcoma de partes moles, responsável por menos de 5% desses tumores e pouco frequente na parede torácica. Quando não abordado de forma adequada, apresenta risco elevado de recidiva local, como observado no caso. A cirurgia com margens amplas, entre 1,5 e 4 cm, é o fator prognóstico mais relevante, porém na parede torácica isto nem sempre é possível devido a necessidade de preservação funcional. A quimioterapia neoadjuvante tem eficácia variável, mas pode auxiliar no controle micrometastático e foi empregada neste caso como parte da estratégia multimodal. Os retalhos musculares e fasciocutâneos imediatos visam garantir cobertura adequada, e também reduzem complicações como deiscência e infecção. Em pacientes com tumores volumosos da parede torácica, a abordagem multidisciplinar deve ser sempre considerada devido a sua complexidade principalmente com relação à reconstrução.

500 **SEQUESTRO PULMONAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PACIENTE COM INFECÇÕES DE REPETIÇÃO**
MIRANDA, T D , FREIRE, V C C , PRADO, F D O , VIEIRA, T M
UNIVAS - Pouso Alegre - Mg - Minas Gerais - Brasil

As malformações pulmonares congênitas constituem um grupo heterogêneo de anomalias do desenvolvimento embrionário do sistema respiratório, frequentemente identificadas na infância, mas que também podem permanecer assintomáticas até a vida adulta. Dentre as anomalias, o sequestro pulmonar é raro e representa entre 0,15% e 6,45% das malformações pulmonares congênitas e é definido como um segmento de tecido pulmonar não funcional, que não possui comunicação com a árvore brônquica normal e recebe suprimento sanguíneo de artérias sistêmicas anômalas, geralmente ramificações da aorta torácica ou abdominal. No presente relato, descrevemos um caso de sequestro pulmonar diagnosticado em uma mulher, destacando os achados clínicos, radiológicos e a conduta terapêutica adotada, demonstrando a importância desse diagnóstico diferencial em pacientes que se queixam de infecções de repetição. **História da doença atual e progressa:** Paciente do sexo feminino, 44 anos, sem comorbidades conhecidas, sem história de tabagismo ou história de neoplasia na família, relatava sintomas respiratórios crônicos, de início há 4 anos, como tosse seca, rouquidão, dispneia aos esforços (grau 3 da escala MRC), episódios frequentes de Infecção da via aérea, com múltiplo uso de antibióticos nos últimos meses. Foi encaminhada ao pneumologista já que durante a investigação, foi realizada imagem de tórax com achado de massa pulmonar em lobo inferior esquerdo. **Exame físico:** Ausculta pulmonar diminuída em base E com saturação sempre em torno de 95% **Exames complementares:** Espirometria e ecocardiograma normal. Tomografia de Tórax : Massa localizada no segmento anteromedial do lobo inferior esquerdo, media aproximadamente 4,1 x 3,0 cm e apresentava características sugestivas de atelectasia redonda. Observado imagem sugestiva de comunicação entre aorta e lobo inferior Esquerdo, confirmado por angiotomografia de aorta torácica e abdominal. **Diagnóstico:** Sequestro Pulmonar intralobar. **Evolução:** Paciente operada em 07/2024 com ótima evolução no pós operatório. Alta em 10 dias e sem complicações no pós operatório. No seguimento ambulatorial não teve mais infecções até a última avaliação em fevereiro de 2025. **Discussão:** O sequestro pulmonar é uma malformação congênita rara, definida pela presença de tecido pulmonar não funcional, irrigado por vasos sistêmicos e sem comunicação com a árvore traqueobrônquica. Essa condição pode mimetizar processos infecciosos ou neoplásicos, sendo frequentemente diagnosticada de forma incidental em exames de imagem. O caso descrito evidencia a importância de considerar o sequestro pulmonar intralobar no diagnóstico diferencial de massas pulmonares, sobretudo em pacientes com sintomas respiratórios crônicos recorrentes. A TC com contraste é o método de escolha para identificação da vascularização anômala, permitindo a diferenciação em relação a doenças infecciosas. A ressecção cirúrgica permanece o tratamento padrão, mesmo em pacientes assintomáticos, por reduzir risco de complicações como infecções de repetição, hemoptise e raros casos de malignização.

419 **AMILOIDOSE PULMONAR NA FORMA NODULAR EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS**
TENCONI, L A D , MENEZES, D V , NETO, E E , LOPES, D V , DE SOUZA, B V P , FARESIN, S M
UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Amiloidose pulmonar é uma condição rara, podendo apresentar-se como nódulos pulmonares mimetizando processos neoplásicos, cujo diagnóstico evita tratamentos desnecessários e permite avaliar complicações sistêmicas associadas. Este caso ilustra a importância da investigação histopatológica em nódulos suspeitos e o trabalho multidisciplinar para tomada de decisões e acompanhamento longitudinal. **História da doença atual e progressa:** Masculino, 77 anos, ex tabagista há 15 anos (40 anos fumo de corda), sem comorbidades, realizou em 2023 TC de tórax para investigação de rouquidão. Exame evidenciou nódulo subpleural de 1,4/ x/ 1,4/ cm em lobo superior esquerdo. Durante a investigação foi submetido a nefrectomia total direita por massa renal (6/ cm), com diagnóstico de carcinoma renal de células claras. Nova TC de tórax em 2024 evidenciou crescimento do nódulo para 1,8/ x/ 1,7/ cm. Encaminhado para avaliação pré-operatória com proposta de lobectomia superior esquerda. **Exame físico:** Sem alterações ao exame clínico, sinais vitais estáveis, SpO2 97% em ar ambiente. **Exames complementares:** Laboratoriais 07/24: Hb 13; Ht 38,4; Leucócitos 8100; Plaquetas 353 mil; Creatinina 0,87; Ureia 30; Potássio 4,8; Sódio 139; TGO 15; TGP 13 Espirometria 09/24: CVF 4,51-117% / VEF1 3,60-126% / VEF1/CVF 0,80; Pós bd CVF 4,38-114% / VEF1 3,58-126% / VEF1/CVF 0,82 / DLCO 24,77-77% TC tórax 03/23: Nódulo com densidade partes moles no segmento I + II esquerdo, subpleural, com 14x14mm. TC tórax 11/24: Nódulo sólido justapleural com 18x17 mm no segmento apicoposterior do LSE. **Diagnóstico:** Nódulo pulmonar solitário suspeito para neoplasia maligna. **Evolução:** Avaliação pré operatória para lobectomia superior esquerda: Índice cardíaco torácico revisado 0 pontos, VEF1 ppo = 92% prev; DLCO ppo = 56% prev; percorreu no Shuttle Test 130% do previsto com queda de 6% na SpO2. Devido resultados da DLCO e dessaturação ao esforço, havia indicação de teste de exercício cardiopulmonar (TECP), que não pôde ser realizado por indisponibilidade do equipamento. Em discussão multidisciplinar foi indicada abordagem menos invasiva pela alta probabilidade da lesão ser secundária à neoplasia renal, o que não requereria novos exames funcionais. Ressecado apenas o nódulo e anatomopatológico revelou depósito de substância amiloide confirmado por coloração com vermelho Congo. Paciente evoluiu bem no PO com alta hospitalar sem intercorrências. Foi encaminhado à cardiologia e à hematologia para avaliar alterações sistêmicas associadas à amiloidose. **Discussão:** Alterações do sistema respiratório são infrequentes na amiloidose e podem se manifestar com lesões parenquimatosas, cistos, lesões traqueobrônquicas, acometimento de pleura e, mais frequentemente, nódulos. Apesar de ser o mais frequente, apenas 1% dos nódulos pulmonares são decorrentes dessa condição, o que justifica a necessidade de biópsia para diagnóstico definitivo. A amiloidose alberga maior risco de complicações cardíacas e neoplasias renais e hematológicas. Com isso, o diagnóstico é essencial para acompanhamento longitudinal multidisciplinar adequado.

349 RESSECABILIDADE E OPERABILIDADE ESTÃO SEMPRE NA MESMA DIREÇÃO?

MARQUES, I M B , ROBERTO, I M , LOPES, D V , CHIAVEGATO, L D , PINHEIRO, L , FARESIN, S M , BEDIN, D C C
Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

O câncer de pulmão é uma das principais causas de mortalidade por neoplasias e a indicação cirúrgica exige análise criteriosa da ressecabilidade tumoral e da operabilidade do paciente, especialmente na presença de comorbidades. O presente caso demonstra a disparidade que pode ocorrer entre esses dois tópicos fundamentais da avaliação pré-operatória. **História da doença atual e progressa:** 55 anos, natural da Bahia, tabagista ativa (42 anos/maço), ex-etilista. Portadora de DPOC, com perda de 11 kg em 18 meses, dispneia (mMRC 2) e com nódulo pulmonar em lobo superior direito. A impossibilidade de obter diagnóstico devido à localização do tumor determinou a avaliação pré-operatória para lobectomia superior direita após biópsia de congelação. **Exame físico:** Regular estado geral, emagrecida; SpO₂ 95%, som respiratório diminuído globalmente. **Exames complementares:** Laboratório: Hb 14,9 Pla_q 320mil; U 12 C 0,86; pH 7,4 PaCO₂ 36,3 PaO₂ 78,9 Bic 23,2 SatO₂ 95,6%. TCAR de tórax: Nódulo de 1,5 x 1,3cm de contornos espiculados no LSD. Enfisema centrolobular e septal, predominando em lobos superiores. Ateromatose aórtica e coronariana. Índice cardíaco torácico revisado: 1,5 pontos. Espirometria: VEF1/CVF 0,4; VEF1 1,2/47% > pós bd 1,62/63%; CVF 2,97/94% > pós 2,96/93% VEF1 ppo 53%. TECP máximo: VO₂máx 17,3 mL/Kg/min; VE/VC02 35; Capacidade aeróbica levemente reduzida; Sinais sugestivos de limitação cardiocirculatória. Ecocardiograma estresse: Positivo para isquemia. Cateterismo cardíaco: Estenose 30% terço médio ADA e 70% terço proximal de AD. Submetida a angioplastia. **Diagnóstico:** Paciente com síndrome consumptiva, tabagista ativa, com lesão pulmonar altamente sugestiva de câncer e doença coronariana isquêmica tratada com angioplastia. Do ponto de vista da ressecabilidade, se confirmada doença oncológica, seria estadio I, conferindo grande chance de cura. Entretanto, permaneceu com risco elevado para complicações no primeiro mês após cirurgia e risco intermediário-alto para complicações tardias. **Evolução:** Iniciados umeclidínio/vilanterol 62,5/25mcg/dia e budesonida 400mcg 12/12 h, reabilitação pulmonar e reforçada cessação tabagística. Um ano depois realizou lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastinal. No pós-operatório apresentou insuficiência respiratória, necessidade de reintubação, pneumonia necrosante e fibrilação atrial, com óbito após 80 dias da cirurgia. Imunohistoquímica evidenciou adenocarcinoma invasivo de padrão sólido primário de pulmão. **Discussão:** A conduta terapêutica no câncer de pulmão depende da avaliação da ressecabilidade do tumor, que considera a viabilidade anatômica da cirurgia e tratamento curativo do paciente; em face da operabilidade do paciente, analisando sua condição clínica, comorbidades e capacidade funcional para tolerar o procedimento cirúrgico, com base em parâmetros como VEF1ppo, DLCOppo, VO₂máx e VE/VC02. A avaliação pode indicar candidatos perfeitos para ressecabilidade, mas com limitações quanto à operabilidade. Nestas situações, o paciente deve estar ciente dos riscos e participar da decisão final do seu tratamento.

301 É POSSÍVEL CONFIAR NOS VALORES DO VOLUME EXPIRATÓRIO FORÇADO NO PRIMEIRO SEGUNDO E DA CAPACIDADE DE DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO PREVISTOS PARA O PÓS-OPERATÓRIO DE UMA LOBECTOMIA?

SILVA, G S , WESTPHAL, L , LIMA, F S , TEIXEIRA JÚNIOR, C A C , EVANGELISTA NETO, E , FARESIN, S M , BEDIN, D C C

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Valores de VEF1 e DLCO estimados para o pós-operatório (ppo) fazem parte dos critérios de operabilidade em ressecção anatômica de doenças oncológicas pulmonares. Valores acima de 60% do previsto indicam baixo risco de complicações cardiopulmonares precoces e tardias. Este caso compara valores do VEF1ppo e do DLCOppo com os medidos no 30° pós-operatório (PO) de uma lobectomia. **História da doença atual e progressa:** Mulher, 55 anos, ex-tabagista há 12 anos (6 anos/maço), submetida em 2021 à cirurgia oncológica extensa após diagnóstico de Leiomiossarcoma uterino. Foi observada em 2024 massa pulmonar em Lobo Superior Direito (LSD) e nódulos em Lobo Inferior Esquerdo (LIE). Indicado tratamento cirúrgico em dois tempos, sendo inicialmente proposta lobectomia superior direita seguida pela inferior esquerda 30 dias após. No primeiro procedimento, o VEF1ppo e o DLCOppo foram respectivamente 75% e 64% do previsto. Retorna um mês depois para avaliação de ressecção do LIE. **Exame físico:** f 18ipm; SpO₂ 95%; cicatriz em hemitórax direito; macicez à percussão, broncofonia e som pulmonar reduzidos em base esquerda. Teste do degrau (3min) com dessaturação (95%-90%). **Exames complementares:** Tomografia de tórax pós ressecção do LSD: massa em LSE com 5,9cm. Espirometria: VEF1/CVF 0,86; VEF1 1,27 (61%) - pós BD 1,35 (65%); CVF 1,49 (57%) - pós BD 1,56 (60%); DLCO 44%; VEF1ppo 44%; DLCOppo 30%. **Diagnóstico:** Os parâmetros de operabilidade para lobectomia superior esquerda (VEF1ppo 44%; DLCOppo 30%) e a dessaturação no teste do degrau indicam a necessidade de exames mais complexos. Entretanto, os valores basais obtidos nesta avaliação estão abaixo do esperado. Mesmo com a realização de testes mais complexos, a avaliação do risco ficaria prejudicada por ser tão precoce. **Evolução:** Paciente submetida a procedimento cirúrgico limitado à lesão nodular, poupando o máximo de parênquima possível. O PO foi realizado em unidade de terapia intensiva pelo risco pulmonar imediato elevado. Evoluiu com Insuficiência Respiratória Aguda hipoxêmica e pneumonias que dificultaram o desmame ventilatório e culminaram com traqueostomia. Submetida à decanulação em PO tardio no ambulatório. **Discussão:** VEF1ppo e DLCOppo são calculados com base no número de segmentos pulmonares a serem ressecados e os valores obtidos são tão acurados quanto o do scanner de perfusão. A acurácia de um teste refere-se à sua capacidade de fornecer resultados corretos. Entretanto, esta afirmação é verdadeira quando não há alterações estruturais parenquimatosas que levem à heterogeneidade na ventilação/perfusão dos segmentos. Além disso, ajustes fisiológicos podem levar até 6 meses pós-procedimento, ocasião em que os valores obtidos não sofrerão mais mudanças. Alterações fisiopatológicas inerentes à toracotomia aberta reduzem volumes e capacidades pulmonares em até 50% no PO imediato, devido ao reflexo inibitório do nervo frênico com paresia diafragmática, ou seja, haverá inicialmente uma queda maior do que a estimada para o PO tardio. Portanto, neste caso os valores obtidos na segunda avaliação não podem ser comparados aos estimados.

362 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CIANOSE EM PACIENTE COM MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO: RELATO DE CASO.

OLIVEIRA, I M , KALIL, M E , CARRIEL, F A , RODRIGUES, S R , MARTINS, L F L , SCHEIBELER, V , PUGLIESI, T B
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba - São Paulo - Brasil

A cianose é um sinal clínico frequentemente alarmante, caracterizado pela coloração azulada da pele e mucosas decorrente principalmente da elevação da hemoglobina desoxigenada. Embora comumente associada a hipoxemia aguda, pode resultar de condições crônicas que se sobrepõem. Este relato ilustra a complexidade diagnóstica e o impacto clínico da interação de múltiplos fatores em uma paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), obesidade e tabagismo prolongado. **História da doença atual e pregressa:** Paciente feminina, 61 anos, aposentada (ex-cozinheira e trabalhadora de fábrica de alumínio), encaminhada por dispneia progressiva há 01 ano agravada nos últimos quatro dias, associada a cianose de extremidades e confusão mental. Carga tabagística 40 anos/maço, hipertensão, diabética e obesa. **Exame físico:** Na avaliação apresentava: cianose evidente (lábios e extremidades), STOP-BANG 7 (circunferência pescoço 42cm e IMC 38,2), ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. **Exames complementares:** Gasometria arterial com hipercapnia (PCO₂ inicial 86) e hipoxemia, hemograma com hemoglobina (Hb) de 17,1g/dL e hematócrito (Ht) de 58,1g/dL. Tomografia de tórax demonstrou cardiomegalia, ectasia da artéria pulmonar e derrame laminar com espessamento pleural bilateral, não podendo descartar tromboembolismo pulmonar. A espirometria revelou distúrbio ventilatório combinado moderado. E por último a polissonografia revelou apneia-hipopneia grave (34,9/hora e no sono REM 26,8/h). **Diagnóstico:** A hipoventilação alveolar associada à obesidade e a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) coexistem frequentemente, promovendo retenção crônica de CO₂ e episódios recorrentes de dessaturação noturna, contribuindo para hipoxemia persistente. O tabagismo prolongado eleva a carboxi-hemoglobina, agravando a hipóxia tecidual e induzindo resposta eritrocitária compensatória. A associação de DPOC e SAOS aumenta o risco de insuficiência respiratória crônica e hipertensão pulmonar. A Poliglobulia frequentemente se associa a pacientes com DPOC, e a síndrome de hipoventilação também esta associada a obesos com SAOS, corroborando os achados laboratoriais e clínicos apresentados. O manejo deve incluir cessação do tabagismo, ventilação não invasiva (BIPAP), controle de comorbidades metabólicas e reabilitação pulmonar. O seguimento com ecocardiograma auxiliará na estratificação do risco cardiovascular e identificação de hipertensão pulmonar. **Evolução:** A paciente cessou tabagismo durante a internação, BIPAP foi solicitado juntamente com fisioterapia respiratória, e iniciado terapia inalatória com LABA + LAMA. Evoluindo em 02 meses com melhora da hipercapnia (pCO₂ 32), da poliglobulia (Hb 17g/dL e Ht 55g/dL) e da cianose. Ainda aguardando fornecimento de BIPAP. **Discussão:** A cianose crônica é frequentemente multifatorial, especialmente em pacientes com sobreposição de distúrbios respiratórios, obesidade e tabagismo. Reconhecimento precoce e abordagem integrada previnem crises e reduzem morbimortalidade. Este caso destaca a importância de investigação ampla e intervenção multidisciplinar.

distúrbios respiratórios do sono (relato de caso)

326 COMPRESSÃO BRÔNQUICA NO PACIENTE COM CIFOESCOLIOSE GRAVE COMO CAUSA DE DISPNEIA RESIDUAL APÓS TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO COM PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AERIAS: RELATO DE CASO

WESTPHAL, L , LUNA-MELLO L. I., STANZANI, F , SILVA, G S , PAULA, A A , LIMA, F S , RIZZATTI, FPG
UNIFESP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil

A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma patologia comum associada a sintomas como sonolência diurna, roncos e apneias. Contudo, em alguns casos, o tratamento com CPAP pode ser insuficiente para a resolução completa dos sintomas, especialmente quando existem condições associadas, como a cifoescoliose, que pode causar compressão brônquica e comprometer a ventilação pulmonar. Este caso clínico mostra a importância do diagnóstico de compressão brônquica como complicador na cifoescoliose como causa de dispneia residual em paciente com AOS em vigência do uso adequado do uso do CPAP. **História da doença atual e pregressa:** Paciente do sexo feminino, 60 anos, com histórico de dispneia aos esforços, iniciada há 4 anos, impactando suas atividades diárias (mMRC 3). Relatava também sonolência diurna, roncos e episódios de apneia, com escore de sonolência de Epworth de 23 pontos e Stop Bang de 6 pontos. O diagnóstico de AOS grave foi confirmado por polissonografia tipo 1, que mostrou um índice de apneia-hipopneia (IAH) de 70,4/hr. Foi iniciado tratamento com CPAP, mas a paciente continuou com dispneia aos esforços (mMRC 2) e sonolência diurna, apesar da adesão às medidas de higiene do sono. Durante o acompanhamento, a paciente foi submetida a tomografia de tórax, que evidenciou compressão importante do brônquio principal direito, sem alteração de parênquima pulmonar. Ecocardiograma transtorácico e cateterismo cardíaco sem alterações que justificasse manifestações clínicas. **Exame físico:** Cifoescoliose Torácica IMC: 37.8 ; Circunferência cervical de 38 cm. Sons pulmonares preservados **Exames complementares:** Polissonografia (Split-Night) Índice de apneia e hipopneia acentuadamente elevado (70,4/h), Pressão de tratamento de 12cmH₂O. Gasometria Arterial após início de CPAP: pH 7,31; pCO₂ 49,5; pO₂ 46,8; SatO₂ 80,7%; HCO₃ 24,6 TCAR Tórax: Presença de compressão brônquio fonte direito. **Diagnóstico:** Cifoescoliose Torácica Apneia Obstrutiva do sono Acentuada Hipoventilação do sono. **Evolução:** A dor lombar, tratada com Gabapentina ajudou no uso adequado do CPAP. Apresentou melhora da sonolência diurna, dispneia aos moderados esforços, além de redução episódios de roncos e apneias. **Discussão:** A AOS grave foi tratada adequadamente com CPAP, mas a compressão brônquica identificada na tomografia de tórax foi um fator determinante na dispneia residual, que persistiu apesar do tratamento. A cifoescoliose pode causar deformidades torácicas que agravam a compressão das vias aéreas, comprometendo a ventilação e resultando em sintomas persistentes, como a dispneia aos esforços. Além disso, a dor lombar, tratada com Gabapentina, impedia o uso adequado do CPAP, interferindo na eficácia do tratamento. O manejo da dor foi essencial para melhorar a adesão ao CPAP, mas a compressão brônquica permaneceu um obstáculo importante. A espirometria mostrou distúrbio ventilatório obstrutivo, agravadas pela obesidade e pela cifoescoliose. A compressão do brônquio direito foi achado crucial que contribuiu significativamente para a persistência da dispneia e limitações nas atividades diárias.

470 ASSOCIAÇÃO ENTRE A APNEIA DO SONO, DOENÇA RENAL CRÔNICA E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

ROBERTO, I M , MARQUES, I M B , MARQUES, J M , SOUZA, B V P , RIZZATTI, F P G

Instituições: UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Ressaltar a importância da triagem e tratamento da AOS em pacientes com comorbidades cardiorrenais com impacto positivo na progressão das doenças de base. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 83 anos, ex- tabagista, hipertenso, portador de doença renal crônica estágio IV, insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, fibrilação atrial e hipotireoidismo. Refere quadro de roncos noturnos e pausas respiratórias durante o sono observadas pela esposa, além de noctúria (aproximadamente três episódios por noite) e despertares frequentes, presentes há mais de quatro anos. Queixa-se também de sono não reparador, fadiga persistente e sonolência excessiva diurna. Em sua avaliação, apresentou escore STOP BANG de 8 pontos e escala de sonolência de Epworth com 15 pontos. **Exame físico:** Ao exame físico, destacam-se obesidade grau II (IMC de 35,9 kg/m²) e circunferência cervical aumentada (44 cm). A oroscopia revelou Mallampati classe IV e amígdalas grau 2, indicando via aérea potencialmente estreita. Paciente eupneico em ar ambiente, com saturação periférica de oxigênio de 94%. Ausculta cardíaca revelou ritmo irregular, sem sopros. Ausência de turgência jugular, ruídos adventícios pulmonares ou sinais de congestão periférica. **Exames complementares:** A polissonografia evidenciou sono fragmentado, com tempo acordado após o sono elevado (186 min) e baixa eficiência do sono (59%). O índice de despertares foi de 66/h (normal até 10/h). Foram registrados 434 eventos respiratórios, com IAH de 92,3/h – predominando apneias obstrutivas (79,4/h) e presença de eventos centrais (13/h) com padrão tipo Cheyne-Stokes. A SpO₂ permaneceu < 90% por 29,6% do tempo, com dessaturação mínima de 72%. Houve desorganização da arquitetura do sono, com predomínio de N1 (32,4%) e redução do sono de ondas lentas e do sono REM. **Diagnóstico:** Apneia do sono grave com eventos obstrutivos e centrais. **Evolução:** Prescrito CPAP com pressão empírica de 10cmH₂O com máscara nasal, orientado higiene do sono e otimização do tratamento da insuficiência cardíaca e da DRC pelas equipes assistentes. Após 2 meses do início do uso do CPAP, houve melhora total dos sintomas de sonolência diurna e roncos, além de maior disposição para atividades básicas e resolução da noctúria. Na última leitura do CPAP, a utilização média era de 06h 48min/noite com fugas de 39,5% e IAH 1,9. **Discussão:** Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e doença renal crônica (DRC) apresentam maior predisposição ao desenvolvimento de apneia do sono, a qual pode manifestar-se como apneia obstrutiva, central ou de padrão misto, geralmente com predomínio de um dos fenótipos. A presença de tais comorbidades está associada a hipoxemia intermitente, fragmentação do sono e ativação neuro-hormonal, especialmente da atividade simpática, mecanismos que contribuem para a progressão da disfunção cardiovascular e renal, incremento do risco de arritmias e aumento da mortalidade. O manejo deve contemplar, de forma prioritária, a otimização do tratamento das doenças de base, sendo a abordagem da apneia necessariamente individualizada.

488 SÍNDROME DE PRADER-WILLI E DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO: RELATO DE CASO DE UMA MULHER ADULTA COM DIAGNÓSTICO GENÉTICO TARDIO, APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E HIPOVENTILAÇÃO

LIMA, F S , LUNA-MELLO, L I , BUENO, L K S , WESTPHAL, L , SILVA, G S , DE PAULA, A A , RIZZATTI, F P G
Unifesp - São Paulo - São Paulo - Brasil

A Síndrome de Prader-Willi (SPW) é condição genética rara, multissistêmica e frequentemente subdiagnosticada em adultos. Distúrbios respiratórios do sono, como apneia obstrutiva e hipoventilação, são comuns e afetam significativamente qualidade de vida e prognóstico. Este relato destaca a importância da suspeição clínica e da avaliação pneumológica em pacientes com SPW. **História da doença atual e pregressa:** Mulher de 45 anos encaminhada à Pneumologia por dispneia aos esforços, roncos intensos, apneias testemunhadas, cefaleia matinal, noctúria e sonolência diurna excessiva, intensificados nos últimos dois anos. Na infância apresentou sucção ineficaz, hipotonia, atraso no desenvolvimento, hiperfagia com ganho rápido de peso e rigidez cognitiva. Nunca trabalhou, vive com familiares e é acompanhada pela Genética Médica desde 1998. Possui diabetes tipo 2, obesidade, lipedema e alopecia androgenética. Nega alergias, tabagismo e etilismo. **Exame físico:** Eupneica em repouso, hipocorada, PA 163x80 mmHg, SpO₂ 95%. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Presença de edema endurecido em MMII, mãos/pés pequenos. Mallampati IV. IMC 56,7. **Exames complementares:** Polissonografia evidenciou AOMI (IAH 25,8/h), dessaturações significativas (SpO₂ < 90% em 86,6% do tempo registrado; mínima de 71%). Espirometria indicou redução proporcional da CVF (1,56L – 63%) e do VEF (1,45L – 68%), com relação VEF/CVF de 93%, compatível com padrão ventilatório restritivo. Ecocardiograma com disfunção diastólica leve, PSAP de 35 mmHg e fração de ejeção preservada. Tomografia de tórax sem alterações significativas. Gasometria venosa revelou acidose respiratória compensada (pH 7,29; HCO₃⁻ 29,5 mEq/L), reforçando a hipótese de hipoventilação; coleta arterial foi recusada pela paciente. O teste genético confirmou SPW por deleção do locus 15q11-q13. **Diagnóstico:** SPW associada a apneia obstrutiva do sono e hipoventilação relacionada à obesidade. **Evolução:** A paciente encontra-se em seguimento com a Pneumologia, Genética Médica e outras especialidades. Houve indicação formal de terapia com pressão positiva (CPAP), porém o uso do dispositivo ainda não foi instituído por impossibilidade de aquisição até o momento. Estão em andamento orientações comportamentais e estratégias de suporte familiar visando melhorar a adesão futura. **Discussão:** A SPW cursa com alterações neuroendócrinas e comportamentais, sendo os distúrbios respiratórios do sono altamente prevalentes. A apneia obstrutiva é comum na vida adulta, agravada por hipotonia, obesidade e anormalidades craniofaciais, com risco de hipoventilação alveolar crônica. A presença de acidose respiratória compensada e padrão restritivo à espirometria reforçam tal suspeita no contexto apresentado. A identificação tardia neste caso ressalta a importância da suspeição clínica frente a um fenótipo compatível. A avaliação com polissonografia, espirometria e gasometria é essencial para o diagnóstico e monitoramento. O tratamento com CPAP é potencialmente eficaz, porém sua adesão e implementação dependem de abordagem e assistência multidisciplinar coordenadas.

- 531 **SÍNDROME DE CUTIS LAXA: UMA ETIOLOGIA RARA DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**
PAIVA, R L F A , SILVEIRA, E P , FERREIRA, Y M S F , VIEIRA, T M
Univas - Pouso Alegre - Mg - Minas Gerais - Brasil

A cutis laxa é uma rara doença do tecido conjuntivo caracterizada por pele frouxa e inelástica, que pode se manifestar de forma congênita ou adquirida. Além do acometimento cutâneo e das alterações faciais típicas, a doença pode comprometer órgãos internos, incluindo coração, pulmões, vasos sanguíneos e trato gastrointestinal. No sistema respiratório, a desorganização das fibras elásticas leva à redução do recuo alveolar e à obstrução de pequenas vias aéreas, predispondo ao desenvolvimento de enfisema e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) precoce, mesmo em pacientes jovens e sem exposição tabágica. O reconhecimento da cutis laxa como causa de DPOC é fundamental, pois permite diagnóstico precoce, acompanhamento multidisciplinar e melhor planejamento terapêutico, evitando que o quadro seja confundido com asma ou outras doenças obstrutivas comuns na infância e adolescência. **História da doença atual e progressa:** Paciente jovem, já com diagnóstico de cutis laxa por teste genético desde a infância. O que motivou a família a realização de teste genético foi uma facie síndrômica, desenvolvida desde os primeiros meses de vida. A paciente tinha sintomas de sibilância esporádico nos últimos anos e não estava conseguindo fazer as atividades de educação física. Não havia fatores desencadeantes. Devido a tal quadro foi encaminhada para avaliação de pneumologista que confirmou diagnóstico baseado nos exames de imagem e de função pulmonar. Além de tal avaliação, foi também excluída causa cardíaca como possível diferencial que poderia causar dispneia na paciente apresentada. **Exame físico:** Ausculta pulmonar com roncos bilaterais, apresentando boa saturação de oxigênio: 96% em ar ambiente, sem dessaturação durante teste de caminhada de 6 minutos. Ausculta cardíaca normal. **Exames complementares:** Tomografia de tórax com broncopatia moderada bilateral Espirometria com distúrbio obstrutivo leve, com relação VEF1/CVF pós broncodilatador de 0,65. **Diagnóstico:** DPOC secundário a Síndrome de Cutis Laxa

Evolução: Foram instauradas medidas com dupla broncodilatação e melhora da classe funcional da paciente. Espirometria manteve padrão obstrutivo. **Discussão:** Este caso demonstra a evolução pulmonar em paciente jovem com cutis laxa genética confirmada, inicialmente reconhecida por alterações cutâneas e faciais características. A presença de dispneia aos esforços, episódios de chiado e obstrução fixa ao exame espirométrico, associadas a broncopatia difusa na TC, evidenciam o desenvolvimento precoce de doença obstrutiva crônica. O envolvimento pulmonar na cutis laxa decorre da fragilidade das fibras elásticas, resultando em perda do recuo alveolar e obstrução de pequenas vias aéreas. Essa manifestação pode simular asma persistente e pode ser um desafio diagnóstico. O reconhecimento precoce do acometimento respiratório é essencial para monitorar a progressão funcional, instituir medidas de prevenção e reabilitação, além de orientar o seguimento multidisciplinar. Em casos avançados, deve-se considerar transplante pulmonar como opção terapêutica.

- 529 **DIAGNÓSTICO DE ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA EM MULHER IDOSA: UM RELATO DE CASO**
OLIVEIRA, I M , KALIL, M E , QUAGLIO, L S , ECROVI, L S , PERON, S F , SCHEIBELER, V
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba - São Paulo - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença pulmonar decorrente de reação de hipersensibilidade à colonização das vias aéreas pelo *Aspergillus fumigatus*. Clássica em pacientes com asma ou fibrose cística, pode, mais raramente, ocorrer em outros contextos respiratórios. Relatamos o caso de uma paciente idosa, previamente tratada como portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que apresentou achados compatíveis com ABPA, ressaltando a importância do diagnóstico precoce para prevenção de complicações e perda funcional. **História da doença atual e progressa:** Mulher, 83 anos, com história de dispneia progressiva há 23 anos, apresentou exacerbação em 28/04/2025, associada a tosse produtiva purulenta, coriza, astenia e mal-estar, sem febre. Inicialmente tratada como pneumonia comunitária com ceftriaxone, sem melhora clínica. A paciente negava tabagismo, história prévia de asma ou contato com aves, mas relatava exposição prolongada a fogão a lenha até os 40 anos. Comorbidades: hipertensão arterial e osteoporose. **Exame físico:** Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, com estertores grosseiros em bases pulmonares, SpO₂ 92% em cateter nasal 1 L/min. **Exames complementares:** Laboratório: (09/05/25): eosinófilos periféricos 1375/mm³, (07/05/25): IgE total elevada (317 UI/mL). RAST: *Aspergillus fumigatus* 12,3 (classe III, elevado), mofo/bolor/levedura 18 (classe IV, elevado), poeira doméstica 7,47 (classe III elevado) Tomografia de tórax (04/05/25): espessamento septal difuso, vidro fosco, bronquiectasias cilíndricas com impactação mucoide e enfisema centrolobular/parasseptal predominante nos lobos superiores. Espirometria 12/05/24: distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado (VEF 34%) com redução da CVF, sem resposta significativa ao broncodilatador. **Diagnóstico:** Diante do conjunto clínico, laboratorial e radiológico, estabeleceu-se o diagnóstico de ABPA em paciente idosa, previamente tratada como DPOC. **Evolução:** Mantido tratamento de base com LABA + LAMA + corticoide inalatório, foi introduzida prednisona 40 mg/dia por 14 dias, com desmame ambulatorial subsequente. Evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar sem necessidade de oxigenoterapia domiciliar. **Discussão:** A ABPA, embora rara em pacientes idosos e fora do contexto de asma ou fibrose cística, deve ser considerada em casos de exacerbações frequentes, bronquiectasias, eosinofilia e IgE elevada. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para evitar progressão de dano anatômico e funcional, reforçando a necessidade de investigação criteriosa mesmo em cenários atípicos.

- 498 **BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA AGUDA RELACIONADA A ARTRITE REUMATOIDE: RELATO DE CASO**
RIBEIRO, C P R , DIB, A V R E , FARIA, I A D , PANIAGO, P H O A , CARDOSO, A D R O , SILVA, D G S T ,
RABAHI, M F

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - Goiania - Goiás - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: A artrite reumatoide (AR) é doença inflamatória sistêmica cuja manifestação extra-articular mais frequente é o comprometimento pulmonar, pode apresentar derrame pleural, doença intersticial, nódulos, bronquiolite, entre outras. A bronquiolite constrictiva (BC), é rara, caracteriza-se por destruição do epitélio bronquiolar e obstrução progressiva do fluxo aéreo. Embora bem descrita no contexto pós-transplante, sua ocorrência em pacientes com AR não transplantados é incomum, o que reforça a relevância deste relato. **História da doença atual e pregressa:** Paciente M.M.O.V., 46 anos, de Jataí-GO, hipertenso e com AR desde 2022. Tabagista prévio (50 maços/ano, cessado há 1 ano). Em 2024 apresentou dispneia progressiva há 1 ano, com piora súbita evoluindo para insuficiência respiratória aguda, necessitando intubação e traqueostomia. Na internação realizado ecocardiograma que sugeriu hipertensão pulmonar. Após 30 dias de internação, recebeu alta, mas evoluiu com dispneia MMRC 4, hipoxemia e necessidade de oxigenoterapia. No ambulatório foi realizado investigação com sorologias virais negativas, exclusão de distúrbios do sono e hipertensão portal. **Exame físico:** Ao exame físico apresentava ausculta pulmonar com redução difusa os murmúrios vesiculares e saturação periférica de O₂ de 80%. **Exames complementares:** A pletismografia mostrou distúrbio obstrutivo grave e redução DLCO. TC de tórax evidenciou espessamento difuso de paredes brônquicas, aumento de pontilhado centrolobular nos ápices, com atenuação em mosaico em expiração, sugerindo bronquiolite. Cateterismo cardíaco mostrou circulação coronariana sem lesões, RVP 1,8 Woods, DC 8,9 L/min, IC 4,4 L/min/m², pressão pulmonar média 30 mmHg e PCP 14 mmHg. **Diagnóstico:** Atualmente em seguimento com diagnósticos de DPOC GOLD B, bronquiolite constrictiva secundária à AR e hipertensão pulmonar não classificável. **Evolução:** Em uso de beclometasona/formoterol/glicopirronio, beclometasona HFA, azitromicina, hidroxycloquina, prednisona, propafenona, bisoprolol e rituximabe. Mantém dispneia (MMRC 4), limitação funcional, dependência de oxigenoterapia contínua e está em avaliação para transplante pulmonar. **Discussão:** A BC é uma doença rara das pequenas vias aéreas que pode estar associada a causas autoimunes (AR, síndrome de Sjögren). Caracteriza-se por inflamação e fibrose peribronquiolar, podendo levar à obstrução completa. Na AR, costuma ocorrer em mulheres, fator reumatoide positivo, longa duração da doença e evolução lenta, geralmente após 10 anos do diagnóstico. Este caso é atípico: homem, início precoce (2 anos após AR) e evolução aguda grave, quadro pouco descrito na literatura. O prognóstico da BO na AR é reservado, embora alguns pacientes não transplantados apresentem estabilidade funcional. Tabagismo prévio e enfisema associado podem acelerar a deterioração clínica. O caso evidencia a heterogeneidade da BO em AR e reforça a importância de diagnóstico precoce, monitoramento clínico rigoroso e avaliação oportuna para transplante pulmonar.

- 338 **IMPLEMENTAÇÃO DO PRIMEIRO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PULMONAR DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA E SEU IMPACTO NO TRATAMENTO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.**
PROENÇA CARDOSO BASSI , A, EMILIO GONZALEZ ATENCIO, D, THONYA ROMANHA ROCHA, I, SÔNIGO
DE PROENÇA, I , NUNES CARDOSO, M, SEABRA DE ASSUMPCÃO, M, SALLUM BARUSSO GRÜNINGER, M
USCS - Universidade de São Caetano do Sul - Tatuí - São Paulo - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é altamente prevalente no Brasil e figura entre as principais causas de morbimortalidade, com grande impacto funcional e socioeconômico. A Reabilitação Pulmonar (RP) é comprovadamente eficaz para reduzir sintomas, otimizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida, mas ainda é pouco disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em municípios de médio porte. A implantação de um serviço municipal de RP representa avanço significativo na rede de atenção respiratória. Este relato descreve o primeiro caso acompanhado no serviço recém-implantado em Itapetininga (SP), evidenciando seus resultados iniciais. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 61 anos, diagnosticado com DPOC há 3 anos, além de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e obesidade grau I. Relatava dispneia a pequenos esforços, sibilos noturnos audíveis, tosse desencadeada por esforço e dificuldade para dormir. Fumante eventual em situações de estresse, com carga tabágica acumulada de 107,5 anos-maço. Faz uso contínuo de umeclidínio/vilanterol, metformina e hidroclorotiazida, além de inalações com ipratrópio e soro fisiológico nas exacerbações. **Exame físico:** Paciente lúcido, orientado, eupneico em repouso, com SpO₂ de 95% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com roncocalcos difusos e sibilos expiratórios bilaterais, tempo expiratório prolongado. Sem uso de musculatura acessória em repouso. IMC: 30 kg/m² (1,76 m; 93 kg). **Exames complementares:** Espirometria: relação VEF₁/CVF de 44,9%, com resposta mínima ao broncodilatador, caracterizando obstrução grave ao fluxo aéreo. **Diagnóstico:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, estágio grave - GOLD IV, com múltiplas comorbidades. **Evolução:** Foi incluído no programa municipal de RP, com 12 sessões previstas, combinando aulas educativas sobre manejo da DPOC, adesão medicamentosa, higiene brônquica, estratégias de autocuidado e cessação do tabagismo, além de exercícios físicos supervisionados voltados à melhora da função pulmonar, força e resistência muscular. Participou de 9 sessões. Na avaliação pré e pós-intervenção, pelo COPD Assessment Test (CAT), reduziu de 25 pontos (impacto grave) para 14 (impacto leve). No teste de sentar e levantar em 1 minuto (TSL-1), realizou 26 repetições no pré e 25 no pós, sem melhora devido a dor intensa nos joelhos. O paciente relatou maior disposição para atividades diárias, melhora no padrão respiratório e redução no uso de medicação de resgate. **Discussão:** A experiência confirma a RP como intervenção viável, segura e de alto impacto, mesmo em pacientes com múltiplas comorbidades e adesão parcial. A expressiva melhora no CAT reflete ganho clínico e percepção positiva da qualidade de vida. A implantação pioneira do serviço municipal de RP em Itapetininga é um marco para a atenção respiratória local e apresenta potencial como modelo replicável para outros municípios, favorecendo a equidade e a integralidade no cuidado a pacientes com DPOC.

428 ASPIRAÇÃO DE 11 MOEDAS EM ADULTO COM ESQUIZOFRENIA: RELATO DE CASO RARO DE CORPOS ESTRANHOS

LOSSO, L M , TEÓFILO, L D S , JUNIOR, J R V D C , DEMARZO, S , JACOMELLI, M

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - SP - São Paulo - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: A aspiração de corpo estranho (CE) em adultos é um evento incomum e frequentemente associado a situações especiais como doenças neurológicas - AVC, demências, doenças neuromusculares - procedimentos odontológicos, dentre outros. O diagnóstico muitas vezes é tardio e o prognóstico reservado a depender das complicações desenvolvidas, sendo que casos sem sintomas evidentes representam um desafio adicional ao diagnóstico precoce. Este caso se destaca pela ausência de sintomas apesar da numerosa quantidade de CEs na nasofaringe e brônquio direito do paciente, sendo identificados incidentalmente pela radiografia de tórax. **História da doença atual e progressa:** Paciente ELM, sexo masculino, 57 anos, submetido a uma radiografia de tórax para avaliação pré-cirúrgica de uma herniorrafia umbilical em 04/2024. À Radiografia de tórax foi constatado achado incidental de corpo estranho metálico em vias aéreas, sendo encaminhado para o ambulatório de serviço especializado. Descobriu-se que o paciente tinha diagnóstico de Esquizofrenia em tratamento com múltiplas medicações, e não conseguia referir qual objeto havia aspirado. **Exame físico:** Paciente sem alterações notáveis ao exame físico. **Exames complementares:** A tomografia computadorizada de tórax mostrou a presença de corpos estranhos metálicos em vias aéreas inferiores. À broncoscopia, foi observado edema e distorção morfológica da mucosa nasal com a presença de 9 moedas na nasofaringe. Na árvore brônquica, constatou-se mais duas moedas que obstruíam parcialmente o brônquio principal direito, assim como granulomas na mucosa brônquica na área de contato das moedas. **Diagnóstico:** Aspiração de múltiplos corpos estranhos, presentes em nasofaringe e brônquio direito. **Evolução:** A remoção dos corpos estranhos foi realizada por broncoscopia e pinça flexível do tipo “jacaré”. **Discussão:** A aspiração de CE é uma emergência médica que requer rápida intervenção. A obstrução completa das vias aéreas pode levar à asfixia. Em casos de obstrução parcial, complicações tardias, como processos infecciosos pós-obstrutivos, são importantes preditores de morbimortalidade também. A aspiração de CE ocorre, mais comumente, em crianças abaixo de 3 anos, sendo que sementes, alimentos e pequenos objetos são os mais encontrados. Assim, este relato pode ser considerado um evento extremamente incomum, tanto pela idade, pelo tipo de material (moedas) e pela surpreendente quantidade de 11 corpos estranhos aspirados. Pacientes com condições psiquiátricas, como a esquizofrenia, podem deliberadamente aspirar objetos e, segundo a literatura, a frequência nessa população é significativamente maior. A broncoscopia flexível, como método diagnóstico e terapêutico, demonstrou-se decisiva para a identificação e retirada das moedas, sem necessidade de cirurgias intervencionistas. Além disso, a avaliação da via aérea superior permitiu identificar a presença de moedas na nasofaringe que não haviam sido diagnosticadas anteriormente.

endoscopia respiratória (relato de caso)

439 PAPILOMATOSE RESPIRATÓRIA COMO CAUSA DE ESTENOSE TRAQUEAL GRAVE EM PACIENTE COM HISTÓRICO DE LINFOMA NÃO HODGKIN

TEÓFILO, L D S , LOSSO, L M , JACOMELLI, M , DEMARZO, S E , COSTA JÚNIOR, J R

Serviço de Broncoscopia do Departamento de Pneumologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (InCor-HCFMUSP) - São Paulo - São Paulo - Brasil

A papilomatose é caracterizada pelo crescimento de papilomas benignos associados ao HPV, podendo atingir o trato respiratório. A forma respiratória acomete preferencialmente a laringe, com sintomas como rouquidão e obstrução aérea. Este relato descreve um raro caso de envolvimento traqueal extenso, presente em menos de 5% dos casos, representando maior gravidade e desafio à pneumologia intervencionista. **História da doença atual e progressa:** Paciente masculino, 53 anos, atendido no PS do InCor por dispneia progressiva há 1 ano, com piora nos últimos 5 meses associada a estridor, e com relato prévio de estenose traqueal em broncoscopia realizada em outro serviço. Era fumante de 33 maço/ano, cessando há 2 meses. Hipertenso, diabético tipo 2, ex-etilista e ex-usuário de cocaína. Teve linfoma não Hodgkin de cabeça e pescoço em 2019, tratado com quimioterapia, com boa resposta. Sem história de tuberculose ou intubação prévia. Em uso de carvedilol, losartana, sinvastatina, clopidogrel, monocordil e salbutamol. **Exame físico:** Paciente apresentava dispneia progressiva e estridor, sem outros achados clínicos descritos. **Exames complementares:** A tomografia de tórax revelou lesões vegetantes e polípodes acometendo a traqueia e o brônquio, além de opacidades alveolares no lobo inferior direito. A broncoscopia inicial mostrou lesão vegetante obstruindo cerca de 90% da luz traqueal, situada a cerca de 10 cm das cordas vocais. O exame anatomopatológico das lesões revelou epitélio malpighiano com acantose, infiltrado inflamatório crônico e displasia leve, compatível com papilomatose. Em nova broncoscopia, observaram-se lesões vegetantes multilobuladas, com aspecto de “cachos de uva”, acometendo desde a laringe até a traqueia, com obstrução de cerca de 70% da luz. A carina apresentava lesão semelhante. O brônquio principal direito estava preservado, mas o esquerdo apresentava obstrução parcial de aproximadamente 50% do óstio lobar superior. **Diagnóstico:** Papilomatose respiratória com acometimento traqueobrônquico extenso.

Evolução: Foi realizada desobstrução da via aérea por broncoscopia flexível, com exame anatomopatológico compatível com papilomatose. **Discussão:** Mais comum na laringe, a papilomatose raramente acomete traqueia e brônquios, devido ao menor tropismo do HPV por esse epitélio e às barreiras locais à disseminação. A infecção provavelmente se aprofundou à traqueia por contiguidade. A extensão incomum pode ter sido favorecida pela imunossupressão induzida pela quimioterapia para linfoma e pelo tabagismo crônico, que comprometem a imunidade local. As papilomatoses têm risco de malignização, sendo essencial a realização de biópsias periódicas e seguimento rigoroso. A transmissão ocorre por via vertical, contato íntimo ou secreções. Apesar de benigna, pode causar obstrução significativa da via aérea e sintomas respiratórios graves. Endoscopicamente, as lesões são exofíticas, multilobuladas e macias, com aspecto de “cachos de uva”. A broncoscopia desempenha papel importante na permeabilização da via aérea nesses casos.

355 **CARCINOMA PLEOMÓRFICO PULMONAR EM PACIENTE JOVEM E NÃO TABAGISTA: RELATO DE CASO**
LOPES, D V , MARQUES, I M B , ROBERTO, I M , JUNIOR, C A C T , NETO , E E , FERREIRA, A P , FARESIN, S M
Unifesp - São Paulo - São Paulo - Brasil

O carcinoma pleomórfico de pulmão é um subtipo raro e agressivo de carcinoma não pequenas células, com células gigantes ou fusiformes e componente epitelial. Predomina em homens tabagistas de 60–65 anos, com diagnóstico tardio por sintomas inespecíficos e dificuldade em pequenas amostras. Descrever um caso de CPP em jovem, não tabagista, enfatizando a relevância da abordagem endoscópica precoce para diagnóstico e alívio obstrutivo, bem como da intervenção cirúrgica em cenário potencialmente ressecável. **História da doença atual e pregressa:** 39 anos, previamente hígido, não fumante e sem exposição ocupacional, apresentava tosse seca persistente há três meses, dispneia progressiva (MMRC 3) e dor pleurítica, sem febre ou perda ponderal. Recebeu tratamento prévio para pneumonia em pronto-socorro sem melhora e foi encaminhado para avaliação em serviço terciário. Deu entrada na unidade de atendimento respiratório da Disciplina de Pneumologia/EPM-Unifesp com hipoxemia aos mínimos esforços e portando uma radiografia de tórax com atelectasia total do pulmão esquerdo.

Exame físico: Exame físico corroborava tal achado. **Exames complementares:** Foi submetido em caráter de urgência aos seguintes exames: • TC de tórax: obstrução total do brônquio-fonte esquerdo e atelectasia ipsilateral; • Broncoscopia diagnóstica/terapêutica: desobstrução do brônquio com reexpansão pulmonar imediata e melhora clínica importante. **Diagnóstico:** Carcinoma Pleomórfico. **Evolução:** A biópsia endobrônquica foi sugestiva de CPP, sendo indicada pneumonectomia esquerda. Em avaliação pré-operatória apresentava THRI = 1,5 (Índice cardíaco torácico revisado); VEF1 pré-BD 3,66/ L (87%) > pós-BD 3,48/ L (83%); CVF pré-BD 4,56/ L (89%) > pós-BD 4,26/ L (83%); VEF1/CVF 0,80 > 0,82 com VEF1ppo = 43%, que determinou a realização do teste de exercício cardiopulmonar máximo, cujo resultado foi sem alterações. Durante o procedimento cirúrgico, a presença de margens livres do tumor permitiu ressecção parcial do lobo inferior esquerdo. O anatomopatológico confirmou CPP, com metástase em linfonodo regional (T4N2M0 – estágio IIIB) e paciente foi encaminhado à oncologia.

Discussão: O CPP apresenta curso clínico agressivo, com mau prognóstico, e a ocorrência em pacientes jovens e sem fatores de risco é excepcional. A apresentação clínica inespecífica e a obstrução brônquica dificultam o diagnóstico precoce e podem precipitar deterioração respiratória. A broncoscopia, além de ferramenta diagnóstica, desempenha papel fundamental na desobstrução de vias aéreas e na melhora imediata da função pulmonar. O tratamento de escolha para doença localizada é a ressecção cirúrgica, embora a presença de metástase linfonodal N2 reduza significativamente a sobrevida. O CPP tende a apresentar baixa resposta à quimioterapia convencional, mas a imunoterapia surge como alternativa promissora, com elevada expressão de PD L1 e respostas consistentes a inibidores de checkpoint. Alterações moleculares específicas, como MET exon 14 skipping e mutações em EGFR, embora incomuns, podem indicar terapias-alvo personalizadas.

518 **BRONCOASPIRAÇÃO DE PILHA COM EVOLUÇÃO PARA ESTENOSE: UM RELATO DE CASO**
SAKAMOTO, B A , FECCHIO, P H , LESSA, I M , BATISTA, F S , TREVISAN, D J M , TREVISAN, A , SOARES, F M C
Universidade Estadual de Londrina - LONDRINA - Paraná - Brasil

A aspiração acidental de pilhas em crianças é um evento grave, com risco de complicações severas, especialmente em menores de 5 anos. Complicações surgem do contato prolongado da bateria com a mucosa, causando lesão cáustica por eletrólise, necrose por pressão e toxicidade por metais pesados. O risco aumenta exponencialmente com o tempo. Atrasos na remoção (e"10-12 horas) elevam a incidência de lesões graves com perda função pulmonar devido à necessidade de lobectomia e mortalidade. **História da doença atual e pregressa:** L.G.D, feminina, 8 anos, broncoaspirou pilha em casa sem familiares perceberem. O atendimento inicial foi realizado em UPA por tosse, febre e dispneia. Raio-x revelou corpo estranho e opacidade em pulmão à direita. Inicialmente tratada como pneumonia comunitária ambulatorial. Após 12 dias, devido piora clínica com vômitos, foi encaminhada ao Hospital Universitário de Londrina. **Exame físico:** MV+, diminuídos a direita com roncos difusos **Exames complementares:** A tomografia identificou opacidades e atelectasia lobar significativa à direita. Por meio de broncoscopia, a pilha foi removida revelando lesão circunferencial de fibrina, necrose e friabilidade no brônquio direito. **Diagnóstico:** O exame identificou ainda estenose de 70% no brônquio fonte direito com secreção purulenta, exigindo dilatações subsequentes além do tratamento clínico. **Evolução:** Atualmente, a paciente permanece realizando broncodilatações com sucesso em relação a perviade de via aérea, sem novas internações por infecções de repetição. **Discussão:** O caso de L.G.D. elucida perigos da broncoaspiração de pilhas, especialmente com atraso-diagnóstico. A literatura aponta a gravidade desses acidentes, com risco de complicações severas principalmente em menores de 5 anos. O atraso de 12 dias na remoção foi crítico, pois o risco aumenta exponencialmente com o tempo. As lesões observadas, como lesão circunferencial e necrose são consistentes com mecanismos de lesão por eletrólise e pressão. A estenose brônquica e múltiplas dilatações demonstram a cronicidade das sequelas, comum em casos de aspiração de baterias. Este caso reforça a importância do manejo imediato e protocolar, incluindo radiografia, remoção endoscópica emergencial. A falha em seguir protocolos resultou em curso clínico prolongado, sublinhando a necessidade de maior conscientização dos serviços de saúde. Uma alternativa para o quadro crítico foi a realização de dilatação seriada por broncoscopia; tratamento que levou a desfecho positivo evitando lobectomia e perda de função pulmonar em paciente pediátrica. O caso de L.G.D. ilustra a importância do diagnóstico precoce e manejo imediato em broncoaspiração de pilhas em crianças. A demora na intervenção pode levar a complicações graves e duradouras, com impacto significativo na saúde: perda de função pulmonar e consequente qualidade de vida. A broncoscopia, nesse caso, teve papel fundamental no tratamento e recuperação pulmonar. Através de broncodilatações subsequentes, paciente teve melhora clínica sem novas infecções, sem necessidade de lobectomia, reduzindo morbimortalidade.

558 **LIPOMA ENDOBRÔNQUICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.**
BINDÁ, A G L , FRANCO, C R , SANTOS, A B F S , TORRES, C S , PEREIRA, D M
Santa Casa Sao Paulo - SP - São Paulo - Brasil

Os lipomas endobrônquicos são neoplasias benignas extremamente raras do pulmão, correspondendo a menos de 0,5% de todos os tumores pulmonares. Apesar de benignos, podem levar a obstrução brônquica progressiva, atelectasia e infecções de repetição, mimetizando neoplasias malignas ou doenças inflamatórias crônicas. O reconhecimento clínico e radiológico é desafiador, sendo a broncoscopia diagnóstica e terapêutica fundamental. Relatar casos contribui para ampliar o conhecimento dessa condição rara. **História da doença atual e progressa:** Paciente masculino, 62 anos, ex-tabagista (30 maços/ano), procurou atendimento por tosse crônica produtiva, dispneia progressiva aos esforços e episódios de febre baixa nos últimos meses. Relatava episódios prévios de pneumonia no mesmo hemitórax. Antecedentes: hipertensão arterial sistêmica controlada, sem história de doenças pulmonares prévias. Sem história familiar de neoplasia. **Exame físico:** Paciente em bom estado geral, eupneico em repouso, saturando 96% em ar ambiente. Ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito, com roncos localizados. **Exames complementares:** Radiografia de tórax: opacidade em hemitórax direito, sugestiva de atelectasia parcial. TC de tórax: imagem nodular endobrônquica em brônquio fonte direito, com sinais de obstrução parcial e atelectasia lobar associada. Broncoscopia: lesão arredondada, polipoide, amarelada, obstruindo parcialmente o lúmen brônquico; biópsia realizada. Histopatologia: tecido adiposo maduro revestido por epitélio respiratório, compatível com lipoma endobrônquico. **Diagnóstico:** Lipoma endobrônquico em brônquio fonte direito. Atelectasia lobar secundária à obstrução brônquica. **Evolução:** O paciente foi submetido a ressecção endoscópica da lesão com broncoscopia rígida, obtendo alívio imediato da obstrução e melhora clínica significativa. Após o procedimento, apresentou regressão da atelectasia e desaparecimento da tosse produtiva. Segue em acompanhamento ambulatorial, sem recorrência tumoral até o momento. **Discussão:** O lipoma endobrônquico é uma neoplasia benigna rara, de evolução insidiosa, com sintomas decorrentes de obstrução progressiva das vias aéreas. Frequentemente, os pacientes apresentam tosse crônica, infecções respiratórias de repetição ou atelectasia, levando à suspeita inicial de tumor maligno. A tomografia pode sugerir a presença de lesão endobrônquica de baixa atenuação, mas a confirmação é feita por broncoscopia com biópsia. O tratamento de escolha é a ressecção endoscópica, geralmente suficiente para controle definitivo, preservando parênquima pulmonar. Ressecções cirúrgicas ficam reservadas para casos de lesões extensas ou não acessíveis por broncoscopia. O prognóstico é excelente, sem risco de malignização. Este caso reforça a necessidade de considerar o lipoma endobrônquico no diagnóstico diferencial de lesões obstrutivas pulmonares, principalmente em pacientes com história de infecções recorrentes ou atelectasias localizadas.

325 **ESTENOSE SUBGLÓTICA: POLICONDRITE RECIDIVANTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
BIAGI, R Y , BAYEUX, G V L , OLIVEIRA, F L S , MELO, G C S , FERREIRA, I P , DA SILVA, M L F , PEREIRA, M C
Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - UNICAMP - CAMPINAS - São Paulo - Brasil

Este caso de Policondrite Recidivante (PR) é relevante devido à raridade, ao envolvimento grave das vias aéreas e à importância de uma abordagem multidisciplinar. Reconhecer a PR é fundamental para o manejo adequado do pneumologista. **História da doença atual e progressa:** Mulher, 45 anos, com histórico de infecções respiratórias recorrentes desde a infância. Há 4 anos evoluiu com sinais de cansaço, esforço respiratório e fadiga progressiva, com episódios esporádicos de dor articular em tornozelos e olho seco. Foi tratada com broncodilatadores, sem melhora clínica. Em primeira avaliação de serviço externo apresentava espirometria com distúrbio obstrutivo grave, curvas sugestivas de obstrução fixa, e tomografia de tórax (TC) com estenose de brônquios principais bilateralmente. Foi proposto procedimento cirúrgico que a paciente declinou na ocasião. Após período sem seguimento, iniciou acompanhamento no HC-UNICAMP. **Exame físico:** Discreto desabamento nasal, estridor, fala entrecortada, sibilos à ausculta, taquicardia e SpO2 de 92% em ar ambiente. **Exames complementares:** Espirometria: DVO grave (VEF1 31%) com CVF reduzido; TC de tórax com manutenção das estenoses brônquicas; broncoscopia: estenose de 75% em brônquio fonte direito e 60% em brônquio lobar superior. Provas reumatológicas negativas (P-Anca, C-Anca, PCR, FR, FAN); IgE 2,9; imunoglobulinas normais; função renal normal, sendo descartado GPA. **Diagnóstico:** Hipótese diagnóstica de Policondrite Recidivante, feita por exclusão de Granulomatose com Poliangite (GPA). **Evolução:** Iniciou tratamento específico em agosto de 2024, mantendo seguimento com pneumologista e reumatologista, com uso de Prednisona, Azitromicina e Azatioprina. Evoluiu com melhora parcial dos sintomas respiratórios por cerca de 4 meses, seguida de piora da dispneia e cansaço, além de piora radiológica. Nova broncoscopia mostrou estenose de 70% do óstio do brônquio principal direito, 20% do óstio do brônquio principal esquerdo proximal e estenose de 90% do brônquio principal esquerdo distal. Nesse contexto, optou-se por dilatação brônquica bilateral, realizada com balão hidroestático vascular, sem intercorrências, deixando estenose residual de 30% bilateralmente. Aguarda PET-CT para avaliação de atividade da doença para biópsia e confirmação diagnóstica e otimização de imunossupressão. **Discussão:** A investigação das causas de estenose subglótica envolvem a pesquisa de trauma de via aérea, infecções recorrentes, refluxo gastroesofágico, tumores, doenças inflamatórias e autoimunes, como GPA e PR. O diagnóstico de PR é clínico e com a exclusão de outros diagnósticos diferenciais. Sua evolução pode ser insidiosa, com progressão de dispneia, tosse, podendo apresentar complicações como infecções recorrentes, obstrução de via aérea, atelectasias e sintomas sistêmicos (oculares, renal, articular, hematológico). O diagnóstico precoce é importante para evitar complicações graves. Seu tratamento envolve uma abordagem multidisciplinar, uso de glicocorticoides e imunossupressores e se necessário intervenções cirúrgicas (dilatação por balão, stent brônquico).

468 AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA NAS DISFUNÇÕES NEUROMUSCULARES AGUDAS

NERI, J L S , VIEIRA, P C B

Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

Distúrbios neuromusculares agudos, tais como miastenia gravis e síndrome de Guillain-Barré, relacionam-se com a insuficiência respiratória, demandando métodos de avaliação precoce e planejamento do tratamento, a fim de evitar desfechos desfavoráveis. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 34 anos, sem comorbidades ou vícios; queixava-se de parestesias em hemiface direita, há 2 semanas, evoluindo com ptose palpebral, disartria e disfagia, referiu ainda fraqueza muscular proximal em membros superiores, com dificuldade para realizar tarefas básicas. Durante a internação, evoluiu em insuficiência respiratória hipercápnica, com necessidade de intubação orotraqueal. **Exame físico:** Neurológico: disartria, semitose palpebral a direita, apagamento discreto de suco nasolabial a direita. Força grau 4 em MMSS e MMII proximal, grau 5 distal. Força para flexão e extensão cervical grau 4. **Exames complementares:** Testes realizados: Pi/Pe (pressão inspiratória máxima/ pressão expiratória máxima) -20/+35 (vedação inadequada para expiração) e conta até 15 em uma única inspiração. TC de tórax – Massa mediastinal anterior medindo 5,2 x 5,1 x 3,3 cm, com atenuação de partes moles, realce ao meio de contraste iodado. **Diagnóstico:** Diagnosticado como crise miastênica, sendo então tratado com corticoterapia e imunoglobulina endovenosa. **Evolução:** Após 3 dias em IOT e tratamento adequado, Pi/Pe -30/+45, e após 7 dias, Pi/Pe -50/+60; prosseguindo então com a extubação. Realizado ainda realização de timectomia por videotoracotomia, sem intercorrências. No pós-operatório, Pi/Pe -70/+94. **Discussão:** O manejo da insuficiência respiratória aguda por disfunção neuromuscular requer cuidados intensivos e monitorização da força dos músculos respiratórios, a fim de prever uma possível falência muscular e decidir precocemente a intubação eletiva, além da avaliação para o desmame ventilatório seguro. Dentre os testes a serem realizados, além da capnografia, estão o teste de contagem em uma única respiração, pico de fluxo de tosse, capacidade vital, volume corrente, avaliação da pressão inspiratória e expiratória máximas. Com destaque para o Pi/PE, estes quantificam a gravidade da fraqueza muscular e, precocemente, preveem consequências clínicas, bem como associação com a mortalidade. Avaliados por meio do manovacuômetro e analisadas por meio de equações preditivas, podem auxiliar na decisão de intubação; por exemplo, P_{Imax} abaixo de um terço do normal prevê insuficiência respiratória hipercápnica (PaCO₂ >45 mmHg) e P_{Emax} menor que 60 cmH₂O prevê uma tosse fraca com dificuldade de eliminação de secreções. Além disso, são importantes preditores de resposta ao tratamento e avaliação de extubação, sendo indicados diariamente, associado a testes de ventilação espontânea, considerando-se valores como P_{Imax} < 30 cmH₂O e a pressão expiratória máxima (P_{Emax}) < 40 cmH₂O. Portanto, conclui-se ser pertinente a identificação precoce de risco de falência respiratória, por meio de testes relatados nesta apresentação, de função respiratória, a fim de evitar desfechos desfavoráveis.

414 EQUINOCOCOSE HEPÁTICA COM FÍSTULA BRONCOBILIAR E EXTENSÃO PULMONAR: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

MARQUES, I M B , SOUZA, B V P , ROBERTO, I M , MARQUES, J M , DARTE, B F , SANTOS, J V A , SAN MARTIN, S R

Instituições: Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A equinococose hepática é uma zoonose causada por larvas de *Echinococcus*, que pode complicar com fístula broncobiliar (FBB) e extensão pleuropulmonar. Descrever um caso de FBB em um paciente imigrante de área endêmica e portador de equinococose, ressaltando a importância de um diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar. **História da doença atual e pregressa:** Masculino, 18 anos, natural de área rural do Peru, criador de ovelhas e com equinococose tratada na infância. Relato de 15 dias de tosse com expectoração amarelada, sem resposta a antibióticos, além de febre, náuseas, vômitos, hiporexia e dor abdominal. Irmã também com antecedente de equinococose. **Exame físico:** Regular estado geral, emagrecido, icterico, SpO₂ de 90% em ar ambiente; Ausculta diminuída em bases e abdome doloroso à palpação. **Exames complementares:** O laboratório evidenciava leucocitose (14.210/mm³), aumento dos marcadores inflamatórios (PCR 51,2 mg/L, LDH 166 U/L), das transaminases (TGO 74 U/L, TGP 125 U/L) e BT de 1,66 mg/dL (BD 1,21 mg/dL e BI 0,45 mg/dL), além de gasometria arterial com hipoxemia (pH 7,38, PaCO₂ 41,5 mmHg, PaO₂ 61,2 mmHg, HCO₃ 23,7 mEq/L e SpO₂ de 89,9%). A tomografia computadorizada (TC) de tórax demonstrou massa cística hepática com extensão pleuropulmonar à direita associada a atelectasia por impactação, bronquiectasias bilaterais e espessamento pleural direito, sugerindo acometimento endobrônquico. A broncoscopia mostrou secreção de aspecto biliar no brônquio médio da árvore brônquica direita, sugerindo a existência de FBB. A TC de abdome evidenciou massa cística hepática bilobar com cistos “filhos” internos e focos de calcificação periféricos, compatível com doença hidática. Por fim, a CPRE revelou lesão multicística das vias biliares. **Diagnóstico:** Fístula broncobiliar. **Evolução:** A despeito da terapia antiparasitária, o paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda e intubação orotraqueal. Diante de múltiplas assincronias com a ventilação mecânica e aspiração contínua com saída de secreção de conteúdo bilioso, foi inserido bloqueador endobrônquico por via endoscópica para evitar drenagem de bile para cavidade torácica. A cirurgia, único tratamento possível, possuía risco pré-operatório alto em virtude da desnutrição do paciente, tamanho e quantidade de cistos. A abordagem do cisto hidático foi realizada com injeção de solução hipertônica, destelhamento dos cistos e lobectomia do lobo médio, durando 12h. No pós-operatório imediato, evoluiu com instabilidade hemodinâmica grave e óbito horas após a cirurgia. **Discussão:** A FBB é uma complicação rara e intrigante do cisto hidático hepático, geralmente acometendo o lobo inferior direito. A TC mostra áreas hipodensas, pseudocistos, calcificações, dilatação biliar e, em casos avançados, infiltração pleural e pulmonar com acometimento brônquico. O envolvimento pulmonar tem mau prognóstico e exige cirurgia com reparo diafragmático, correção da fístula e drenagem adequada da cavidade torácica e abdominal. Complicações pós-operatórias incluem superinfecção de cistos e reação anafilática aos antígenos do parasita.

356 **SÍNDROME AUSTRIAN: RELATO DE UMA APRESENTAÇÃO RARA DA BACTEREMIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE**

FELICIANO SOUZA SANTOS, A B , TORRES DA SILVA, C G , RIBEIRO FRANCO, C G , LIMA BINDÁ, A G, ZAPATA GALVEAS MIRANDA, D , SANTOS FREITAS HOFFMANN, R , MAGALHÃES DE ALMEIDA, L

Irmandade Santa Casa de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A síndrome Austrian é uma condição rara, descrita por Robert Austrian em 1957, caracterizada pela tríade clássica de pneumonia, meningite e endocardite causadas por *Streptococcus pneumoniae*. Apesar do patógeno ser frequente, a apresentação simultânea dessas três manifestações é incomum e de incidência desconhecida. Fatores de risco clássicos incluem etilismo crônico e sexo masculino. Trata-se de uma entidade de elevada morbimortalidade, mesmo com antibioticoterapia adequada, sendo o prognóstico influenciado por destruição valvar, insuficiência cardíaca aguda e complicações neurológicas e respiratórias. Este relato busca contribuir para o conhecimento clínico e terapêutico de uma condição grave e rara, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e da abordagem multidisciplinar. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 57 anos, tabagista e etilista crônico, apresentou febre baixa, mialgia, artralgia e hiporexia por três semanas, evoluindo com tosse produtiva, dispnéia progressiva e rebaixamento do nível de consciência. Sem histórico prévio de doenças cardíacas conhecidas. **Exame físico:** À admissão: febril, rebaixamento do nível de consciência, taquipnéia, crepitações em base pulmonar esquerda, sinais de desconforto respiratório e instabilidade hemodinâmica compatível com sepse. **Exames complementares:** Hemoculturas e líquido cefalorraquidiano: positivos para *Streptococcus pneumoniae*. Tomografia de tórax inicial: pneumonia no lobo inferior esquerdo. Tomografia de mastoide: otomastoidopatia. Tomografia de crânio/Ressonância magnética: meningoencefalite bacteriana e vasculite cerebral associada a evento isquêmico agudo. Tomografia de tórax subsequente: pneumonia necrotizante. Ecocardiograma transtorácico: endocardite de valva mitral com perfuração e insuficiência grave. **Diagnóstico:** Síndrome Austrian (pneumonia, meningite e endocardite mitral por *Streptococcus pneumoniae*), complicada por pneumonia necrotizante e vasculite cerebral. **Evolução:** O paciente foi admitido com critérios de sepse e iniciou antibioticoterapia empírica com ceftriaxona. Após confirmação microbiológica, manteve o esquema por seis semanas. Evoluiu com insuficiência respiratória, meningoencefalite, vasculite cerebral e pneumonia necrotizante. O ecocardiograma revelou endocardite mitral com perfuração valvar grave. Apesar da indicação de cirurgia cardíaca, optou-se por tratamento clínico devido ao prognóstico neurológico reservado. Apresentou evolução clínica lenta e risco elevado de sequelas neurológicas permanentes. **Discussão:** A síndrome Austrian, embora rara, apresenta alta taxa de complicações e mortalidade. A endocardite por *S. pneumoniae* frequentemente se associa à pneumonia e, menos frequentemente, à tríade completa descrita por Osler. O envolvimento valvar mais comum é o da aórtica, mas neste caso houve acometimento da mitral. A vasculite cerebral decorrente de meningite pneumocócica, observada neste paciente, é uma complicação grave, presente em cerca de 10,5% dos casos, associada a pior prognóstico quando o diagnóstico é tardio.

289 **SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN: DIAGNÓSTICO TARDIO EM UM PACIENTE COM INFECÇÕES DE REPETIÇÃO**

COLOGNESE, B A , YAMACITA, J S , PURGATO JUNIOR, E A , PEREIRA, J D , ANDRADE LIMA, G A R , TASSI, A C , MENDES, P R A

Unicamp - CAMPINAS - São Paulo - Brasil

A síndrome de Mounier-Kuhn (MKS) é uma doença pulmonar rara caracterizada por dilatação da traqueia e brônquios principais, com cerca de 380 casos relatados até 2025. Este trabalho objetiva relatar um caso de MKS, contribuindo para o reconhecimento desta condição de alto impacto clínico. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 56 anos, natural da Bahia, cursa há mais de 10 anos com tosse crônica com expectoração purulenta, e dispnéia aos esforços, progressiva (mMRC III). Evolui no último ano com pneumonias de repetição e múltiplas internações, sendo encaminhado ao nosso serviço. Diagnóstico prévio de bronquiectasias desde 1991, sem mais informações. **Exame físico:** Ao exame físico, expansibilidade simétrica, murmúrios vesiculares diminuídos globalmente, roncocalor de transmissão e crepitações grossas em base direita. **Exames complementares:** Em gasometria arterial, vista hipoxemia (SatO₂ 89%, PO₂ 66). No teste de caminhada de 6 min, percorreu 420 m com dessaturação até 82%. Espirometria sem anormalidades (CVF 3,00 L/ 76 %, VEF1 2,29 L/73 %, VEF1/CVF 0,76). Diversas culturas de escarro mostrando *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. **Diagnóstico:** Em 2024, realizou tomografia (TC) evidenciando dilatação difusa da traqueia (46 x 32 mm) e brônquios fonte, divertículos na porção superior da traqueia e bronquiectasias centrais bilaterais, através da qual foi diagnosticada SMK. **Evolução:** No momento, em tratamento ambulatorial otimizado com broncodilatadores, azitromicina e fisioterapia, com controle parcial de sintomas, ainda sem indicação de transplante pulmonar. **Discussão:** A MKS é uma doença provavelmente genética, que cursa com atrofia de fibras elásticas e musculares lisas da parede traqueobrônquica, gerando dilatação e infecções pulmonares de repetição e potencialmente fatais. O início dos sintomas ocorre por volta da terceira década de vida. Em uma série de 128 casos publicados, Krustins (2014) observou predominância masculina (8:1) e média de idade ao diagnóstico de 53,9 anos, à semelhança do nosso caso. O diâmetro médio da traqueia também foi próximo (36,1mm). De acordo com Sharma & Kuperberg (2025), o diagnóstico é radiográfico, realizado em TC por um diâmetro traqueal maior que 25 mm (homens) ou maior que 21 mm (mulheres). Podemos classificar o paciente em tipo II de Himalstein, por apresentar divertículos na traqueia, ao passo que o tipo I não apresenta divertículos, e o tipo III, divertículos distais. Poucos dados sobre epidemiologia de infecções bacterianas estão disponíveis, mas *Pseudomonas* spp parecem ser patógenos frequentes. Outros agentes reportados são *S. aureus*, *Haemophilus influenzae*, e *Acinetobacter* spp. O tratamento baseia-se em fisioterapia respiratória, broncodilatadores e uso crônico de macrolídeos em pacientes exacerbadores. Exacerbações devem ser tratadas com antibióticos guiados por cultura. Técnicas minimamente invasivas (stents, laser), traqueoplastia e transplante pulmonar podem ser utilizados em casos graves e refratários. A divulgação de casos clínicos como este é essencial para ampliar o reconhecimento e diagnóstico precoce da MKS.

462 BRONQUITE PLÁSTICA EM ADULTOS: RELATO DE CASO DE UM DESAFIO DIAGNÓSTICO DEHEINZELIN, J R , VAZ, L E , SANTOS, G D A C , DOS PASSOS, H R , BARROS, S S , RACHED, S Z , ATHANAZIO, R A

InCor - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Mais comum na população pediátrica, a bronquite plástica se caracteriza pela produção e expulsão de plugs gelatinosos que assumem o formato da árvore brônquica. A fisiopatologia não é bem conhecida e há associação principalmente com malformações linfáticas torácicas (primárias ou secundárias a cirurgias prévias para correção de malformações cardíacas), infecções virais e bacterianas, fibrose cística e síndrome torácica aguda na anemia falciforme. Dada a raridade e subdiagnóstico da condição, faltam dados epidemiológicos para pacientes adultos, e a evidência que temos se baseia em relatos de casos. **História da doença atual e progressão:** Mulher, 51 anos, com antecedente de sarampo e febre reumática na infância, buscou nosso serviço com queixa de dispneia mMRC1 e tosse, bem como múltiplas idas a unidades de emergência por apresentar episódios com saída de expectoração esbranquiçada de consistência firme em formato “moldes” dos brônquios nos últimos 5 anos. Não identificava fatores desencadeantes. Negava febre, calafrios, perda ponderal, sibilância ou dor torácica. Sem histórico de malformações cardíacas, sintomas respiratórios ou atopia na infância. **Exame físico:** Sinais vitais e ausculta pulmonar sem alterações. **Exames complementares:** Tomografia de tórax inicial com vidro fosco e espessamento septal em lobo inferior direito. Optado por realização de broncoscopia. Lavado broncoalveolar sem evidência de infecções. Biópsia transbrônquica de lobo inferior direito demonstrou alterações histológicas de padrão reativo, sem granulomas ou malignidade. Painel de auto anticorpos, sorologias virais e fúngicas e investigações para asma, fibrose cística e anemia falciforme negativos. Imunoglobulinas normais. Ressonância de tórax sem alterações linfáticas. Devido ao fato de episódios de excreção dos moldes sempre se darem em domicílio, nunca foi possível análise de sua composição. **Diagnóstico:** Foi feito o diagnóstico de bronquite plástica idiopática. **Evolução:** Visto relatos de caso com boa resposta, tentou-se usar corticoide sistêmico nas crises, porém não houve benefício. Frequência de crises diminuiu após o início de azitromicina contínua três vezes por semana. **Discussão:** Embora mais comum em crianças, a bronquite plástica também afeta a população adulta e pode ter graves consequências, visto o risco de insuficiência respiratória aguda por obstrução de vias aéreas centrais. A análise dos plugs mucosos pode ajudar a diferenciar esta entidade - com moldes com aspecto não laminado à microscopia eletrônica e com predomínio de mucina, fibrina e poucas células inflamatórias - de doenças inflamatórias como asma e aspergilose broncopulmonar alérgica, que se associam com produção de muco eosinofílico e laminado. Há relatos pontuais na literatura de benefício no uso de corticoide, macrolídeos, broncodilatadores e salina hipertônica, porém os tratamentos mais consolidados são aqueles dirigidos às causas de base (como embolização de malformações linfáticas), tornando imprescindível a investigação etiológica. Broncoscopia pode ser empregada nas crises para retirada mecânica dos moldes.

528 SÍNDROME DE SWYER JAMES MACLEOD: RELATO DE UMA CONDIÇÃO RARA. VASCONCELOS ALMEIDA , I , C , NOGUEIRA ARAUJO , T , MANTOVANI , B M , TORRES DA SILVA , C Irmandade Santa Casa de misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A Síndrome de Swyer James Macleod (SSJM) é uma doença pulmonar incomum, associada à bronquiolite obliterante pós-infecciosa. Radiologicamente, caracteriza-se por hipertranslucência unilateral, redução vascular e hipoperfusão pulmonar, decorrente de destruição do parênquima e vias aéreas. Pode ser assintomática ou apresentar sintomas como tosse crônica, dispneia, infecções recorrentes, hemoptise e, raramente, pneumotórax. A TC de tórax é o principal método diagnóstico, evidenciando hiperlucência, redução volumétrica e aprisionamento aéreo. A angiotomografia mostra artéria pulmonar reduzida e a cintilografia confirma a hipoperfusão. O tratamento depende da gravidade, podendo ser conservador ou cirúrgico. **História da doença atual e progressão:** Paciente do sexo feminino, 36 anos, com histórico de asma e infecções respiratórias recorrentes desde a infância. Acompanhada por equipe de pneumologia desde a adolescência, foi diagnosticada com SSJM na vida adulta, com base em achados clínicos e de imagem. Submetida à pneumectomia à esquerda em 2007 devido à gravidade do quadro. Após o procedimento, apresentou redução nas infecções, embora ainda relate dois episódios anuais. Atualmente, apresenta distúrbio ventilatório obstrutivo moderado (VEF1 54%, com resposta a broncodilatador), sem piora nas provas funcionais recentes. A TC de tórax mostra áreas de bronquiolite provavelmente sequelar, sem bronquiectasias. RX evidencia redução volumétrica pulmonar esquerda, espessamento pleural e hiperinsuflação à direita com herniação. Está em uso contínuo de tiotropio + olodaterol, budesonida, azitromicina três vezes por semana, além de esquema vacinal completo contra pneumococo e influenza. **Exame físico:** Bom estado geral, acianótica, afebril, corada e hidratada. Murmúrios vesiculares reduzidos a esquerda. Saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente FR 18ipm FC 85bpm. **Exames complementares:** Tc de tórax com hipertranslucência unilateral associado a redução vascular e presença de bronquiectasia a esquerda. **Diagnóstico:** O diagnóstico foi realizado já na adolescência como SSJM com base em achados clínicos e de imagem. **Evolução:** Redução das infecções, mantém DVO moderado com (VEF1 54%, com resposta a broncodilatador), sem piora nas provas de função recente. Está em uso contínuo de tiotropio + olodaterol, budesonida, azitromicina três vezes por semana, além de esquema vacinal completo. **Discussão:** A SSJM pode apresentar evolução silenciosa, sendo diagnosticada tardiamente. O caso descrito demonstra a eficácia da intervenção cirúrgica em pacientes com comprometimento pulmonar severo. O acompanhamento clínico, tratamento de manutenção e prevenção de infecções são fundamentais para estabilização do quadro e melhora da qualidade de vida. A abordagem deve ser individualizada, considerando sintomas, função pulmonar e impacto na vida do paciente. **Conclusão:** O manejo adequado da SSJM, mesmo em fases avançadas, pode proporcionar boa evolução clínica. Em casos selecionados, a ressecção cirúrgica pode ser benéfica, aliada ao tratamento clínico e preventivo contínuo.

436 COMPLICAÇÕES PULMONARES NA SÍNDROME DE WISKOTT ALDRICH

FIGUEIREDO, G P , GARCIA, L C , NARDOCCI, M A D , TAVARES, T F , CETLIN, A A

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

A Síndrome de Wiskott-Aldrich (SWA) é uma doença rara que predispõe uma tríade de manifestações clínicas: imunodeficiência, trombocitopenia e eczema. Este caso relata o complexo manejo das complicações pulmonares tardias em um adulto com a forma clássica da SWA que não realizou o transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas, único tratamento curativo, ilustrando o dilema terapêutico frente à hemoptise de repetição em um cenário de plaquetopenia grave e doença pulmonar estrutural. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 32 anos, com diagnóstico de SWA clássica desde os 5 anos, apresentando histórico de infecções de repetição e desenvolvimento de bronquiectasias bilaterais. Recusou transplante de células-tronco hematopoiéticas, mantendo-se em terapia de suporte com imunoglobulina e imunossupressores. Apresentou-se com episódios recorrentes de hemoptise maciça, dispneia evolutiva e tosse produtiva. **Exame físico:** Ao exame físico, observou-se murmúrios vesiculares reduzidos em hemitórax à direita, com presença de estertores em base inferior de pulmão esquerdo e ápice de pulmão direito, apresentando expansibilidade torácica reduzida. Notou-se presença de xerose e hiperpigmentação em membros inferiores. **Exames complementares:** A tomografia de tórax evidenciou bronquiectasias císticas e cilíndricas bilaterais, opacidades fibroatelectásicas e escavação em lobo superior direito com imagem sugestiva de bola fúngica. Em exame arteriográfico, foi evidenciado blush vascular em topografia de ápice pulmonar direito e base pulmonar esquerda, com presença de fístulas artério-arteriais. A espirometria demonstrou distúrbio ventilatório restritivo grave sem resposta significativa a broncodilatador. Laboratorialmente, destacava-se plaquetopenia grave (22.000/mm³). **Diagnóstico:** O diagnóstico etiológico da hemoptise recorrente foi atribuído às bronquiectasias e, posteriormente, a aspergiloma em lobo superior direito, confirmado por cultura de escarro positiva para *Aspergillus niger* e sorologia de galactomanana positiva em paciente imunossuprimido. **Evolução:** A ressecção cirúrgica foi contraindicada pelo alto risco hemorrágico e função pulmonar limítrofe. Um primeiro episódio de hemoptise foi controlado com embolização arterial brônquica. Diante da recorrência associada ao aspergiloma, optou-se por nova angioembolização arterial e início de antifúngico sistêmico (voriconazol), com estabilização do quadro clínico. **Discussão:** O caso ilustra a cascata de complicações da SWA sem terapia curativa: a imunodeficiência primária levou a infecções recorrentes, resultando em doença pulmonar estrutural (bronquiectasias) e predispondo a infecções fúngicas oportunistas (aspergilose). O manejo se tornou um dilema, pois a plaquetopenia grave, associada a função pulmonar limítrofe, contraindicou o tratamento cirúrgico definitivo para a hemoptise. A abordagem com embolizações sequenciais e terapia antifúngica sistêmica, embora paliativa, representou a única estratégia viável para controlar uma condição de altíssima morbimortalidade.

526 DEFICIÊNCIA DE ALFA-1-ANTITRIPSINA COM FENÓTIPO MMALTON/MMALTON E PREDOMÍNIO DE DOENÇA BRONQUIECTÁSICA: UM RELATO DE CASO

SOARES, G S , DOS PASSOS, H R , BARROS, S D S , FERNANDES, F L A , CUKIER, A , RACHED, S Z, ATHANAZIO, R A

Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Este trabalho busca relatar a evolução clínica e funcional de um paciente com deficiência de alfa-1-antitripsina portador da rara mutação M malton em homozigose, com destaque para a incomum apresentação como doença bronquiectásica, ressaltando a importância no seu reconhecimento e adequado diagnóstico.

História da doença atual e pregressa: Paciente, sexo masculino, ex-tabagista (carga tabágica de 8 maços-ano), antecedente de espondilite anquilosante diagnosticada em 2005, em uso de Adalimumab desde então, iniciou acompanhamento no ambulatório de pneumologia do HCFMUSP em novembro de 2019, referindo tosse crônica produtiva com expectoração amarelada, associada a dispneia em piora progressiva, ambas iniciadas aos 21 anos. Na primeira consulta, referia internações por pneumonias de repetição desde 2013, com necessidade de antibioticoterapia endovenosa, sem necessidade de intubação traqueal ou suporte intensivo. Iniciou tratamento para tuberculose pulmonar em 2018, após escarro isolado apresentar pesquisa de bacilo ácido-álcool resistente positivo, porém, suspenso no terceiro mês após discussão multidisciplinar realizada em outro serviço. Pais são primos, irmã foi diagnosticada com bronquiectasia (sic). **Exame físico:** Murmúrio vesicular difusamente reduzido, com estertores crepitantes em bases, SatO₂: 94% em ar ambiente. **Exames complementares:** Autoanticorpos (FAN, ANCA, fator reumatoide, anti-CCP), sorologias virais (hepatites B e C, HIV) e fúngicas (*aspergillus*, *histoplasma*, *paracoccidioides*) negativas. Imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG, IgE) dentro da normalidade. Provas inflamatórias (PCR e VHS) baixas. Cloro no suor dentro da normalidade. Eletroforese de proteínas séricas com fração alfa-1 globulina no limite inferior da normalidade. TC de tórax com bronquiectasias cilíndricas e varicosas, além de micronódulos centrolobulares e árvore em brotamento, predomínio em campos pulmonares inferiores e atenuação em mosaico do parênquima pulmonar. Dosagem de alfa-1-antitripsina baixa (<25). Teste genético mostra genótipo com mutação M malton/M malton. **Diagnóstico:** Bronquiectasias secundárias a deficiência de alfa-1-antitripsina, variante Mmalton/Mmalton. **Evolução:** Mantém seguimento em nosso ambulatório, em uso de terapia broncodilatadora (umeclidínio+vilanterol), higiene brônquica com solução salina e shaker. Devido perfil exacerbador, também segue com azitromicina profilática. **Discussão:** A alfa-1-antitripsina (A1AT) é produzida predominantemente no fígado e tem como função neutralizar os efeitos da elastase neutrofílica, uma enzima pró-inflamatória. Alterações genéticas que cursam com a redução na sua síntese levam ao desbalanço entre protease e antiprotease, gerando dano pulmonar causado pela elastase. Em contrapartida, o acúmulo de A1AT no fígado pode levar a cirrose como consequência. A rara variante Mmalton possui potencial de dano pulmonar e hepático comparável ao fenótipo Pi*ZZ, mais comum e ligado a apresentações mais graves. O seu reconhecimento e diagnóstico oportuno através do sequenciamento genético, é, portanto, fundamental para o manejo adequado desses pacientes.

549 **DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA MANIFESTADA COMO SÍNDROME DE KARTAGENER EM PACIENTE ADULTA: RELATO DE CASO**
CALETTI, L D , PROCHNOV DALLE GRAVE, S , REZENDE, E D F , CARVALHAL , G , RABAHI, M , NUNES CAVALCANTE, D

Universidade do Extremo Sul Catarinense - criciúma - Santa Catarina - Brasil

A discinesia ciliar (DCP) é uma doença genética, com prevalência de 1:20.000. Cerca de 50% dos pacientes apresentam situs inversus, configurando a síndrome de Kartagener: bronquiectasias, situs inversus e sinusite crônica. Este relato destaca a importância do diagnóstico rápido e assertivo, fazendo-se indispensável para reduzir internações hospitalares, preservar a função pulmonar e principalmente, melhorar o prognóstico.

História da doença atual e pregressa: Paciente do sexo feminino, 62 anos, admitida por tosse produtiva crônica com expectoração esbranquiçada, agravada nos últimos quatro dias, associada dor abdominal superior, astenia, mialgia e disúria. Antecedentes incluíam tratamento prévio para tuberculose pulmonar há 25 anos, pneumonia, sinusite e otite média de repetição, além de bronquiectasias e dextrocardia. Dependente de oxigenoterapia domiciliar desde 2019 (2L/min aos esforços moderados). **Exame físico:** Ao exame físico, apresentava roncosp difusos à ausculta pulmonar, ictus cordis palpável em 5º espaço intercostal direito e ausculta cardíaca sem alterações. **Exames complementares:** A TC de tórax evidenciou situs inversus totalis, alterações da árvore brônquica compatíveis com discinesia ciliar primária, bronquiectasias com redução volumétrica da língua e dos lobos inferiores bilateralmente, opacidades em vidro fosco e focos de consolidação nodular no lobo superior esquerdo. O ecocardiograma transtorácico mostrou fração de ejeção do VE de 59% (método de Simpson), dextrocardia, câmaras cardíacas de dimensões normais, função sistólica global e segmentar preservada, disfunção diastólica grau I, valvas sem alterações significativas e ectasia de aorta ascendente. Sorologias para hepatite B, hepatite C, VDRL, FTA-ABS e hemocultura para fungos foram negativas. IgG discretamente reduzida (660 mg/dL; VR: 800–1500), demais imunoglobulinas dentro dos padrões da normalidade. Cultura de escarro isolou *Pseudomonas aeruginosa* (>100.000 UFC/mL), cultura para fungos no escarro revelou *Penicillium* sp., sugestivo de colonização. Pesquisa para *Mycobacterium tuberculosis* e teste rápido molecular GeneXpert negativos.

Diagnóstico: Discinesia ciliar primária manifestada como síndrome de kartagener. **Evolução:** No presente caso, percebe-se que a história de sintomas é prolongada, contribuindo à colonização por *P. aeruginosa*, microrganismo frequentemente implicado em casos avançados de bronquiectasias, e deterioração funcional pulmonar. **Discussão:** A associação de infecções respiratórias recorrentes, bronquiectasias, dextrocardia e hipogamaglobulinemia leve sugere fortemente discinesia ciliar primária (DCP), mais especificamente a forma sindrômica, conhecida como Síndrome de Kartagener. Por se tratar de uma condição genética, não existe tratamento curativo, e a abordagem deve ser multidisciplinar, voltada para o controle de sintomas e prevenção de complicações. Pacientes com diagnóstico tardio, especialmente aqueles com bronquiectasias já estabelecidas, apresentam pior evolução clínica, mesmo com manejo otimizado, reforçando a necessidade de acompanhamento precoce rigoroso.

397 **PNEUMONIAS DE REPETIÇÃO NA INFÂNCIA: DESVENDANDO A SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD NA VIDA ADULTA**

QUEIROZ, G S D , DUARTE, L G A , SILVA, A S D , CETLIN, A A

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

A Síndrome de Swyer-James-MacLeod (SJMS) é uma condição rara, cujo diagnóstico em adultos pode ser um desafio. Este caso é relevante por ilustrar um complexo processo de investigação diagnóstica em um paciente com histórico de pneumonias de repetição, inicialmente diagnosticado com fibrose cística (FC) devido a testes de cloro no suor (TCS) inconsistentes. Além disso, o relato destaca uma notável dissociação entre a severidade da obstrução em provas de função pulmonar e a ausência de sintomas clínicos, oferecendo importantes lições para o manejo de doenças pulmonares raras. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 23 anos, educador físico, com histórico de pneumonias de repetição desde os 3 anos e diagnóstico prévio de bronquiolite obliterante. Foi acompanhado por vários anos sob a suspeita de fibrose cística (FC) devido a múltiplos testes de cloro no suor (TCS) com resultados inconsistentes, incluindo um valor de 80,6 mmol/L. Após teste genético para mutações no gene CFTR resultar negativo, a investigação para diagnósticos alternativos foi retomada. Atualmente, o paciente nega sintomas respiratórios (mMRC=0). **Exame físico:** Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, eupneico em ar ambiente (SpO2 96-99%), com murmúrio vesicular presente, porém reduzido bilateralmente, sem ruídos adventícios. **Exames complementares:** A espirometria evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo grave (VEF1 = 37% do previsto), sem resposta significativa ao broncodilatador. A radiografia de tórax demonstrou hipertransparência em lobo superior direito com redução da trama vascular. A tomografia computadorizada de alta resolução corroborou os achados, revelando adicionalmente atelectasia destrutiva de aspecto sequelar e espessamento de paredes brônquicas, compatíveis com SJMS.

Diagnóstico: Com base nos achados de imagem característicos e na exclusão de outras patologias após extensa investigação, foi firmado o diagnóstico de Síndrome de Swyer-James-MacLeod (SJMS). **Evolução:** O paciente segue em acompanhamento ambulatorial com foco em medidas preventivas, como vacinação e evitar irritantes pulmonares. Devido à natureza assintomática e ao alto grau funcional, optou-se por manejo conservador. O prognóstico é considerado favorável. **Discussão:** O caso ilustra a importância de incluir a SJMS no diagnóstico diferencial de adultos com histórico de pneumopatias na infância, mesmo na presença de achados laboratoriais conflitantes. A inconsistência do TCS, a triagem neonatal negativa e o teste genético negativo para FC foram cruciais para redirecionar a investigação. A notável dissociação entre a função pulmonar severamente comprometida e a ausência de sintomas reforça que a avaliação clínica e a capacidade funcional do paciente são fundamentais no manejo da SJMS. O diagnóstico final, dependente dos achados de imagem, reitera o papel essencial da tomografia computadorizada na elucidação de casos complexos.

- 443 **DIAGNÓSTICO TARDIO DE DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EM PACIENTE COM BRONQUIECTASIAS: UM ALERTA PARA INVESTIGAÇÃO AMPLA**
ESPINOSA, L D , MARTINS, V M C , CARNELOSSI, M J C , FILHO, J A P P , CARVALHO, G G H , DE ALMEIDA, G C , COLARES, P D F B

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

O presente caso descreve uma paciente com diagnóstico tardio de bronquiectasias em que durante investigação foi evidenciado estar associado a DAAT, ressaltando a importância da investigação etiológica completa. **História da doença atual e pregressa:** Mulher, 34 anos, não tabagista, com histórico de asma desde a infância, escoliose e nefrectomia à esquerda. Desde 2022 apresentou pneumonias de repetição sendo internada devido exacerbação respiratória. Após melhora clínica com antibioticoterapia com Tazocin recebeu alta para investigação etiológica de bronquiectasias ambulatorial. Foi optado por uso de LABA e LAMA associado ao CI devido histórico de asma e Azitromicina 500 mg 3x na semana com bom controle. **Exame físico:** Ao exame: Murmúrio vesicular presente com sibilos difusos, eupneica em ar ambiente, mantendo saturação de oxigênio de 92%. **Exames complementares:** Durante internação exames revelam leucocitose sem desvio, PCR discretamente elevado, pesquisa infecciosas e cultura para bactérias, micobactérias e fungos no escarro negativas. Tomografia de tórax que evidenciou bronquiectasias esparsas por ambos os pulmões com predomínio central, mais evidentes no segmento medial do lobo médio e impação mucoide. Imunoglobulinas, sorologias virais, teste do cloro no suor e pesquisa de autoanticorpos foram sem alterações e dosagem sérica de alfa-1-antripsina foi reduzida (79 mg/dl). Foi realizado teste genético, sendo identificado um alelo M/M malton relacionado à deficiência de alfa-1-antripsina. Não havia alteração hepática. **Diagnóstico:** Bronquiectasias secundária a deficiência de alfa 1 anti-tripsina. Mutações alelo M/M malton. **Evolução:** Paciente retorna em última consulta mantendo quadro de tosse produtiva associado a sibilos inspiratórios mesmo em uso de LABA+LAMA+CI, mas em melhora comparado ao início do quadro. **Discussão:** Bronquiectasias são dilatações brônquicas irreversíveis secundárias a condições congênitas e adquiridas que podem evoluir com doença pulmonar avançada. A investigação não é simples com até um terço dos casos sem etiologia definida. Apesar das dificuldades é importante o esclarecimento diagnóstico, pois, algumas condições podem se beneficiar de medidas terapêuticas específicas. A deficiência de alfa-1 antitripsina (DAAT), embora rara, é uma possível causa etiológica.

- 454 **REVERSÃO DE ATELECTASIA PULMONAR CRÔNICA APÓS INÍCIO DE MODULADORES DE CFTR EM PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA**
DE OLIVEIRA MARTINS, B , RODRIGUES DOS PASSOS, H , DE SOUSA BARROS, S , ZAHY RACHED, S , CARVALHO PINTO, R , ABENSUR ATHANAZIO, R

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A fibrose cística é uma doença genética que afeta o funcionamento do trato respiratório, gastrointestinal e reprodutivo. A história natural da doença inclui infecções respiratórias de repetição, com desenvolvimento de bronquiectasias e tosse crônica secretiva ao longo da vida. Os moduladores de CFTR, ao corrigirem a função da proteína afetada pela mutação na fibrose cística, têm mudado a história natural da doença desde sua implementação. No Brasil, a tripla terapia com elexacaftor, tezacaftor e ivacaftor passou a ser amplamente utilizada em 2024, com consequente impacto positivo na prática clínica, mesmo em pacientes com doença pulmonar avançada. **História da doença atual e pregressa:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, com diagnóstico de fibrose cística aos 49 anos de idade através de teste genético. Após diagnóstico, foi iniciado tratamento com mucolíticos, higiene brônquica e azitromicina, com controle parcial dos sintomas. Em 2020 apresentou exacerbação infecciosa grave, com necessidade de internação hospitalar e complicação do quadro com empiema à direita, que demandou abordagem cirúrgica. **Exame físico:** Sem alterações significativas. **Exames complementares:** Após recuperação, tomografias de tórax demonstraram fibroatelectasia difusa e redução volumétrica de todo o pulmão direito, com aspecto vicariante do pulmão contralateral. **Diagnóstico:** Atelectasia pulmonar direita crônica secundária a infecções de repetição. **Evolução:** Devido à aparente destruição parenquimatosa do pulmão direito, paciente foi avaliado para pneumectomia; contudo, paciente não apresentava hemoptise e tinha frequência relativamente baixa de exacerbações (cerca de uma por ano), sendo optado, dessa forma, por tratamento conservador. Em julho de 2024, iniciou tratamento com elexacaftor, tezacaftor e ivacaftor. Desde então, vem evoluindo com melhora clínica importante. Um ano após o início do tratamento, repetiu a tomografia de tórax e, nesse novo exame, o pulmão direito se mostrou mais expandido, com áreas de parênquima saudável e redução expressiva das áreas de fibroatelectasia; além disso, foi notada diminuição importante de opacidades e da espessura da parede das bronquiectasias em ambos os pulmões. Paciente segue em tratamento, sem novos registros de exacerbação desde o início do tratamento com moduladores de CFTR. **Discussão:** Na fibrose cística, exacerbações sucessivas podem levar à destruição parenquimatosa. Além disso, a secreção crônica pode obliterar a árvore brônquica e, assim, formar áreas de atelectasia que não contribuem com as trocas gasosas e que servem como foco de infecção e hemoptise. Nesses casos, a indicação cirúrgica é sempre um desafio, pois é um procedimento de alto risco e, logo, o benefício deve ser bem avaliado. No caso presente, observou-se expansão e surgimento de áreas saudáveis de parênquima em um pulmão que estava cronicamente atelectasiado após início de terapia moduladora de CFTR. Esse resultado, junto à melhora clínica e à diminuição da frequência de exacerbações, aponta o grande impacto da introdução dessa terapia na história natural da fibrose cística.

410 DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: UMA ETIOLOGIA SUBESTIMADA DE BRONQUIECTASIAS

SOARES, P H P, CARVALHO, L M A O , BRANDÃO, J P C R , TAMASHIRO, E , CETLIN, A A

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

A Discinesia Ciliar Primária (DCP) é uma doença genética heterogênea com incidência estimada em até 1 para cada 7500 indivíduos e que causa disfunção congênita do movimento ciliar, levando à redução do clearance mucociliar. É a causa de cerca de 9% das bronquiectasias na América Latina, devendo ser suspeitada em casos de bronquiectasia difusa associada a sintomas de vias aéreas superiores. **História da doença atual e progressão:** O caso relata uma mulher de 28 anos com história de bronquiectasia difusa desde os 7 anos, 2 episódios de pneumonia grave na infância e rinosinusites de repetição. Atualmente, apresenta tosse produtiva matutina, dispneia aos grandes esforços, congestão e obstrução nasal. Nega tabagismo, complicações neonatais e histórico familiar de pneumopatias. Apresenta pontuação 3 no escore PICADAR. **Exame físico:** Ao exame físico, estertores grossos na base do hemitórax direito e, à rinoscopia anterior, hipertrofia de cornetos, pólipos nasais e secreção purulenta. **Exames complementares:** A tomografia computadorizada (TC) de tórax confirmou as bronquiectasias, a TC de seios da face e a nasofibroscopia evidenciaram pansinusopatia e pólipos nasais. A espirometria demonstrou distúrbio ventilatório obstrutivo moderadamente grave sem resposta ao broncodilatador. Escore E-FACED com classificação de gravidade leve (2 pontos). A investigação etiológica incluiu dosagem de imunoglobulinas e α_1 antitripsina, testes para detecção de infecções atuais, cloro no suor, anticorpos de doenças auto-imunes, hemograma e IgE total e específico para *A. fumigatus*, com todos os resultados normais. Devido à suspeita de DCP, realizou-se uma biópsia nasal com análise por microscopia eletrônica de transmissão (MET), com alterações estruturais compatíveis. **Diagnóstico:** O quadro clínico compatível, o resultado da MET e a exclusão de outras causas cumprem os critérios para diagnóstico de DCP. **Evolução:** Realizada cirurgia endoscópica nasal (full house com mega antrostomia bilateral), apresentando melhora clínica da tosse, dispneia e expectoração. Segue em acompanhamento multidisciplinar e controle sintomático medicamentoso e não medicamentoso.

Discussão: O diagnóstico de DCP é realizado seguindo diretrizes internacionais. A triagem é realizada por suspeita clínica ou escore PICADAR elevado. Prosseguindo com ao menos um exame complementar que confirme o diagnóstico, como dosagem de óxido nítrico nasal, MET, teste genético, microscopia de vídeo de alta velocidade, diagnóstico baseado em células e imunofluorescência. Todos têm acesso restrito na rede pública do país, limitados apenas a poucos centros especializados, causando subdiagnóstico. Este caso ilustra a importância de suspeitar da DCP em pacientes com bronquiectasias difusas e comprometimento de vias aéreas superiores, reforçando a necessidade de uma investigação sistematizada que utilize os melhores recursos disponíveis para excluir outras etiologias e confirmar a DCP, instituindo as medidas possíveis dentro do contexto, como aconselhamento genético e intervenções terapêuticas que visem evitar a progressão acelerada da doença.

374 DOENÇA PULMONAR RELACIONADA AO ASPERGILLUS EM DOIS MEMBROS DA MESMA FAMÍLIA COM FIBROSE CÍSTICA

DOS PASSOS, H R , BARROS, S D S , MARTINS, B D O , QUEIROZ, S A D , MAIA, A L P , RACHED, S Z , ATHANAZIO, R A

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - Brasil

A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva causada por mutações no gene CFTR. Infecções crônicas e inflamação sustentada contribuem para a formação de bronquiectasias e, em alguns casos, desenvolvimento de doenças pulmonares relacionadas ao *Aspergillus*. Embora a *Aspergilose Broncopulmonar Alérgica* (ABPA) seja mais descrita, há espectros clínicos compatíveis com formas crônicas, como a *aspergilose cavitária crônica*. Ressalta-se a importância de suspeição clínica estendida para as múltiplas formas clínicas decorrentes da infecção pelo *aspergillus*. Relatos de ocorrência em mais de um membro da mesma família com FC são raros. **História da doença atual e progressão:** Caso 1: Paciente feminina, 25 anos, diagnóstico de FC desde a infância, mutação F508del homozigota. Em 2020, observou-se elevação de títulos sorológicos para *Aspergillus* (1:1 → 1:8) e isolamento do fungo em escarro, associada a exacerbações frequentes, hemoptise, perda de peso e fadiga. Foi iniciado itraconazol em 2021. Caso 2: Paciente feminina, 27 anos, irmã do caso 1, diagnóstico de FC desde a infância, mutação F508del homozigota. Assim como a irmã, era previamente colonizada por *Aspergillus*, com aumento de títulos (1:1 → 1:4), exacerbações frequentes e sintomas constitucionais. Iniciou itraconazol em 2021. **Exame físico:** Crepitações grosseiras e roncos em apices pulmonares bilateralmente em ambas, saturação: 95% em ar ambiente. **Exames complementares:** Tomografia de tórax caso 1: bronquiectasias em campos superiores com lesão cavitária apical de parede espessada em 2020. Tomografia de tórax caso 2: bronquiectasias em campos superiores e médios em 2020. **Diagnóstico:** *Aspergilose cavitária crônica* em pacientes com Fibrose Cística. **Evolução:** Caso 1: após introdução do itraconazol em 2021, houve melhora clínica e radiológica significativa e queda dos títulos (1:1). Em 2022, houve nova piora clínica e funcional, com aumento dos títulos (1:4), optando-se por troca para voriconazol, com nova melhora clínica e sorológica. O antifúngico foi suspenso em maio/2024. Em julho/2024, iniciou lelexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, com redução expressiva das exacerbações, ganho ponderal, melhora da qualidade de vida e estabilização sorológica. Caso 2: após itraconazol em 2021, houve melhora clínica e queda dos títulos. A medicação foi suspensa em novembro/2022, mantendo-se estável. Posteriormente, iniciou lelexacaftor/tezacaftor/ivacaftor, com controle importante das exacerbações, desaparecimento da tosse produtiva e ganho de peso. **Discussão:** Poucos casos na literatura descrevem doença pulmonar associada ao *Aspergillus* em dois membros da mesma família com fibrose cística. A fisiopatologia pode envolver mecanismos genéticos e imunológicos e presença de doença estrutural pulmonar avançada, predispondo colonização e evolução para formas cavitárias. Os casos descritos apresentaram espectro clínico mais próximo de *aspergilose crônica cavitária* do que de ABPA clássica, com boa resposta a antifúngicos e controle sustentado após início de modulador de CFTR, sugerindo possível efeito indireto dessas medicações no controle da doença fúngica.

553 RELATO DE CASO: IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL ASSOCIADA A BRONQUIECTASIAS E COMPLICAÇÕES PULMONARES

FRANCO, C R , LIMA BINDÁ, A G , FELICIANO SOUZA SANTOS, A B , ROMALDINI BARIAN, J G

Irmandade Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A imunodeficiência comum variável (ICV) é uma imunodeficiência primária rara, caracterizada por hipogamaglobulinemia, linfopenia em graus variáveis e suscetibilidade a infecções recorrentes. Sua prevalência estimada é de 1:25.000 a 1:50.000 habitantes, sendo considerada a imunodeficiência sintomática mais comum do adulto. O diagnóstico geralmente ocorre na segunda a quarta década de vida, com manifestações clínicas heterogêneas: infecções respiratórias de repetição, bronquiectasias, autoimunidade e maior risco de neoplasias. O tratamento envolve imunoglobulina endovenosa/subcutânea periódica, profilaxia antibiótica e medidas de higiene pulmonar, sendo fundamental o diagnóstico precoce para reduzir complicações estruturais pulmonares e melhorar a sobrevida. **História da doença atual e pregressa:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, com diagnóstico de imunodeficiência comum variável há mais de 20 anos, em acompanhamento por pneumologia, hematologia e imunologia. Evolui com infecções respiratórias recorrentes desde a juventude, com múltiplas internações por pneumonia de repetição, bronquiectasias extensas e dispneia progressiva. Relata tosse produtiva crônica, expectoração purulenta intermitente e episódios de exacerbação com necessidade de antibióticos intravenosos. Em fevereiro de 2025, foi submetida à esplenectomia devido a plaquetopenia imuno-mediada e ectasia da veia porta. **Exame físico:** Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular universalmente presente, com roncocalcos difusos e sibilos expiratórios, principalmente em bases. **Exames complementares:** Tomografias de tórax (2023–2024): Presença de múltiplos nódulos pulmonares sólidos e não calcificados, alguns com escavação e distribuição randômica. Espessamento difuso das paredes brônquicas e presença de bronquiectasias cilíndricas e varicosas, predominando nos lobos inferiores. Achados consistentes em todas as séries: bronquiectasias inflamatórias, nódulo compatível com broncopatia inflamatória associada à imunodeficiência. s múltiplos, opacidades em vidro fosco e padrão em árvore em brotamento. Biópsia de nódulo pulmonar (10/2024) e o Mielograma com hipocelularidade discreta, sem evidência de infiltração neoplásica, e plaquetopenia previamente relacionada a processo autoimune (já submetida à esplenectomia). **Diagnóstico:** Por meio do biópsia pulmonar com presença de presença de granulomas por halos de linfócitos e sem necrose. **Evolução:** A paciente encontra-se em uso de imunoglobulina endovenosa a cada 21 dias, antibióticos profiláticos (amoxicilina e azitromicina), broncodilatadores de manutenção (salbutamol, formoterol, budesonida) e medidas de higiene pulmonar (inalações e fisioterapia respiratória). Em 2024, apresentou múltiplos ciclos de antibióticos devido a exacerbações infecciosas, porém sem evolução para insuficiência respiratória crônica grave. Atualmente mantém estabilidade clínica relativa, embora persista a limitação funcional. **Discussão:** A imunodeficiência comum variável é rara, evolui com infecções e bronquiectasias; exige tratamento individualizado, imunoglobulina e seguimento multidisciplinar.

doenças da circulação pulmonar (relato de caso)

321 LINFANGIOMATOSE COM QUILOTÓRAX CONGÊNITO E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA GRAVE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EM PACIENTE JOVEM

ESTEVES, F D O , DE OLIVEIRA, A H B B

Consultório Privado de Pneumologia Dra Ana Helena Barbalho - Goiânia - Goiás - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: A linfangiomatose é uma doença rara e de difícil diagnóstico. O caso traz uma paciente jovem com evolução crônica de desconcompensações respiratórias, com necessidade de ventilação mecânica, apresentando sequelas pleuropéricárdicas e falência de tratamentos clínicos e cirúrgicos. A raridade da condição, sua gravidade e a tentativa de manejo com Sirolimus tornam este caso de alto interesse clínico e científico. **História da doença atual e pregressa:** Sexo feminino, com história de quilotórax congênito aos 3 anos de idade, secundário a linfangiomatose generalizada. Evoluiu com múltiplas desconcompensações respiratórias e três internações, com episódios recorrentes de hipoxemia e hipercapnia. Foi submetida à pleurodese bilateral, tratamento com imunossuppressores, corticoides e ventilação não invasiva. Teve também diagnóstico de pericardite com derrame quiloso e espessamento pericárdico, além de desconcompensação de insuficiência cardíaca periparto em 2021. Possível diagnóstico de linfangiomatose foi considerado após avaliação especializada. **Exame físico:** Durante as desconcompensações, apresentava dessaturação (85 a 92%) taquipneia e taquicardia. Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente, com estertores em 1/3 inferiores. Paciente emagrecida. **Exames complementares:** Biópsia de pericárdio: estroma fibroso mesotelial apresentando congestão vascular importante. Presença de infiltrado linfocitário ao redor de vasos linfáticos ectasiados. TC tórax: derrame pleural à esquerda com pequeno pneumotórax. Pequeno derrame pleural à direita, com espessamento dos folhetos pleurais no aspecto inferior e pequenos focos gasosos junto aos planos pleurais no aspecto superior deste hemitórax. Não é possível afastar coleção pleural inflamatória / infecciosa (empiema pleural) ou eventual alteração pos-cirúrgica no presente estudo sem contraste. Áreas de espessamento do interstício peribroncovascular notadamente à direita, de aspecto indeterminado. **Diagnóstico:** Linfangiomatose generalizada com quilotórax congênito, evoluindo com insuficiência respiratória crônica grave e insuficiência cardíaca restritiva secundária a espessamento pericárdico. **Evolução:** Paciente com quadro de infecções de repetição desde a infância, com três internações por insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório. Realizou traqueostomia e uso contínuo de BIPAP. Atualmente está em reabilitação domiciliar. Apresenta melhora progressiva da força muscular e redução das infecções respiratórias recorrentes após introdução do Sirolimus, em janeiro de 2025. Atualmente, está na fila para transplante cardiopulmonar. **Discussão:** A linfangiomatose pleuropulmonar é uma anomalia linfática ultrarrara, caracterizada pela proliferação de vasos linfáticos anômalos que infiltram pulmões, pleura e pericárdio, cursando com quilotórax e restrição ventilatória progressiva. O diagnóstico exige correlação clínico-radiológica e, idealmente, confirmação histológica, apesar de não haver padrão específico. O Sirolimus, inibidor de mTOR, tem demonstrado benefício e o transplante pulmonar pode ser considerado em casos refratários.

297 **VASCULITE PULMONAR ANEURISMÁTICA RESULTANDO EM HEMORRAGIA ALVEOLAR EM PACIENTE JOVEM - MANIFESTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA DE BEHÇET**
ESTEVES, F D O , SILVA, M S R , DE ARRUDA, F N

Hospital Israelita Albert Einstein - São Paulo - São Paulo - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: A Doença de Behçet é uma vasculite sistêmica de etiologia não totalmente elucidada, capaz de acometer vasos de todos os calibres. A sua forma vascular está entre as principais causas de morbimortalidade da doença e inclui, de maneira rara e grave, a formação de aneurismas em artérias pulmonares. Este relato descreve um caso de manifestação incomum da Doença de Behçet com apresentação sugestiva de Síndrome de Hughes-Stovin, variante rara e potencialmente fatal da doença. **História da doença atual e pregressa:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, procurou atendimento por hemoptise volumosa. Referia tosse crônica com escarro hemoptoico há 1 ano, associada a febre vespertina, perda ponderal e dispneia progressiva. Negava tabagismo, etilismo ou doenças respiratórias crônicas. Ao ser questionada, referia também episódios recorrentes de úlceras orais e genitais dolorosas e surgimento de nódulos dolorosos em trajeto venoso superficial nos últimos 5 anos. Teve duas gestações complicadas por distúrbios hipertensivos. **Exame físico:** Exame físico sem alterações e paciente hemodinamicamente estável à admissão. **Exames complementares:** Os exames laboratoriais revelaram anemia leve, elevação de PCR (50,7 mg/L) e de VHS (120 mm/h). Todos os outros exames dentro da normalidade., incluindo sorologias e provas reumatológicas negativas A TC de tórax evidenciou opacidades em vidro fosco bilaterais e ectasia de vasos hilares. A angiotomografia confirmou aneurismas parcialmente trombosados nas artérias pulmonares interlobares e segmentares, além de sinais de hemorragia alveolar. Foram excluídos tuberculose, endocardite e tromboembolismo pulmonar. **Diagnóstico:** A hipótese de Síndrome de Hughes-Stovin foi levantada diante da presença de aneurismas pulmonares, história de tromboflebite superficial e manifestações mucocutâneas sugestivas de Doença de Behçet. **Evolução:** Iniciou-se pulsoterapia com metilprednisolona por 3 dias e dose única de ciclofosfamida endovenosa em nosso serviço, com ausência de novos episódios de sangramento, recuperação funcional importante e alta para retorno ambulatorial. Durante o acompanhamento, foram feitas mais 3 infusões ambulatoriais de ciclofosfamida, resultando na regressão dos aneurismas de artéria pulmonar após 3 meses de acompanhamento, com paciente, durante a consulta, referindo ter retornado às atividades habituais. **Discussão:** A Síndrome de Hughes Stovin é considerada uma variante incompleta da Doença de Behçet, caracterizada pela presença de aneurismas pulmonares e tromboflebite superficial. Embora mais comum em homens, pode ocorrer em mulheres e, raramente, como manifestação inicial da doença. O reconhecimento precoce é crucial, pois o risco de ruptura aneurismática e hemorragia alveolar maciça impõe alta mortalidade. A imunossupressão agressiva com corticoterapia e agentes como ciclofosfamida ou anti-TNF é o tratamento de escolha. O caso ilustra a importância de se considerar vasculites sistêmicas no diagnóstico diferencial de hemoptise em pacientes jovens, especialmente na presença de sinais de inflamação sistêmica e acometimento vascular atípico.

360 **HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA À MIELOMA MÚLTIPLO: RELATO DE CASO**
LOPES, D V , MARQUES, I M B , ROBERTO, I M , PEREZ, P S , VASCONCELOS, Y , MARQUES, J M ,
LAFETA, M L T

Unifesp - São Paulo - São Paulo - Brasil

A hipertensão pulmonar (HP) secundária à síndrome de hiperviscosidade é rara, porém potencialmente reversível e ocorre em contextos de paraproteinemia grave. Níveis elevados de imunoglobulinas aumentam significativamente a viscosidade plasmática, elevando a resistência ao fluxo na microcirculação pulmonar e promovendo aumento abrupto da pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP). Embora mais associada à IgM (macroglobulinemia de Waldenström), pode ocorrer no mieloma múltiplo IgA. O reconhecimento precoce e a intervenção imediata são determinantes para o prognóstico favorável. Relatar um caso de HP aguda secundária à hiperviscosidade grave por paraproteinemia IgA, destacando os mecanismos fisiopatológicos pulmonares envolvidos e a resposta à plasmaférese terapêutica. **História da doença atual e pregressa:** Mulher, 79 anos, hipertensa, admitida no pronto-socorro do Hospital São Paulo devido astenia, perda ponderal e dispneia progressiva há três meses, associadas à colúria e confusão mental discreta. **Exame físico:** Glasgow 14, eupneica, porém com SpO₂ 81% em máscara não reinalante 10 L/min, sem demais alterações. **Exames complementares:** Gasometria arterial: PaO₂ 363 mmHg e satO₂ 100%. Laboratório com pico monoclonal sérico de 7/ g/dL, IgA >/ 6,4/ g/dL e elevação de cadeia leve livre Kappa, além de hemograma com hemácias em rouleaux. Ecocardiograma: fração de ejeção preservada, PSAP: 72/ mmHg e discreta dilatação do ventrículo direito, compatível com HP pré-capilar aguda. **Diagnóstico:** Hipertensão pulmonar secundária à Mieloma Múltiplo. **Evolução:** Iniciou-se suporte clínico, com proposta pela hematologia de quimioterapia e plasmaférese terapêutica. Após duas horas da primeira sessão desta, houve melhora respiratória expressiva, permitindo respiração em ar ambiente com SpO₂ 93%, além de PaO₂ 72 mmHg. No mesmo dia, IgA reduziu para 3,8/ g/dL e PSAP para 52/ mmHg. Após seis sessões diárias, IgA atingiu 2,2/ g/dL e PSAP 34/ mmHg, com resolução completa dos sintomas respiratórios e neurológicos, recebendo alta para enfermaria. **Discussão:** A HP por hiper viscosidade resulta de obstrução funcional da microcirculação pulmonar devido ao plasma espesso e interferência óptica das imunoglobulinas, elevando a resistência vascular pulmonar e reduzindo o débito cardíaco efetivo, podendo causar hipoxemia relativa e discrepância entre SpO₂ e PaO₂, explicada tanto por limitações técnicas da oximetria quanto por alterações reais da oxigenação decorrentes da desigualdade V/Q e difusão prejudicada. A rápida normalização das pressões pulmonares após redução da viscosidade por plasmaférese confirma seu papel causal. Este caso destaca que a HP por hiper viscosidade deve ser considerada em pacientes com insuficiência respiratória aguda ou subaguda, sem evidências de tromboembolismo pulmonar ou insuficiência cardíaca esquerda, especialmente quando há suspeita de doença hematológica. A plasmaférese imediata, associada ao tratamento da doença de base, pode reverter de forma rápida e eficaz a HP, restabelecendo a função respiratória e prevenindo complicações graves.

453 GRAVIDEZ EM HIPERTENSÃO PULMONAR COM VASORREATIVIDADE POSITIVA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM UM CASO CLÍNICO

LIRA, M J T , SANCHES, F M , FERNANDES, C J C , ALVES JUNIOR, J L , SOARES, G S
INCOR - FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

A hipertensão pulmonar (HP) é uma das condições cardiológicas de maior risco durante a gestação, com mortalidade materna ainda elevada. As alterações fisiológicas da gravidez agravam a sobrecarga do ventrículo direito (VD), predispondo à falência circulatória. O teste de vasorreatividade pulmonar (TVR) pode identificar um subgrupo de pacientes com resposta favorável à terapia vasodilatadora, mas seu uso em gestantes é controverso e pouco descrito, o que torna este caso clínico especialmente relevante. **História da doença atual e progressa:** Paciente de 25 anos, previamente hígida, com história de síncope há cerca de 1 ano. Trouxe ecocardiograma externo evidenciando insuficiência tricúspide importante, hipocinesia de VD e hipertensão pulmonar (PSAP 47 mmHg). A avaliação em serviço especializado confirmou a progressão da disfunção ventricular. Dez meses após, retornou com dispneia aos esforços e novos episódios de síncope. Durante o seguimento, foi diagnosticada gestação de 14 semanas, apresentando-se em classe funcional II/III da OMS. **Exame físico:** À admissão, sem sinais clínicos de insuficiência cardíaca descompensada. Sinais vitais estáveis. Ausência de hipoxemia ou estertores pulmonares. Presença de sopro sistólico em foco tricúspide e abaulamento de região precordial compatível com sobrecarga de câmaras direitas. **Exames complementares:** Ecocardiogramas seriados com hipocinesia progressiva de VD e HP moderada. Angiotomografia torácica: excluiu TEP; mostrou tronco pulmonar dilatado, relação VD/VE >1 e retificação do septo interventricular. Ressonância magnética cardíaca corroborando disfunção de VD. Cateterismo cardíaco direito com TVR positivo: redução da pressão média da artéria pulmonar sem queda do débito cardíaco. **Diagnóstico:** Hipertensão pulmonar pré-capilar com resposta positiva ao teste de vasorreatividade em paciente jovem gestante, na 14ª semana de gestação. **Evolução:** Após o diagnóstico, iniciou-se sildenafil com melhora clínica. Após confirmação da vasorreatividade, introduziu-se diltiazem 30 mg 8/8h, com resposta clínica favorável e classe funcional II mantida. Com 32 semanas, apresentou pielonefrite e descompensação hemodinâmica com hipotensão grave, sendo transferida para UTI respiratória. Após estabilização clínica e hemodinâmica, retornou à enfermaria obstétrica. Realizou parto cesáreo eletivo com 36 semanas, com desfecho materno e fetal favorável. **Discussão:** A vasorreatividade pulmonar ocorre em 10–15% dos pacientes com HAP e indica boa resposta aos bloqueadores de canais de cálcio (BCC). Embora o teste não seja rotina em gestantes devido ao risco de instabilidade, pode ser realizado em centros especializados, como neste caso, que orientou o uso de diltiazem. Estudos indicam que BCCs são relativamente seguros na gestação, principalmente em pacientes de baixo risco. A complicação infecciosa e hemodinâmica da paciente ressaltam a vulnerabilidade dessa população, reforçando a importância do acompanhamento multiprofissional e da individualização do tratamento.

347 HIPOXEMIA EM PACIENTE COM CIRROSE E ASCITE REFRATÁRIA: RECONHECENDO A SÍNDROME HEPATOPULMONAR

MARQUES, I M B , ROBERTO, I M , LOPES, D V , SOUZA, B V P , BEDIN, D C C , PINHEIRO, L , FARESIN, S M
Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A síndrome hepatopulmonar (SHP) é uma complicação da cirrose e da hipertensão portal, cujo tratamento em casos selecionados é o transplante (tx) hepático. O caso relatado destaca a importância de estabelecer a causa da hipoxemia arterial em portador de cirrose e ascite refratária com indicação de tx hepático e suspeita de ser portador de pneumopatia crônica. **História da doença atual e progressa:** Masculino, 65 anos, natural de Pernambuco, ex-tabagista (37 anos/maço) e ex-etilista. Portador de cirrose hepática alcoólica e por hepatite C, com antecedentes de ascite, hemorragia digestiva alta e trombose de veia porta. Há cinco anos, apresenta tosse seca, chiado e dispneia progressiva (mMRC 3), com piora após infecção por H3N2, há dois anos. Evoluiu com hipoxemia em ar ambiente, atingindo valores de SpO2 aos esforços de 74%. Realiza paracentese de alívio a cada 15 dias. Por isto, foi encaminhado para avaliação pneumológica pré-tx hepático. **Exame físico:** Regular estado geral, emagrecido; SpO2 90%; som respiratório diminuído em bases; abdome com ascite, Traube ocupado e sem circulação colateral; ausência de baqueteamento digital. **Exames complementares:** Laboratório: Hb 16,1 Leuco 6.300 PlaQ 99.000; TGO 50 TGP 27; U 18 C 0,73; pH 7,45 PaCO2 31,2 PaO2 69 Bic 21,2 SatO2 93%. Espirometria: CVF reduzida, com resposta significativa ao broncodilatador e normalização funcional. TCAR de tórax: Raros micronódulos e raras opacidades em vidro fosco, enfisema parasseptal discreto e ateromatose discreta. Ecocardiograma com contraste: Fração de ejeção 64%; pressão estimada da artéria pulmonar 23 mmHg; aparecimento tardio do contraste nas câmaras esquerdas (e"4 ciclos), compatível com shunt intrapulmonar importante. **Diagnóstico:** SHP e hiperreatividade brônquica. A hipoxemia é secundária à síndrome e não há presença de doença pulmonar crônica que explique tal achado. Conduta: Formoterol com Budesonida 6/200mcg 2 jatos de 12/12 horas e encaminhado para transplante. **Evolução:** Houve desaparecimento dos sintomas respiratórios e foi realizado tx hepático sem intercorrências. Recebeu alta em 30/06/2025. **Discussão:** A SHP é uma complicação da cirrose e da hipertensão portal, caracterizada por vasodilatação pulmonar e shunts intrapulmonares, que comprometem as trocas gasosas e causam hipoxemia. Sua prevalência em cirróticos varia de 11% a 32% e, muitas vezes, passa despercebida. Em candidatos ao transplante hepático, o rastreio é essencial, pois a presença de SHP impacta no prognóstico e na priorização na fila. Pacientes com doença hepática crônica podem apresentar ascite, esplenomegalia, icterícia, baqueteamento digital e sangramento gastrointestinal. A presença de dilatações vasculares intrapulmonares pode manifestar-se por platipneia, ortodeóxia e hipoxemia. O diagnóstico padrão-ouro é a ecocardiografia com contraste, que demonstra microbolhas tardias nas câmaras esquerdas. Deve-se comprovar troca gasosa comprometida por gasometria arterial e cálculo do gradiente alvéolo-arterial. Casos leves são acompanhados; os graves requerem oxigenoterapia até o transplante, único tratamento curativo.

- 352 **COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA : CHOQUE OBSTRUTIVO APÓS TROMBOENDARTERECTOMIA COM CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA PROLONGADA**
WESTPHAL, L , OTA-ARAKAKI, J , LIMA, F S , SILVA, G S , PAULA, A A , CORDEIRO, A , BRAYNER, B L
UNIFESP - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil

A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é forma tratável de hipertensão pulmonar e integra o grupo 4 da classificação clínica. A tromboendarterectomia pulmonar é terapêutica potencialmente curativa em casos com trombos acessíveis compatíveis com o grau de elevação da resistência vascular pulmonar (RVP). A seleção adequada dos candidatos considera anatomia vascular, repercussão funcional, reserva cardíaca e ausência de comorbidades impeditivas. Embora segura em centros especializados, complicações graves podem ocorrer, especialmente em procedimentos com circulação extracorpórea prolongada. O caso reforça a necessidade de monitoramento de possíveis complicações no pós-operatório em centros experientes. **História da doença atual e pregressa:** Paciente de 43 anos, sexo feminino, com diagnóstico de HPTEC, apresentava dispneia aos e importante limitação funcional (CF III). Angiotomografia de tórax revelou trombos organizados com oclusão dos ramos arteriais do lobo médio e inferior direito, além de dilatação do tronco da artéria pulmonar. Ecocardiograma com PSAP estimada em 78 mmHg e disfunção de ventrículo direito. Teste de caminhada 6min limitada a 72 metros, com interrupção precoce devido dispneia. Teste cardiopulmonar demonstrou ineficiência ventilatória ($\Delta VE/VCO_2$: 39), $PETCO_2$ reduzido e platô pulso de oxigênio. Cateterismo cardíaco direito com PAD 21mmHg, PAPm 52mmHg. IC 2,41 L/min/m², RVP 776 dinas.s/cm⁵. Submetida a tromboendarterectomia com tempo de CEC de 149 min. Evoluiu no 6º dia pós-operatório com sinais de baixo débito, sendo diagnosticado tamponamento cardíaco e submetida à drenagem pericárdica, com desfecho clínico favorável. Atualmente encontra-se há 2 anos do PO, em CF I, sem HP residual. **Exame físico:** Sudorese, redução do nível de consciência, hipotensão arterial e baixa perfusão periférica. Sons cardíacos hipofonéticos. **Exames complementares:** Teste cardiopulmonar demonstrou ineficiência ventilatória ($\Delta VE/VCO_2$: 39), $PETCO_2$ reduzido e platô pulso de oxigênio. Cateterismo cardíaco direito com PAD 21mmHg, PAPm 52mmHg. IC 2,41 L/min/m², RVP 776 dinas.s/cm⁵. **Diagnóstico:** PO Tromboendarterectomia Pulmonar - HPTEC Tamponamento Cardíaco **Evolução:** Realizado drenagem pericárdica com melhora clínica e hemodinâmica. **Discussão:** A avaliação para TEP-A deve ser criteriosa, considerando a anatomia vascular acessível, repercussão hemodinâmica e ausência de doenças associadas que aumentem o risco cirúrgico. A duração prolongada da circulação extracorpórea pode gerar resposta inflamatória exacerbada e risco de complicações pericárdicas, como observado neste caso. O tamponamento cardíaco no pós-operatório é raro, mas deve ser considerado frente à instabilidade hemodinâmica. O reconhecimento precoce da deterioração clínica, a disponibilidade de ecocardiografia à beira leito e a atuação conjunta com a equipe cirúrgica foram fundamentais para evitar evolução desfavorável. O caso reforça a necessidade de monitoramento de possíveis complicações no pós-operatório em centros experientes.

- 534 **HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR SECUNDÁRIA À PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL: RELATO DE CASO**
MIRANDA, T D , PRADO, F D O , FREIRE, V C C , JUNHO, M F S , KUMAGAI, L M , DO CARMO, L P , VIEIRA, T M
Univas - Pouso Alegre - Mg - Minas Gerais - Brasil

Define-se hipertensão pulmonar (HP) como a elevação da pressão média na artéria pulmonar igual ou superior a 20mmHg em repouso, sendo que ela chamada de Hipertensão arterial Pulmonar (HAP) quando se tem uma doença da circulação pulmonar com presença de lesão plexiforme, com resposta a terapia medicamentosa. Dentre as causas de HAP temos as cardiopatias congênitas simples, inclusive a persistência do canal arterial (PCA), uma rara causa de HAP. A persistência do canal arterial (PCA) é uma cardiopatia acianótica comum, de sintomatologia variável, que quando não corrigida na infância pode cursar com HAP devido hiperfluxo na artéria pulmonar. Relatamos um caso de PCA conhecido desde a infância em que a paciente desenvolveu HAP. **História da doença atual e pregressa:** Mulher, 27 anos, portadora de síndrome de Down, refere sintomas crônicos de dispneia aos esforços há mais de 10 anos, episódios de dor em membros inferiores e cianose de extremidades, principalmente nas pernas quando fazia esforço físico. **Exame físico:** Ao exame físico, presença de sopro em foco tricúspide, hiperfonese de segunda bulha e saturação de 96% em mãos e 89% nos pés. **Exames complementares:** Ecodopplercardiogramas (ECO), desde seu nascimento que já demonstrava PCA e uma discreta CIA (ambos não vistos nos exames atuais, incluindo eco transesofágico Ecocardiogramas atuais com Aumento da PSAP, dilatação de Ventrículo Direito Angioressocância de vasos pulmonares - Presença de CIA Cateterismo cardíaco Direito - Padrão Pré Capilar. **Diagnóstico:** Hipertensão Arterial Pulmonar Secundária a Persistência do Canal Arterial. **Evolução:** Reunião multidisciplinar: Pneumologistas com cardiologistas congênitos : não há mais benefícios no fechamento da mesma e foi decidido pelo tratamento clínico da HAP com sildenafil e ambrisentana. Paciente com melhora clínica sustentada. Iniciou com dores nas pernas no início do quadro, com melhora posterior Houve melhora da classe funcional e do BNP. **Discussão:** A Persistência do Canal Arterial (PCA) é uma cardiopatia congênita frequente e, quando não corrigida precocemente, pode evoluir para complicações graves, como a hipertensão pulmonar (HP). O fluxo sanguíneo contínuo entre a aorta e a artéria pulmonar leva a sobrecarga circulatória, remodelação vascular e aumento irreversível da resistência pulmonar. No caso apresentado, a paciente com diagnóstico de PCA na infância não foi submetida ao fechamento oportuno e desenvolveu HP ao longo dos anos, tornando a intervenção cirúrgica ineficaz. O tratamento passou a ser centrado em terapias específicas para HP, como sildenafil e antagonistas dos receptores de endotelina, que visam reduzir sintomas e melhorar a qualidade de vida. A associação com síndrome de Down reforça a importância do rastreamento precoce em populações de risco. Este relato destaca a necessidade de diagnóstico neonatal, intervenção precoce e acompanhamento multidisciplinar, enfatizando que o atraso terapêutico pode resultar em complicações irreversíveis e prognóstico reservado.

373 MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR GIGANTE: UM ACHADO INCIDENTAL

SOUZA, B V P, MARQUES, I M D B, ROBERTO, I D M, LOPES, D V, BRAYNER, B L, ARAKAKI, J S O, LAFETA, M
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - São Paulo - São Paulo - Brasil

A malformação arteriovenosa pulmonar (MAV) constitui uma patologia rara do sistema respiratório, definida por conexões anômalas entre artérias e veias pulmonares, que levam a um desvio patológico do fluxo sanguíneo da direita para a esquerda. Tal condição compromete a oxigenação adequada do sangue e frequentemente está associada à telangiectasia hemorrágica hereditária (THH), conhecida como síndrome de Osler-Weber-Rendu. A MAV pode resultar em complicações graves e potencialmente fatais, incluindo acidente vascular cerebral isquêmico, infarto agudo do miocárdio, abscesso cerebral, hemoptise maciça e hemotórax. Considerando a baixa prevalência e a gravidade do quadro clínico, este relato de caso tem como objetivo ampliar o reconhecimento diagnóstico da doença. **História da doença atual e pregressa:** Mulher, 40 anos, previamente saudável, procurou pronto atendimento por febre e disúria, sem sintomas respiratórios. Apresentou dessaturação pela oximetria de pulso na triagem sendo então encaminhada para hospital terciário. **Exame físico:** SpO₂ 79% em ar ambiente, 86% com máscara de reservatório a 15L/min. Presença de cianose periférica e baqueteamento digital. **Exames complementares:** -Angiotomografia revelou grande MAV no lobo superior direito (artéria pulmonar dilatada de 1,6 cm pelo menos duas veias de drenagem confluindo na veia pulmonar superior direita) e outras duas MAVs no lobo inferior direito (artéria nutriente e veia de drenagem confluindo para veia pulmonar inferior) e lobo médio (artéria nutriente e veia de drenagem confluindo para veia pulmonar superior direita). Observou-se circulação brônquica proeminente, opacidades em vidro fosco, consolidações e espessamento septal compatível com congestão veno-linfática -Gasometria arterial em ar ambiente: pH 7,44, PCO₂ 32,3 mmHg, PO₂ 34,4 mmHg, HCO₃ 21,4 mg/dL, SO₂ 65,3% -Gasometria arterial após a administração de oxigênio a 100%: pH 7,48, PCO₂ 26,2 mmHg, PO₂ 55,4 mmHg, HCO₃ 19,5 mg/dL, SO₂ 88,3% -Ecocardiograma: Desempenho contrátil ventricular esquerdo e direito conservados. Sem sinais indiretos de hipertensão pulmonar. Detecção de microbolhas no ventrículo esquerdo no oitavo ciclo cardíaco, sugestivo de shunt intrapulmonar.

Diagnóstico: MAV **Evolução:** Após avaliação clínica, no rastreio familiar foi identificado que o filho também tinha cianose e hipoxemia assintomática. Optou-se pela alta com orientações para seguimento ambulatorial em equipe multiprofissional. A paciente e o familiar perderam o seguimento. **Discussão:** As MAVs podem ter origem congênita ou esporádica. Nos casos congênitos, até 90% estão associados à THH. Geralmente, o suprimento sanguíneo vem das artérias pulmonares, e apenas cerca de 5% têm origem em artérias sistêmicas, como aorta, artéria brônquica ou intercostais. A maior parte dos pacientes é assintomática, sendo o diagnóstico frequentemente incidental em exames de imagem ou durante triagem para THH confirmada ou suspeita. A embolização é o tratamento mais utilizado e eficaz, enquanto a cirurgia e o transplante pulmonar podem ser indicados em situações selecionadas.

457 DISFONIA SECUNDÁRIA A COMPRESSÃO DE NERVO LARÍNGEO RECORRENTE POR ANEURISMA DE ARTÉRIA INOMINADA - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPROVÁVEL EM PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR

LIMA, L P, OLIVEIRA, A V, FERREIRA, L A, AYRES, L R, PÁDUA, S, CARRASCOSA, T D, MENEZES, M B

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

Tumores de região cervical, torácica e do mediastino podem ter como primeira manifestação a rouquidão ou outras alterações na qualidade da voz. Isso se deve à frequente compressão do nervo laríngeo recorrente pelos tumores (o laríngeo recorrente parte do nervo vago e passa sob a artéria subclávia antes de retornar à laringe). Pacientes com fibrose pulmonar ou outras doenças intersticiais possuem risco aumentado de desenvolver neoplasias de pulmão, de modo que, quando a disfonia surge, essa possibilidade deve ser aventada. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 73 anos, em seguimento em serviço terciário de pneumologia por doença intersticial pulmonar em investigação etiológica com sintomas há cerca de 2 anos; em uso de oxigênio domiciliar há 6 meses. Há 2 meses passou a apresentar disfonia e, posteriormente, engasgos. O paciente não tinha histórico de tabagismo nem exposições relevantes. Tinha diabetes bem controlada, sem outras comorbidades.

Exame físico: À admissão, o paciente não se apresentava com sintomas agudos. Relatava queda do estado geral importante, além de limitação para as atividades habituais e estava mais restrito ao leito, porém não havia perdido peso. Apresentava piora da tosse, sem hemoptise. Ao exame físico, apresentava-se com estertores em velcro bilateralmente, sem mudança da ausculta, porém com necessidade de mais aporte de oxigenoterapia contínua (de 2L/min para 4L/min). **Exames complementares:** Em nasofibrosopia foi visualizada paralisia de prega vocal à direita e aventada hipótese de compressão do nervo laríngeo recorrente, inicialmente com hipótese etiológica de compressão tumoral. A tomografia de tórax não mostrou achados compatíveis com neoplasia, mas sim um aneurisma fusiforme de artéria inominada à direita, com cerca de 70mm de diâmetro, parcialmente trombosado. Nenhuma outra causa para a disfonia foi encontrada. **Diagnóstico:** O diagnóstico conclusivo, então, foi de que o aneurisma, já em tamanho alarmante, era a causa da disfonia neste paciente. **Evolução:** Devidos aos engasgos, o paciente se alimentava principalmente de líquidos, já bastante desnutrido, o que dificultou a programação cirúrgica de correção do aneurisma, além da doença intersticial subjacente, com perda de função pulmonar. **Discussão:** Embora tumores sejam causa frequente de compressão nervosa ocasionando disfonia, outras etiologias devem ser consideradas, valendo-se de exame de imagem quando indicado, de modo a sensibilizar o diagnóstico adequado. O aneurisma de artéria inominada é patologia muito rara; revisões identificam 100-150 casos reportados historicamente. Geralmente são relacionados a aterosclerose (a causa mais comum em adultos), também podendo ser ligados a trauma, infecção, vasculites. Em sua maior parte, são assintomáticos e achados incidentais. Quando sintomáticos, estão associados principalmente à compressão - com rouquidão ou disfagia. O tratamento indicado é o reparo, aberto ou endovascular (especialmente em pacientes com alto risco cirúrgico, porém com evidência de alto nível limitada - justamente por séries pequenas).

525 **LINFANGIOMIOMATOSE PULMONAR ASSOCIADA À ESCLEROSE TUBEROSA: RELATO DE CASO CLÍNICO**
MANTOVANI, B M , TORRES DA SILVA, C , SCHMIELE NAMUR, C , VASCONCELOS ALMEIDA, I , NOGUEIRA ARAÚJO, T

Santa Casa de Sao Paulo - Sao Paulo - São Paulo - Brasil

A linfangiomiomatose pulmonar (LAM) é uma doença rara que acomete mulheres em idade fértil, caracterizada pela proliferação anômala de células musculares lisas e pela formação de múltiplos cistos pulmonares. Pode ocorrer de forma esporádica ou associada à esclerose tuberosa complexa (ETC), síndrome autossômica dominante causada por mutações em TSC1 ou TSC2. Na forma LAM-ETC, o curso clínico tende a ser mais indolente, com preservação funcional prolongada. O rastreamento com TCAR deve ser realizado desde a adolescência, e inibidores de mTOR, como o sirolimus, estão indicados em casos de progressão funcional ou manifestações agressivas. O caso é relevante por ilustrar o fenótipo indolente de LAM-ETC em paciente jovem, diagnosticada precocemente e acompanhada em seguimento multidisciplinar, mantendo estabilidade clínica e funcional por mais de seis anos. **História da doença atual e pregressa:** Paciente feminina, 33 anos, natural de Salesópolis/SP e residente em Guararema/SP, trabalhadora rural, sem tabagismo ou exposição ambiental. Antecedentes: crises convulsivas na infância até os cinco anos, hipertensão gestacional e infecções urinárias recorrentes. História familiar: irmã com ETC, pai com lesões cutâneas sugestivas e filha com malformações compatíveis, falecida ao sétimo dia de vida. Durante gestação em 2017, foi identificado rabiomioma fetal com evolução para óbito neonatal. Na internação, a RNM de encéfalo revelou túberes corticais, bandas radiais e nódulos subependimários, confirmando o diagnóstico de ETC. Em 2018, a biópsia renal mostrou angiomiolipomas bilaterais e a TC de tórax demonstrou múltiplos cistos pulmonares típicos de LAM. **Exame físico:** Paciente em bom estado geral, SatO₂ de 98% em ar ambiente, frequência cardíaca de 97 bpm, murmúrio vesicular preservado, sem ruídos adventícios, edemas ou déficits neurológicos. **Exames complementares:** Espirometrias (2018 e 2024): normais. TC de tórax (2024): discreto aumento de cistos bilaterais, pequenos nódulos e angiomiolipomas hepáticos/pancreáticos. RNM encefálica (2017/2019): túberes corticais e nódulos subependimários. Ecocardiograma (2017): fração de ejeção de 62%, discreta insuficiência mitral. **Diagnóstico:** O diagnóstico de LAM associada à ETC foi estabelecido por critérios clínico-radiológicos, sem necessidade de biópsia pulmonar. **Evolução:** A paciente permanece assintomática do ponto de vista respiratório, em uso de sirolimus 20 mg/dia e outras medicações, mantendo estabilidade clínica e funcional há seis anos. **Discussão:** De acordo com as diretrizes da ATS/JRS/ERS (2016), o diagnóstico de LAM pode ser feito sem biópsia em mulheres com cistos pulmonares típicos associados à ETC. O caso ilustra a forma indolente da doença, com função preservada em longo prazo. O uso de sirolimus, comprovado no estudo MILES (McCormack et al., 2011), é eficaz em angiomiolipomas renais e pode contribuir para estabilização pulmonar. Ressalta-se a importância do rastreamento precoce, acompanhamento com TCAR e provas funcionais, além da abordagem multidisciplinar, para prevenir complicações.

doenças intersticiais pulmonares (relato de caso)

542 **DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL FAMILIAR NÃO CLASSIFICADA EM INDIVÍDUO COM ANTECEDENTE DE SARCOIDOSE GRAU II**

MARIANO, L O L , MOURA, I D A , FERNANDES, N G , PAULA, T D A , GUERRA, R V V , SANTIAGO, M V P , RODRIGUES, S C

IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

A fibrose pulmonar idiopática e a sarcoidose são doenças distintas. Não está estabelecido se a pneumonia intersticial usual representa uma via final comum da sarcoidose estágio IV avançada. Relatos recentes descrevem sobreposição entre sarcoidose (predomínio de lobos superiores e feixe broncovascular) e FPI (predomínio periférico e lobos inferiores), sugerindo a existência de uma entidade distinta denominada sarcoidose combinada à FPI. Apresentamos um caso raro de doença pulmonar intersticial (DPI) não classificada familiar em paciente com antecedente de sarcoidose. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 70 anos, branco, professor aposentado, com diagnóstico prévio de sarcoidose pulmonar grau II (2007), em remissão espontânea. Encaminhado ao ambulatório de DPI devido a histórico familiar de fibrose (mãe e 4 de 7 irmãos acometidos), assintomático. Exposição prévia a pássaros e mofo, não tabagista. **Exame físico:** Sem alterações significativas no momento da avaliação. **Exames complementares:** Tomografias seriadas (3/2019'17/2024) evidenciaram opacidades reticulares periféricas e estrias fibroatelectásicas estáveis, compatíveis com doença intersticial incipiente. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve, com declínio de 6% e 13% na CVF e DCO, respectivamente (9/2022'12/2024). LBA revelou alveolite neutrofílica. Biópsia pulmonar cirúrgica (6/2025) demonstrou fibrose pulmonar incipiente não classificada caracterizada por comprometimento multifocal sem desorganização arquitetural, com distribuição periférica e acinar, inflamação linfomononuclear e aprisionamento de ar. **Diagnóstico:** DPI fibrótica não classificada familiar em paciente com antecedente de sarcoidose, sem sinais de inflamação granulomatosa ativa. **Evolução:** Mantida estabilidade clínico-radiológica, porém com discreto declínio funcional. Segue em acompanhamento multidisciplinar, em discussão de terapia antifibrótica. **Discussão:** A sobreposição entre sarcoidose e fibrose pulmonar é rara, podendo estar associada à predisposição genética. Neste caso, a biópsia pulmonar foi fundamental, pois mostrou um padrão de fibrose aparentemente não relacionado à sarcoidose, reforçando a relevância da caracterização histopatológica. Dados recentes dão suporte a um modelo de inflamação granulomatosa persistente, mas que parece ter sido afastado aqui, já que a biópsia não revelou granulomas. Dentro do contexto de agregação familiar, cujo prognóstico costuma ser ruim, o tratamento com antifibrótico não deve ser postergado. Conclusão A investigação genética e o seguimento próximo são fundamentais em pacientes com sarcoidose e agregação familiar de fibrose pulmonar. Paciente assinou o TCLE.

- 402 **BRONQUIOLITE CONSTRITIVA POR EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A AROMATIZANTES ALIMENTARES**
POEYS SANTIAGO, M V , MAYUMI NOMURA, F , CAVALCANTE NETO, P M , ANDRADE PAULA, T , GODINHO FERNANDES, N , MONTEIRO RODRIGUES, M , SOUSA RODRIGUES, S C
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

A pneumonite por hipersensibilidade (PH) é causada por exposição a antígenos inalados, podendo acometer alvéolos e/ou pequenas vias aéreas (PVA). O diacetil, produto utilizado como aromatizante de sabor amanteigado, está associado a lesões inflamatórias e fibrose de PVA, resultando em bronquiolite constritiva (BC). Casos relacionados à exposição ocupacional foram descritos em fábricas de pipoca nos EUA e de biscoitos no Brasil. Relatamos um caso grave e progressivo de BC em trabalhador de indústria de aromatizantes alimentares. O interesse deste caso está na raridade da doença e em sua relevância para a saúde ocupacional, destacando-se a importância da prevenção e do diagnóstico precoce. **História da doença atual e progressa:** Homem, 50 anos, encaminhado ao ambulatório de Doenças Pulmonares Intersticiais em 5/8/2025 com queixa de dispneia, tosse produtiva e chiado desde maio de 2024, em uso de prednisona 60 mg/dia além de broncodilatadores e corticosteroide (CE) inalatórios. Negava história de asma ou tabagismo. É hipertenso e fazia uso de Losartana e Anlodipino. Os sintomas apareceram após 4 anos de trabalho em fábrica de produção de aromatizantes alimentares destinados a estabelecimentos comerciais. **Exame físico:** Ausculta pulmonar: sibilos. Oximetria de pulso 96%. **Exames complementares:** A tomografia de tórax evidenciava atenuação em mosaico e aprisionamento aéreo na expiração e a função pulmonar mostrava distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) acentuado com capacidade de difusão do monóxido de carbono preservada. **Diagnóstico:** O conjunto de achados é compatível com bronquiolite constritiva por exposição a aromatizantes alimentares. **Evolução:** Conduta: afastamento do trabalho, redução da prednisona a 10 mg/dia, micofenolato de mofetila e avaliação para transplante pulmonar. **Discussão:** A BC por exposição a aromatizantes industriais é rara e costuma afetar jovens em plena vida laboral. Na literatura, poucos casos foram submetidos à biópsia pulmonar, que evidencia bronquiolite constritiva, por vezes com granulomas, sugerindo PH com fibrose das PVA. O afastamento da exposição é fundamental. O tratamento baseia-se em relatos anedóticos, que incluem CE e imunossuppressores, além de terapias para alívio dos sintomas e estratégias para melhora da qualidade de vida. O transplante pulmonar deve ser considerado nas formas graves. A prevenção exige avaliação médica periódica dos expostos, controle ambiental e uso de respiradores adequados. Conclusão: A bronquiolite deve ser considerada no diagnóstico diferencial de indivíduos expostos a aromatizantes que se apresentam com DVO.

- 520 **PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: BENEFÍCIOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO**
OLIVEIRA, A V , LIMA, L P , SOUSA, M C F F , DE PÁDUA , S , AYRES, L R , FERREIRA, L A , ALVES, L R
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma doença pulmonar de natureza imunológica que pode ser desenvolvida a partir da inalação de antígenos orgânicos. Se divide em fase inflamatória (aguda) e fase fibrótica (crônica). O diagnóstico na sua fase aguda é importante com o objetivo de evitar danos pulmonares irreversíveis. **História da doença atual e progressa:** Paciente SMVP, 42 anos, masculino, previamente hígido, sem uso de medicações crônicas. Negava tabagismo ativo ou contato com mofo ou pássaros. Iniciou em Abril de 2024 dispneia em repouso e tosse seca. Realizados múltiplos esquemas de antibióticos com hipótese de pneumonias de repetição, sem melhora do quadro. Em maio, apresentou piora da dispneia e dessaturação, sendo internado para investigação. **Exame físico:** Ao exame físico inicial do aparelho respiratório, paciente apresentava crepitações finas bibasais, estava eupneico e com saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. **Exames complementares:** À tomografia computadorizada de tórax, visualizados múltiplos nódulos com atenuação em vidro fosco esparsos pelos campos pulmonares. Avaliação funcional com difusão, apresentava relação VEF1/CVF preservada (100%), VEF1 3,62 (91%), CVF 4,41 (92%), CPT 5,45 (85%) e DLCO 13,38 (46%). Investigação de doenças autoimunes negativa. Realizado broncoscopia com LBA, com predomínio linfocítico e criobiópsia em julho/2024 com evidência de múltiplos focos de infiltrado inflamatório linfocítico intersticiais, de distribuição aleatória, com agregados linfóides e esboços frouxos de granulomas epitelioides pequenos. Havia também raros focos de fibrose intersticial leve associada. **Diagnóstico:** Ao ser questionado, paciente referia trabalhar em fábrica de vassouras com exposição aos materiais de todo o processo de produção, principalmente nylon e madeira, além de praticar beach tênis e ter contato com areia cerca de três vezes na semana. Aventada hipótese de PH. **Evolução:** Realizado afastamento das exposições e iniciado prednisona 20mg/dia com desmame durante 8 semanas, com resolução das alterações tomográficas e aumento da difusão para 24,69 (86%), além de resolução das queixas de dispneia e tosse seca. **Discussão:** Em casos suspeitos de PH, é de extrema importância uma abrangente investigação profissional e do ambiente domiciliar. A tosse e a dispneia são os sintomas mais comumente encontrados e o achado tomográfico mais comum de PH não fibrótica é a opacificação difusa em vidro fosco. A prevenção de antígenos é a base do tratamento e geralmente resulta na regressão da doença. Um tratamento curto com glicocorticoides orais pode acelerar a melhora. Pacientes com PH aguda que evitam completamente o antígeno causal tendem a apresentar recuperação quase total da função pulmonar, embora a recuperação completa possa levar vários anos após o término da exposição incitante. A suspeita clínica aliada aos achados tomográficos e confirmação histopatológica, permitem confirmar um diagnóstico precoce de PH, permitindo o afastamento da exposição e instituição de imunossupressão quando indicada, evitando danos pulmonares permanentes.

- 306 **HEMORRAGIA ALVEOLAR RELACIONADA AO USO DE COCAÍNA INALADA - RELATO DE CASO**
BRAYNER, B L , FILHO, F S S , BORGES, V B , COSTA, M D B , TOGNILO, M L L , HOULY, S G D B , CERANTO, M D O
Universidade Federal de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A cocaína é a segunda droga ilícita mais consumida no Brasil, com propriedades que afetam o sistema nervoso central, respiratório e cardiovascular. A hemorragia alveolar (HA) secundária ao uso da cocaína é potencialmente fatal e deve ser considerada em pacientes jovens com quadro de IRpA e hemoptise, especialmente quando há história de uso recente da droga. **História da doença atual e pregressa:** Homem de 28 anos, previamente hígido, com histórico atual de tabagismo (16 m.a.), etilismo (1 litro de destilado/dia) e uso de cocaína inalada (10 pinos por semana há 8 anos, com uso abusivo nas últimas 24h), foi admitido por síncope e dispneia súbita em UPA. Evolui logo após com febre, tosse seca, hemoptise e insuficiência respiratória aguda (IRpA), necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica (VM) invasiva. Após intubação, observou-se saída de conteúdo sanguinolento pelo tubo orotraqueal com subsequente queda importante do nível de hemoglobina (7,0 g/dL). À admissão em UTI, constatou-se importante comprometimento de troca gasosa ($PaO_2/FiO_2 = 73$).

Exame físico: Neuro: RASS -5; ACV: Estável hemodinamicamente, taquicárdico; AR: MV presentes com estertores grossos em bases, hipoxêmico; Abdome: Sem visceromegalias. **Exames complementares:** TC de tórax com opacidades em vidro fosco difusas, focos de consolidação e áreas de broncograma aéreo em campos inferiores. Lavado broncoalveolar: Culturas para aeróbios e fungos, pesquisa direta e teste rápido molecular para M. tuberculosis negativas. Provas de coagulação sem alterações. Sorologias para HBV, HCV, HIV, leptospirose, pesquisa de vírus respiratórios (PCR Influenza, VSR e COVID-19) e hemoculturas negativas. Provas reumatológicas negativas. **Diagnóstico:** Broncoscopia: sangramento vermelho vivo constante em árvore brônquica direita e esquerda em paciente com uso recente de cocaína inalada. **Evolução:** Iniciou-se empiricamente antibioticoterapia, com piperacilina-tazobactam e azitromicina. Devido sangramento ativo visualizado em broncoscopia, foi administrado SF 0,9% resfriado em associação com adrenalina para hemostasia local. Realizadas medidas de suporte com transfusão de concentrado de hemácias, ácido tranexâmico inalatório, VM em estratégia ventilatória protetora, bloqueio neuromuscular e titulação da PEEP. Durante internação (46 dias), paciente evoluiu com melhora clínica progressiva, sendo transferido para serviço de origem em vigência de traqueostomia para reabilitação clínica. **Discussão:** A HA representa condição clínica grave, com rápida evolução para IRpA e potencialmente fatal. O uso de cocaína inalada pode resultar em vasoconstrição pulmonar e brônquica, isquemia, hemorragia alveolar (alveolite hemorrágica) e intersticial. Clinicamente apresenta-se com hemoptise, febre, tosse e dispneia de início agudo/subagudo. O diagnóstico exige alta suspeição clínica, achados radiológicos compatíveis e exclusão de causas infecciosas, autoimunes e tóxicas. O tratamento baseia-se em suporte ventilatório, controle do sangramento e suspensão da exposição.

- 359 **SÉRIE DE 10 CASOS DE PROTEINOSE ALVEOLAR**
SOUZA, B V P , DE PAULA, A A , WESTPHAL, L , BRAYNER, B L , RESENDE, A C L , SOARES , M R ,
PEREIRA, C A D C
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - São Paulo - São Paulo - Brasil

A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença rara e de fisiopatologia complexa, caracterizada pelo acúmulo anormal de material lipoproteico nos alvéolos pulmonares. Devido à sua baixa prevalência, sua apresentação clínica diversa e resposta variável ao tratamento, acreditamos que relatar uma série de casos contribui significativamente para aprendizagem e troca de experiências profissionais. Relatamos abaixo série de 10 casos de proteinose alveolar acompanhados no ambulatório de doenças pulmonares intersticiais da UNIFESP. **História da doença atual e pregressa:** Caso 1: Feminino, 31 anos, sem comorbidades, dispneia progressiva e tosse seca. Caso 2: Feminino, 28 anos, antecedentes de asma, rinite alérgica, dispneia progressiva e tosse seca há 10 meses. Caso 3: Masculino, 29 anos, ex-tabagista, metalúrgico, dispneia aos grandes esforços, tosse e sibilos há 4 meses. Caso 4: Masculino, 51 anos, ex-tabagista, dispneia e tosse. Caso 5: Feminino, 15 anos, previamente hígida, dispneia aos moderados esforços e tosse seca. Caso 6: Feminino, 33 anos, previamente hígida, dispneia aos moderados esforços. Caso 7: Masculino, 25 anos, dispneia aos grandes esforços e tosse. Caso 8: Masculino, 27 anos, ex-tabagista, previamente hígido, dispneia aos grandes esforços, dor torácica ventilatório dependente há 3 anos. Caso 9: Masculino, 47 anos, ex-tabagista, dispneia aos pequenos esforços de caráter progressivo e tosse seca. Caso 10: Feminino, 26 anos, previamente hígida, dispneia progressiva, tosse produtiva e perda ponderal. **Exame físico:** Todos os pacientes se apresentavam com estado geral regular/decaído, SpO_2 d" 94% em ar ambiente. **Exames complementares:** Apresentavam em comum TC de tórax com "pavimentação em mosaico" e lavado broncoalveolar (LBA) com aspecto leitoso. Nem todos os pacientes realizaram prova de função pulmonar, em virtude da condição clínica. **Diagnóstico:** PAP. **Evolução:** Caso 1 e 2: 1 lavagem pulmonar total (LPT) com resposta clínica parcial > introdução de rituximabe (RTX) > melhora clínica e radiológica. Caso 3 e 6: 2 LPT > melhora clínica, tomográfica e funcional. Caso 4: 1 LPT > melhora clínica, tomográfica e funcional. Caso 5: 1 LPT > melhora clínica apenas parcial > infecções de repetição, inclusive fúngica. Optado por início de GMC-SF recombinante > boa resposta clínica, tomográfica. Caso 7: Não indicada LPT em razão da melhora clínica espontânea. Caso 8: 4 LPT devido à recaída da doença > melhora parcial > piora da prova de função pulmonar e evidência de doença fibrótica > início de RTX > com melhora clínica e radiológica. Caso 9: 4 LPT às recaídas da doença > Segue com estabilidade clínica, funcional. Caso 10: 1 LPT recentemente, ainda em vigilância da resposta clínica. **Discussão:** PAP possui incidência estimada em 0,2 casos por milhão, com etiologia autoimune em e" 90% dos casos. Como demonstrado, comumente se apresenta como dispneia, com padrão tomográfico de espessamento interlobular e opacidades difusas em vidro fosco, além de LBA com aspecto leitoso. O tratamento consiste em LPT, reposição de recombinante de GM-CSF, imunossupressão com RTX, plasmaférese e transplante pulmonar.

406 Explorando cavernas - Quando GPA e criptococose coexistem

BUENO, L K S , VIEIRA, P C B

Escola Paulista de Medicina/UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Nódulos cavitados no pulmão são um dos principais motivos para encaminhamentos para o pneumologista. No entanto, é raro que duas etiologias sejam responsáveis por essas lesões ao mesmo tempo. Neste caso, exploramos uma rara coexistência de GPA com criptococose no mesmo paciente. **História da doença atual e progressa:** Paciente masculino, 67 anos, caminhoneiro, ex-tabagista com carga tabágica de 50 anos-maço (cessou em janeiro de 2024). Admitido com síndrome consumptiva — perda ponderal de 15 kg em um ano — associada a dispnéia progressiva, que evoluiu para limitações aos mínimos esforços, além de tosse seca e sibilância. Internado em 09/24 para investigação. A TC de tórax revelou múltiplos nódulos pulmonares difusos, muitos deles cavitados, com paredes espessas. A TC de seios da face evidenciou sinusopatia, descontinuidade do septo nasal e lesão orbitária à esquerda. Diante desses achados, a hipótese diagnóstica principal passou a ser granulomatose com poliangiíte (GPA). Realizou-se investigação de acometimento sistêmico, sem alterações significativas. Broncoscopia com lavado broncoalveolar foi realizada para pesquisa de infecções bacterianas, micobacterianas e fúngicas, com resultados negativos. Devido à gravidade do quadro clínico e aos achados compatíveis com vasculite ANCA associada, iniciou-se tratamento com prednisona 1 mg/kg e ciclofosfamida. Entretanto, alguns dias após, houve positividade para antígeno criptocócico sérico. Após discussão com infectologia e reumatologia, optou-se por rastreio de acometimento do sistema nervoso central com análise de líquido e ressonância magnética cerebral, ambos sem alterações. Dado o risco de infecção oportunista, iniciou-se tratamento antifúngico. **Exame físico:** MV diminuído e sibilos bilat. SpO₂ 80-81% AA/88-90% CNO, a 2-3 L/min. **Exames complementares:** 09/24: TC de tórax + seios da face: múltiplos nódulos pulmonares difusos, muitos deles cavitados, com paredes espessas. Sinusopatia, descontinuidade do septo nasal e lesão orbitária à esquerda AP broncoscopia - inflamação granulomatosa Anti-PR3 + Antígeno criptococo sérico +. **Diagnóstico:** Granulomatose com poliangiíte Criptococose pulmonar. **Evolução:** O paciente foi tratado com prednisona 1 mg/kg e ciclofosfamida e com anfotericina B lipossomal e fluconazol. Teve broncoespasmo com a infusão de anfotericina, o que fez com que a medicação fosse suspensa. Recebeu alta hospitalar em 11/24, em uso contínuo de fluconazol e ciclofosfamida, com persistência das lesões pulmonares e necessidade de oxigenoterapia domiciliar. **Discussão:** A gama de diagnósticos quando discutimos nódulos cavitados pulmonares é imensa e as causas inflamatórias, tais como a GPA, são frequentemente esquecidas, o que pode gerar alta morbimortalidade para os pacientes. Também é importante de infecções nestes casos, já que o tratamento de doenças inflamatórias geralmente envolve imunossupressão importante. No caso do nosso paciente, a investigação extensa que revelou a presença de criptococose foi fundamental para tratar as duas condições corretamente.

409 SARCOIDOSE PULMONAR NODULAR ESCAVADA: RELATO DE CASO RARO E DESAFIADOR

BARREIRO, V A , RIBEIRO, R M R , RODRIGUES, M M , DA CUNHA, N G M , MARIANO, L O L , COLETTA, E N A M, RODRIGUES, S C S

IAMSPE - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil

A sarcoidose pulmonar nodular escavada (SPNE) é bastante rara, sendo o diagnóstico desafiador. **História da doença atual e progressa:** Homem, 62 anos, encaminhado em 01/2025 para ambulatório de doenças pulmonares intersticiais. Desde 11/2023 apresentava dispnéia leve, dor torácica à direita, perda ponderal (8 kg/6 meses), sudorese noturna e frio em membros inferiores. Recebeu tratamento empírico para tuberculose sem melhora, suspenso após IGRA e PPD negativos. Evoluiu com dengue grave e derrame pericárdico drenado. Antecedentes: glaucoma em uso de timolol; operador de máquinas. **Exame físico:** Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Sem lesões de pele nem adenomegalias sistêmicas. **Exames complementares:** TC de tórax (11/2023–07/2024): múltiplos nódulos bilaterais, predominando em lobos superiores, alguns confluentes e irregulares, com posterior escavação e aumento progressivo; linfonodomegalias mediastinais e hilares. TC de abdome (03/2024): linfonodomegalias. Laboratório: hemograma, função renal e autoimunidade normais; sorologias para fungos, HIV, sífilis, HTLV e CMV negativas. Ecocardiograma (05/2024): derrame pericárdico com tamponamento, drenado; biópsia com infiltrado inflamatório discreto. As biópsias pulmonares por via transparietal (02/2024) e por videotorascopia (11/2024): processo inflamatório granulomatoso crônico, sem agentes infecciosos ou malignidade. Lavado broncoalveolar (05/2024): culturas e citologia negativas. Função pulmonar (01/2025): leve redução da capacidade pulmonar total e da difusão de CO. **Diagnóstico:** Sarcoidose pulmonar nodular escavada. **Evolução:** Evoluiu com melhora clínica após início de prednisona e metotrexato em 01/2025. **Discussão:** A sarcoidose pulmonar nodular é rara (2,4–4%), e a forma escavada ainda mais incomum (<0,5%). Geralmente, afeta os lobos superiores e na histologia, os granulomas costumam ser compactos e por vezes hialinizados. O diagnóstico diferencial inclui tuberculose, neoplasias e vasculites granulomatosas, afastadas neste caso. A evolução da SPNE é variável, podendo haver resolução espontânea ou boa resposta à corticoterapia, mas complicações como hemoptise, aspergiloma e pneumotórax são descritas. Neste caso, a resposta favorável ao tratamento reforçam o diagnóstico da SPNE.

451 **DERMATOMIOSITE ANTI-MDA5 ASSOCIADA A PNEUMOPATIA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA: RELATO DE CASO DE DIFÍCIL MANEJO**

LIMA, L P , CARRASCOSA, T D , SOUSA, M C F F , PÁDUA, S , FERREIRA, L A , BENATTI, M N

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Ribeirão Preto da USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

A dermatomiosite MDA5-positiva é uma forma distinta de miopatia inflamatória autoimune, caracterizada pela presença de autoanticorpos contra o gene melanoma differentiation-associated gene 5 (MDA5). Diferentemente de outras formas clássicas de dermatomiosite, essa variante pode apresentar fraqueza muscular discreta ou ausente, enquanto manifestações cutâneas típicas (como ulcerações dolorosas) e envolvimento pulmonar, especialmente a pneumonia intersticial rapidamente progressiva, são proeminentes e frequentemente graves. O prognóstico é reservado, exigindo diagnóstico precoce e intervenção imunossupressora agressiva. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 57 anos, admitido no nosso serviço com síndrome consumptiva de início em janeiro de 2025, com perda de 40kg em 3 meses, previamente hígido. **Exame físico:** Possuía escurecimento cutâneo, mais marcado em face e colo, e lesões ulceradas em faces extensoras de mãos. Estertores em velcro audíveis em todo o tórax. **Exames complementares:** Realizada dosagem de marcadores de autoimunidade usuais, com FAN, fator reumatoide, anti-Jo, anti-Ro, anti-La, anti-SCL todos negativos. Mantinha somente proteína C reativa (PCR) elevada em cerca de 10x vezes o valor da normalidade. Aventada possibilidade de neoplasia de sítio primário oculto, e então realizada extensa investigação, ao que foi evidenciada à tomografia de tórax doença intersticial pulmonar, com presença de áreas de consolidação assimétricas e bilaterais, em alguns momentos peribroncovasculares, entremeadas por áreas de vidro fosco e parênquima normal, com algumas bronquiectasias de tração. Visto também pneumomediastino. Prosseguiu-se com biópsia pulmonar por broncoscopia, inconclusiva. Realizado PET-CT para procura de foco neoplásico, negativo para neoplasia, porém com múltiplos abscessos disseminados, em cotovelo, costas, coxa e até em sistema nervoso central - com realce em T2 à ressonância magnética de encéfalo. Na cultura de todas as lesões, crescimento de *Staphylococcus aureus* multi sensível.

Diagnóstico: Aventada então possibilidade de endocardite com 3 critérios menores, porém com ecocardiografia transtorácica e transesofágica sem vegetação ou abscesso. Para complementação diagnóstica, foi realizado painel completo de dermatomiosite, afim de confirmar diagnóstico clínico raro e sugestivo de dermatomiosite anti-MDA5, com apresentação cutânea, sistêmica e doença intersticial pulmonar rapidamente progressiva, ainda com endocardite provável. **Evolução:** Por este motivo, a imunossupressão do paciente, embora indicada e encorajada pela piora funcional e tomográfica pulmonar, teve seu início atrasado e debatido extensamente, resultando em piora respiratória com evolução para necessidade de ventilação mecânica e aumento do pneumomediastino, com desfecho para o paciente negativo - óbito após 3 meses do início da investigação e 6 meses desde o início do quadro. **Discussão:** Assim, evidencia-se a importância do conhecimento de doença autoimune rara, em manifestação mais rara ainda, com acometimento pulmonar rapidamente progressivo e potencialmente fatal.

379 **OSSIFICAÇÃO PULMONAR PÓS-COVID-19 EM IDOSO NÃO TABAGISTA: RELATO DE CASO**

AZEVEDO FERREIRA DE VASCONCELOS, A , ABREU NEIS, M , VIEIRA PASSINI, V

Faculdade de medicina no ABC - Santo André - São Paulo - Brasil

A ossificação pulmonar difusa (OPD) é uma condição rara caracterizada pela formação de trabéculas ósseas no parênquima, geralmente associada a processos fibrosantes crônicos. Sua ocorrência após COVID-19 é excepcional, havendo poucos relatos na literatura. A identificação desses casos contribui para compreender mecanismos fisiopatológicos e orientar o acompanhamento clínico. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 73 anos, ex-metalúrgico com exposição pregressa ao amianto, não tabagista. Teve COVID-19 sintomática em 2020, sem necessidade de internação. Evoluiu, a partir de 2022, com dispneia progressiva, passando de esforços intensos para moderados em 2024. **Exame físico:** Sem descrição detalhada no documento de origem. Avaliação ambulatorial sem registro de sinais específicos; ênfase do relato recai em achados de imagem e função pulmonar.

Exames complementares: TC de 15/09/2020 mostrou espessamento pleural discreto, opacidades retículo-micronodulares periféricas difusas e espessamento septal interlobular; em 23/07/2024 houve espessamento septal acentuado com calcificações subpleurais nos lobos inferiores; em 25/11/2024 observaram-se reticulação basal bilateral, calcificações puntiformes e áreas de ossificação pulmonar. Radiografia de 28/06/2024 exibiu padrão reticular bilateral. Ecocardiograma de 01/07/2024 mostrou disfunção diastólica leve com PSAP ~31 mmHg. Espirometria de 21/05/2025: CVF 1,62 L (37% do previsto), VEF1 1,41 L (42%), VEF1/CVF 0,87 (116%), resposta broncodilatadora mínima. PAINEL autoimune: FAN 1:80 citoplasmático; ENA, Jo-1, Scl-70, SSA/SSB negativos; CPK 103 U/L, DHL 235 U/L, aldolase 2,8 U/L. **Diagnóstico:** O conjunto clínico-radiológico, aliado à exclusão de outras etiologias, sustentou a hipótese de OPD pós-COVID-19, mantendo-se asbestose no diferencial. O paciente segue em acompanhamento funcional periódico. **Evolução:** Curso indolente e progressivo entre 2020 e 2025, com agravamento tomográfico e declínio funcional, sem exacerbações agudas ou internações. Mantém seguimento ambulatorial. **Discussão:** A OPD é rara, acometendo menos de 1% das autópsias, e pode ser idiopática ou secundária a inflamação crônica. Após infecção por SARS-CoV-2, mecanismos propostos incluem hipóxia persistente, microambiente alcalino e ativação de vias TGF- α /BMP, que estimulam metaplasia osteoblástica. Padrões histopatológicos descritos na COVID-19, como dano alveolar difuso e pneumonia organizante, podem evoluir com ossificação em casos excepcionais. Relatos prévios indicam possível associação entre polarização macrófaga M2 (CD163z /CD206z), fibrogênese e ativação da via MAPK/MEK/ERK, sugerindo alvo terapêutico futuro. O diagnóstico baseia-se em achados radiológicos (opacidades lineares calcificadas, micronódulos subpleurais) e exclusão de doenças metabólicas ou granulomatosas.

492 **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇA PULMONAR RELACIONADA À IGG4 (DR-IGG4): UM RELATO DE CASO**

MARQUES, M A, MENDES, P R A, MACEDO, R F, REIS, F L, TASSI, A C, YAMACITA, J S, DE CAPITANI, E M
Disciplina de Pneumologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil

A doença relacionada à IgG4 é uma doença fibroinflamatória sistêmica rara de reconhecimento recente, caracterizada por múltiplas manifestações e acometimento de diversos órgãos ou sistemas. Manifestação pulmonar é tipicamente observada em meia-idade a idosos, predominando em homens. Na maioria dos casos é identificada de forma incidental. Este caso destaca a abordagem diagnóstica e a evolução clínica após tratamento específico. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 73 anos, ex tabagista (75 anos-maço), sem comorbidades prévias, iniciou há 2 anos quadro súbito de dispneia associado a dor torácica difusa, precedido por tosse crônica produtiva. Negava febre. Internado com diagnóstico de pneumotórax, submetido à drenagem torácica, quando o Rx de tórax mostrou consolidação apical no LSD levantando a hipótese de neoplasia de pulmão. **Exame físico:** Apresentava baqueteamento digital e livedo racemoso em membros inferiores, sem hipoxemia. **Exames complementares:** A TCAR reforçou a hipótese de neoplasia pulmonar ao mostrar massa peribroncovascular com linfonodomegalias mediastinais e hilares à direita, além de múltiplos cistos de paredes finas. Biópsia transtorácica mostrou fibrose associada a áreas de infiltrado linfomononuclear com agregados ricos em plasmócitos. Imunohistoquímica mostrou positividade para IgG4 em cerca de 40% dos plasmócitos, corroborando diagnóstico de DR-IgG4. Espirometria: obstrução moderada com CVF diminuído sem resposta ao broncodilatador. Pletismografia: CPT normal, VR/CPT aumentado, compatível com aprisionamento aéreo e aumento da resistência. **Diagnóstico:** Doença pulmonar relacionada à IgG4 (DR-IgG4). **Evolução:** Prescrito prednisona 40 mg/dia por 4 meses, seguido de desmame gradual. Paciente evoluiu com estabilidade clínica respiratória. Após 10 meses apresentou artralgia em punhos, articulações interfalangeanas proximais e ombros, associado a rigidez matinal além de fenômeno de Raynaud. Introduzido metotrexato com boa resposta clínica. TCAR recente mostra melhora da lesão em LSD, com evolução para cavitação; alteração em LIE mantém-se inalterada. Nível sérico de IgG4: 180 mg/dL. **Discussão:** Pacientes podem permanecer assintomáticos, dificultando o diagnóstico que requer correlação cuidadosa entre achados clínico-radiológicos e histopatológicos (infiltrado linfoplasmocitário denso, fibrose em padrão estoriforme, flebite obliterante, e aumento do número de plasmócitos IgG4-positivos), e IgG4 sérico > 135 mg/dL. Contudo, nenhum achado isolado é suficiente para confirmação diagnóstica. Corticosteroides são indicados como terapia de primeira linha, com dose inicial de 0,6 mg/kg/dia, mantida geralmente por 2 a 4 semanas, seguida de desmame gradual ao longo de 3 a 6 meses. O caso evidencia que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado possibilitam controle clínico eficaz em uma doença tipicamente responsiva a corticosteroides, embora seu prognóstico permaneça incerto.

557 **MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS DE HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS: RELATO DE CASO COM DOR VERTEBRAL E CISTOS PULMONARES**

DE OLIVEIRA, G M R , FINOTI, F P , CAMPOS, C F , PENA, M C P , VIEIRA, T M , SILVEIRA, E P
Univas - Pouso Alegre - MG - Minas Gerais - Brasil

A histiocitose de células de Langerhans (HCL) é uma doença rara, caracterizada pela proliferação clonal de células dendríticas, com potencial de acometimento sistêmico. Em adultos, o envolvimento pulmonar é fortemente associado ao tabagismo e frequentemente manifesta-se com cistos ou nódulos em tomografia de tórax. O comprometimento ósseo também é descrito, mas a associação entre dor torácica intensa, lesões ósseas múltiplas e achados pulmonares pode dificultar o diagnóstico diferencial, incluindo neoplasias e doenças infecciosas. Assim, casos de HCL em adultos tabagistas com manifestações extrapulmonares relevantes merecem ser relatados, pois ampliam o reconhecimento clínico e reforçam a importância da investigação adequada para diagnóstico e tratamento precoces. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 44 anos, com história de tabagismo importante procura equipe de neurocirurgia devido dor em região dorsal intensa. Durante avaliação neurocirúrgica viu lesões liticas, suspeitou de neoplasia secundária em coluna e solicitou TC de Tórax. A mesma demonstrou Cistos pulmonares bizarros em apice pulmonar com nódulos associados. Quando se decidiu pela Biópsia transtorácica. **Exame físico:** Crepitações em apice pulmonar, saturação de O₂ 96% em ar ambiente Dor a palpação de coluna vertebral. **Exames complementares:** TC de tórax com nódulos e cistos bizarros em ápices pulmonares RM de coluna vertebral com lesões em coluna vertebral, nível de L1,L2, com discreto acometimento de canal medular. Biópsia de coluna vertebral com infiltrado inflamatório linfocitário peribronquico Biópsia percutânea: histiócitos com septos interalveolares bem constituídos e infiltrado linfomonocitário com frequentes eosinófilos Revisão de lamina e imunohistoquímica da biópsia pulmonar: CD1A positivo favorecendo histiocitose de células de langerhans **Diagnóstico:** Histiocitose de células de langerhans **Evolução:** Paciente encaminhado para tratamento de tabagismo em grupo e iniciou seguimento com equipe de hematologia para iniciar tratamento quimioterápico. **Discussão:** A HCL é uma doença rara, caracterizada pela proliferação clonal de células dendríticas, frequentemente associada ao tabagismo em adultos. O caso descrito ilustra apresentação típica em adulto de meia-idade, com envolvimento pulmonar e ósseo. O paciente apresentou dor dorsal intensa e lesões liticas vertebrais, inicialmente sugestivas de neoplasia secundária, mas compatíveis com HCL diante do contexto clínico e radiológico. A tomografia revelou cistos pulmonares de morfologia irregular e nódulos apicais, padrão clássico da HCL pulmonar relacionada ao tabagismo. O acometimento ósseo em L1 e L2, com dor local importante, reflete manifestação frequente da doença. O diagnóstico foi confirmado por biópsia pulmonar com infiltrado de histiócitos e eosinófilos, associado à positividade imunohistoquímica para CD1a. Este caso ressalta a importância da integração clínica, radiológica e histopatológica no diagnóstico diferencial.

452 **PNEUMONITE DESCAMATIVA: UMA ENTIDADE RARA COM IMPORTÂNCIA PNEUMOLÓGICA – RELATO DE CASO**

ESPINOSA, L D , MARTINS, V M C , FILHO, J A P P , CARNELOSSI, M J C , MUSOLINO, R S , DE ALMEIDA, G C , CARVALHO, G G H

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

Indivíduos tabagistas com sintomas respiratórios são frequentemente diagnosticados erroneamente com portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica devido à ausência de uma investigação adequada. Este relato destaca a pneumonia intersticial descamativa (PID), um diagnóstico diferencial raro, porém relevante das doenças pulmonares associadas ao tabagismo e reforça a necessidade de abordagem diagnóstica minuciosa.

História da doença atual e progressão: Homem, 54 anos, tabagista ativo (carga tabágica de 86 anos-maço), diabético tipo 2, tratorista, assintomático foi encaminhado devido achados tomográficos. Questionado sobre exposições relata criar aves desde 2022 e nega outras exposições relevantes. Investigação reumatológica foi negativa. Realizado. Iniciado corticosteroide e orientado sobre importância de cessar tabagismo. **Exame físico:** Bom estado geral Eupneico em ar ambiente, saturação de oxigênio de 94%, murmúrio vesicular presente simétrico sem ruídos. **Exames complementares:** Tomografia de tórax: bronquiectasias, espessamento brônquicos e áreas de vidro fosco peribronquico, áreas císticas de faveolamento subpleurais e enfisema pulmonar apical. A avaliação de função pulmonar apresentava distúrbio ventilatório restritivo moderado e redução leve da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Devido achados incomuns e alterações funcionais foi optado por realização de broncoscopia com lavado broncoalveolar que afastou infecções, e a biópsia transbrônquica foi compatível com Pneumonite Descamativa. **Diagnóstico:** Pneumonite Descamativa. **Evolução:** Paciente assintomático, orientado sobre cessar tabagismo (fase pré contemplativa), optado por iniciar corticoide e agendado retorno ambulatorial.

Discussão: A PID é uma forma rara de pneumonia intersticial idiopática, caracterizada pelo acúmulo de macrófagos pigmentados nos alvéolos. Embora associada ao tabagismo, pode ocorrer em não fumantes. Outros fatores associados incluem exposição ocupacional, medicamentos, doenças autoimunes e tabagismo passivo. O diagnóstico confiável requer biópsia pulmonar, já que exames clínicos e radiológicos não são suficientes. Histologicamente, é marcada pelo acúmulo difuso de macrófagos pigmentados, podendo ser confundida com outras doenças similares, como a bronquiolite respiratória com doença pulmonar intersticial. Os testes de função pulmonar comumente apresentam um padrão restritivo com capacidade de difusão diminuída e em uma parcela dos pacientes um padrão obstrutivo ou combinado. Radiologicamente é caracterizada pela presença de opacidades em vidro fosco bilaterais localizadas nas partes basais do pulmão (vistas em 92% dos pacientes) e frequentemente está associada a reticulação fina. Outras características são reticulado irregular, bronquiectasia de tração e cistos. O tratamento se baseia em cessação do tabaco ou outra exposição identificada. Pode-se considerar combinação com corticoides, além de terapia imunossupressora em casos refratários. Na ausência de resposta ao tratamento e progressão da fibrose, o anti fibrótico (Nintedanibe) pode ser uma opção de tratamento.

482 **DOENÇA INTERSTICIAL FIBROSANTE DE EVOLUÇÃO GRAVE RELACIONADA A SÍNDROME ANTISSINTETASE COM POSITIVIDADE PARA ANTI-PL12 E ANTI-RO52: RELATO DE CASO**

OLIVEIRA, F.L.S. , BAYEUX, G. V. do L., PIRES, L. C., SALERNO, G , GALEGO, P. H. C., PEREIRA, M. C UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil

Doença pulmonar intersticial é a principal manifestação extramuscular da síndrome antissintetase - miopatia inflamatória autoimune rara. O diagnóstico preciso configura grande desafio clínico, ao mesmo tempo que é essencial para tratamento adequado. Este relato visa ressaltar a dificuldade do diagnóstico devido à inespecificidade dos sintomas e da apresentação tomográfica. **História da doença atual e progressão:** Homem, 57 anos, ex-tabagista (35 anos/maço), portador de epilepsia e hipertensão arterial, iniciou sintomas de dispneia progressiva e tosse seca com 6 meses de evolução. Queixava-se, também, de perda de peso e fadiga, negava febre. Fora internado na cidade de origem devido à piora da dispneia, recebendo alta com O2 domiciliar, porém sem diagnóstico específico. Negava contato com pássaros ou mofo e alegava exposição a fôgo à lenha e coivara. Na primeira consulta foi indicada internação hospitalar para manejo da exacerbação do quadro respiratório e investigação etiológica. **Exame físico:** Sarcopenia. Taquipneia e estertores crepitantes em velcro à ausculta pulmonar. Ausência de alterações cutâneas e de extremidades. SpO2 85%. **Exames complementares:** Tomografia de tórax: Espessamento de paredes brônquicas. Focos de atenuação em mosaico, áreas de hiperinsuflação/oligemia nos lobos superiores. Reticulado e espessamento intersticial difusos, com distorção arquitetural, bronquiectasias e bronquiolectasias de tração, predomínio basal e periférico. Redução volumétrica dos lobos inferiores Anti-PL12 positivo. Anti-RO52 positivo. FAN 1/640 padrão nuclear pontilhado múltiplos pontos isolados Realizado outros marcadores, negativos, ausência de eosinofilia. **Diagnóstico:** Síndrome antissintetase com doença pulmonar intersticial fibrosante. **Evolução:** Paciente necessitou de suporte intensivo e ventilação mecânica. Recuperou-se do quadro, recebendo alta hospitalar com traqueostomia metálica e dependente de O2. Indicado seguimento conjunto com a Reumatologia. Iniciado tratamento com corticóide e micofenolato de mofetil. Apresentou diversas internações subsequentes, sendo necessária suspensão de imunossupressão em alguns momentos. Atualmente em reabilitação cardiorespiratória, foi decanulado com sucesso e tem proposta de avaliação para possível transplante pulmonar. **Discussão:** A síndrome antissintetase é uma miopatia inflamatória. Manifesta-se de forma heterogênea, com doença pulmonar intersticial, artrite, miosite, febre, fenômeno de Raynaud e mãos de mecânico. Na TC, a apresentação pode ser compatível com pneumonia intersticial não específica, pneumonia intersticial usual ou até como pneumonia organizante, isolados ou combinados. O quadro clínico pode variar ao longo do tempo. O padrão de anticorpos também pode ser variado. Neste caso, a presença de anticorpos anti-PL12 associa-se a fenótipo predominantemente pulmonar, enquanto a positividade do anti-Ro52 é marcador de evolução agressiva e rapidamente progressiva. A importância do diagnóstico acurado é reconhecer a potencial evolução grave e desfavorável para iniciar o tratamento imunossupressor adequado.

484 **HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA PULMONAR (HAAP) COM APRESENTAÇÃO TOMOGRÁFICA DE PNEUMONIA ORGANIZANTE EM PACIENTE COM ASMA NÃO CONTROLADA**
CAVALCANTE NETO, P M , FERNANDES, N G , CRUVINEL, M D C , LYRA, R D M , RÊGO, C O , RIBEIRO, R M R , COLETTA, E N A M
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

A pneumonia em organização (PO) pode ser criptogênica ou secundária a diversas causas específicas como infecções, medicamentos, doenças reumáticas autoimunes, neoplasias, pós-transplante). É caracterizada por processo inflamatório e fibroproliferativo intraalveolar reversível na grande maioria dos casos com (e ocasionalmente sem) terapia com corticoides e/ou imunossupressores. Tem uma grande diversidade de padrões tomográficos. A HAAP é caracterizada por ser uma lesão pré-invasiva do espectro do adenocarcinoma pulmonar e é detectada em torno de 20-25% dos pacientes submetidos à ressecção desse tipo histológico. Mais incidente em adultos, sem predileção por sexo, idade, tabagismo ou história familiar. Relatamos um caso de raro de HAAP cuja persistência diagnóstica com biopsia pulmonar cirúrgica foi imprescindível para o diagnóstico. **História da doença atual e progressão:** Mulher, 64 anos, asmática há 24 anos, ex-tabagista (CT < 1maço | ano), portadora de prótese mitral metálica, FA crônica, ICFer e dislipidemia. Internada para investigação de DPI evidenciada em TCAR de tórax, com queixa de dispnéia aos moderados esforços, tosse seca, astenia, hemoptise, dor torácica, perda de 8kg em 3 meses, a despeito de terapia otimizada com CI+LABA+LAMA. Não possuía exposições a antígenos orgânicos após aplicação do questionário de exposição. Possuía duas biopsias transbrônquicas inconclusivas e uma biopsia pulmonar transparietal inespecífica. Submetida a biopsia pulmonar cirúrgica cujo AP evidenciou hiperplasia adenomatosa atípica multifocal na totalidade da amostra, com dimensões variando entre 1,0 e 4,5mm, sem necrose, sem invasão angiolinfática nem perineural; pleurite crônica inespecíficas com deposição de fibrina e pneumonia obstrutiva extensa presentes. **Exame físico:** Ausculta pulmonar: sibilos. Ausência de esforço respiratório. f: 16irpm SpO2: 94% a.a. FC 64 bpm Ausência de achados para doença reumatológica, sem baqueteamento digital. Sem edemas de MMII. **Exames complementares:** Autoanticorpos negativos. TCAR de tórax anuais desde 2018 com surgimento e aumento de múltiplos focos de consolidações e opacidades nodulares pulmonares bilaterais, predominantemente periféricas e peribrônquicas, sugestivas de pneumonia em organização. **Diagnóstico:** Hiperplasia Adenomatosa Atípica Pulmonar. **Evolução:** Paciente permanece em acompanhamento regular nos ambulatórios da pneumologia, oncologia e clínica médica, sem tratamento específico para HAAP. **Discussão:** Deve ser aventado o diagnóstico de HAAP diante de um padrão tomográfico de pneumonia em organização, mas os achados anatomopatológicos bem definidos fecham o diagnóstico específico, por isso a importância da pneumopatologista no presente caso. O manejo é controverso e depende do contexto clínico. A diferenciação entre HAAP, adenocarcinoma in situ e minimamente invasivo pode ser desafiadora, portanto o acompanhamento próximo é imprescindível, com controles tomográficos e, geralmente, a necessidade de várias biopsias pulmonares. Não há indicação de tratamento sistêmico ou radioterapia para HAAP isolada.

390 **RELATO DE CASO: IMPLICAÇÕES DA GESTAÇÃO NA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE**
SILVA, G S , WESTPHAL, L , LIMA, F S , DE PAULA, A A , SOARES, M R , DE CASTRO PEREIRA, C A
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Discutir as consequências da gestação em portadoras de linfangioleiomiomatose (LAM).

História da doença atual e progressão: Sexo feminino, 26 anos, previamente hígida, apresenta achado incidental em tomografia de tórax (TC). Queixava-se há 1 mês de tosse paroxística, em crise, não produtiva e sem fatores de melhora ou piora. Apresentava dispnéia associada e aos grandes esforços (mMRC 1). Sem outras queixas.

Exame físico: Exame físico geral e por sistemas sem alterações. Sinais vitais dentro da normalidade. **Exames complementares:** TC com múltiplos cistos de paredes finas e regulares distribuídos difusamente ao longo do parênquima pulmonar, sugestivo de LAM. Prova funcional mostrava distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) leve sem variação ao broncodilatador. Broncoscopia e lavado broncoalveolar normais. Anatomopatológico de fragmento de parede de via aérea e parênquima alveolar com proliferação miofibroblástica focal. Estudo imunohistoquímico do material positivo para HMB45 e 1A4. Em associação aos aspectos morfológicos é sugestivo de LAM.

Diagnóstico: Linfangioleiomiomatose. **Evolução:** Ao diagnóstico e ao longo do acompanhamento, foi ofertado apoio psicossocial e atualização vacinal. Recomendado uso de método contraceptivo adequado e bem orientada para os riscos potenciais de uma gestação. Para alívio sintomático, diante de um DVO leve, foi introduzida terapia inalatória otimizada. Foi prescrito Sirolimus 2mg/dia para o tratamento da LAM e realizada monitorização de nível sérico. O tratamento ocorreu de forma irregular inicialmente pela dificuldade na dispensação da medicação e a sua interrupção subsequente por quadro gestacional complicado (restrição ao crescimento fetal). Dessa forma, houve piora clínica, radiológica e funcional ao longo dos anos. Esse fato, levou à hipoxemia, necessidade de oxigenoterapia domiciliar e indicação ao transplante pulmonar, que ocorreu em 2025. Paciente segue em cuidados pós transplante. **Discussão:** Pacientes com LAM que consideram engravidar devem ser orientadas sobre os riscos potenciais. A gravidez aumenta a incidência de complicações na LAM como pneumotórax recorrente e a perda de função pulmonar. Portadoras de LAM têm mais partos prematuros, abortos espontâneos e restrição ao crescimento fetal em relação àquelas sem a doença. O momento de interrupção da gestação é baseado nas condições clínicas materna e fetal. O Sirolimus, inibidor de mTOR (alvo da rapamicina em mamíferos) indicado como terapia específica para a doença, é um medicamento de risco categoria C (potencialmente danoso) para a gravidez. A sua interrupção deve ocorrer 12 semanas antes da gestação e o seu uso ao longo dela, assim como na lactação, deve ser evitado. Os métodos contraceptivos indicados são os de barreira, DIU de cobre ou terapia com progesterona. Os de estrogênio, são contraindicados. As células musculares lisas atípicas ou células LAM expressam receptores de estrogênio, cuja ativação pode aumentar sua proliferação e migração. Em vias aéreas, manifestam-se com a formação de cistos pulmonares difusos.

315 **MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E TOMOGRÁFICA DA PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO: RELATO DE CASO**
DE SOUZA, R N, BARBOSA, C D B, CARVALHO, E V, SERTÓRIO, L S, SOUZA MELO, T D S, PINHEIRO, B D V
Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil

Apresentamos um caso de uma paciente com evolução clínica e tomográfica característica da pneumonia em organização, em vigência de exposição aviária e achado laboratorial de autoimunidade. O objetivo deste estudo foi descrever um caso desta condição infrequente e um relevante diagnóstico diferencial das doenças respiratórias.

História da doença atual e pregressa: Paciente do sexo feminino, de 53 anos, iniciou com dispneia rapidamente progressiva para mMRC 4, associada à tosse seca. Negava outros sintomas respiratórios, febre e sintomas sistêmicos. Paciente sem comorbidades prévias. Não fazia uso de medicação contínua. Tabagismo há 6 anos, com carga tabágica de 3 anos/maço. Negava etilismo e uso de drogas ilícitas. Relatava exposição aviária, cerca de 6 pássaros em domicílio há 18 anos. Iniciado levofloxacino. Sem melhora, é internada e iniciado tratamento com Piperacilina/Tazobactam. Apesar da terapia antimicrobiana, paciente evolui com piora da dispneia e hipoxemia. **Exame físico:** Apresentava à ausculta respiratória crepitações em bases pulmonares, sem demais achados relevantes. **Exames complementares:** Tomografia de tórax evidenciava consolidações com predomínio peribronquico, sendo bem mais evidentes nos lobos inferiores, lobo médio e língua, com broncogramas aéreos de permeio e áreas de vidro fosco. O exame foi repetido em 3 semanas, com surgimento de novas consolidações e desaparecimento de consolidações prévias, configurando o padrão migratório das opacidades. Dentre os exames laboratoriais, apresentava hemograma com 4800 leucócitos globais e FAN citoplasma reagente, padrão pontilhado fino 1:80. **Diagnóstico:** Em discussão multidisciplinar, pela semelhança do padrão tomográfico apresentado com o padrão clássico da pneumonia em organização descrito em literatura, optado pelo tratamento empírico com prednisona 60 mg por dia (1 mg/kg/dia). **Evolução:** Após corticoterapia paciente evolui com melhora da dispneia para mMRC 2 e da hipoxemia, prévio ao tratamento saturação periférica de 87% e com o tratamento de 93%. E melhora parcial das consolidações peribronquicas 6 semanas após a terapia. **Discussão:** Este relato de caso exemplifica o desafio diagnóstico da pneumonia em organização criptogênica diante de achados de causas secundárias não confirmadas, como suspeito de pneumonia de hipersensibilidade devido à exposição aviária e causas autoimunes, pelo achado laboratorial. Evidencia a importância de manter acompanhamento clínico seriado pela possibilidade de desenvolvimento de causas secundárias da pneumonia em organização, como doença do tecido conjuntivo. Apesar da ausência de diagnóstico histopatológico confirmatório, este relato reforça a instituição terapêutica com corticoterapia empírica com base em evidências clínicas e tomográficas altamente sugestivas, em vigência de diagnósticos alternativos menos prováveis, porém com a necessidade de manter monitoramento rigoroso da resposta clínica durante o tratamento. E demonstra a importância da adequada avaliação de diagnósticos prévios de pneumonia adquirida na comunidade sem melhora com antimicrobianos.

445 **CISTOS PULMONARES DIFUSOS: QUANDO A LAM ENTRA EM CENA**
CARNELOSI, M J C, MARTINS, V M C, ESPINOSA, L D, FILHO, J A P P, DE ALMEIDA, G C, CARVALHO, G G H, MUSOLINO, R S

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença pulmonar rara que afeta principalmente mulheres em idade reprodutiva, caracterizada por cistos pulmonares e declínio progressivo da função respiratória. Devido à sua baixa prevalência e apresentação clínica inespecífica, o diagnóstico frequentemente é tardio, impactando o manejo e o prognóstico. Este relato destaca a relevância do reconhecimento precoce e do tratamento multidisciplinar.

História da doença atual e pregressa: Paciente do sexo feminino, 52 anos, hipertensa, com diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) em 2020. Na ocasião, angiotomografia de tórax revelou cistos pulmonares, inicialmente não investigados. Em 2021, foi internada para ressecção de tumor renal posteriormente identificado como angiomiolipoma. Durante o perioperatório apresentou novo episódio de TEP mantendo múltiplos cistos pulmonares difusos. **Exame físico:** Paciente em Bom Estado Geral, eupneica em Ar ambiente, ausculta pulmonar sem alterações. **Exames complementares:** Tomografia de Tórax com cistos pulmonares difusos. **Diagnóstico:** Diante dos achados radiográficos compatíveis e histórico de angiomiolipoma renal foi feito diagnóstico de LAM. **Evolução:** A função pulmonar revelou declínio progressivo apresentando em dezembro/2019, VEF1 de 2,68 L (94%) e CVF de 3,59 L (102%) para VEF1 de 1,28 L (46%) e CVF de 2,55 L (73%) em outubro/2024. Neste ínterim devido eventos tromboembólicos de repetição foi avaliada pela hematologia sem diagnóstico de trombofilia mas foi identificado mieloma smoldering. Devido doença progressiva e ainda em climatério, foi optado por início de sirolimus em novembro/2024 com leve melhora em fevereiro/2025, com VEF1 de 1,42 L (51%) e CVF de 2,91 L (85%). Paciente foi encaminhada para avaliação de transplante pulmonar aguardando consulta.

Discussão: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma condição desafiadora devido à sua raridade e com conhecimento pouco difundido mesmo entre os pneumologistas. Ela deve sempre ser considerada no diferencial de doenças císticas pulmonar ainda mais quando as suas apresentações extrapulmonares estão presentes como os derrames quilosos e os angiomiolipomas renais. O seu conhecimento é importante devido seu potencial caráter progressivo como visto no caso em questão em que o uso de terapia específica precoce poderia ter evitado a progressão do quadro.

432 **NÓDULOS PULMONARES COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ARTRITE REUMATOIDE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

MARTINS, V M C, ESPINOSA, L D, CARNELOSSI, M J C, FILHO, J A P P, DE ALMEIDA, G C, CARVALHO, G G H, COLARES, P D F B

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Famerp - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória autoimune, cuja principal característica é o acometimento poliarticular, entretanto o pulmão é comumente envolvido no acometimento extra-articular. Dessa forma, pode ocorrer derrame pleural, vasculite pulmonar, acometimento intersticial, bronquiolite e nódulos pulmonares. Tal caso tem relevância clínica por tratar-se de evento infrequente e um importante diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares. **História da doença atual e pregressa:** Paciente do sexo feminino, 76 anos, hipertensa, diabética tipo 2, portadora de hipotireoidismo e tabagista ativa (carga tabágica 30 anos-maço) com história de tosse seca, perda ponderal de aproximadamente 10 kg e febre recorrente há 2 meses. **Exame físico:** Apresentava-se, eupneica em ar ambiente, ausculta pulmonar sem ruídos adventícios. **Exames complementares:** Exames laboratoriais com anemia normocítica e normocrômica, sem alteração de série branca e plaquetária, sem alteração de função renal, PCR elevada (11,85 mg/dl). Realizada tomografia de tórax evidenciando: nódulos pulmonares sólidos paravertebrais, sendo o maior escavador em base pulmonar direita medindo 2,8 cm. Optado por realização de biópsia percutânea, compatível com processo inflamatório crônico granulomatoso, com áreas de necrose, ausência de células neoplásicas, pesquisa e cultura para fungos, bactérias e micobactérias, negativas. Procedida investigação laboratorial, sendo detectado FAN não reagente, Anti-CCP 102 UI/ml, Fator reumatoide 124 UI/ml, VHS 54 mm. **Diagnóstico:** Dessa forma, diante da ausência de evidência para doenças infecciosas ou neoplásicas em investigação e quadro compatível com artrite reumatoide, feito o diagnóstico de nódulos pulmonares reumatoides. e encaminhada paciente para seguimento com equipe de reumatologia em seguimento com pneumologia. **Evolução:** Em retorno, após cerca de 3 meses, paciente abre quadro de poliartralgia. Radiografia de mãos apresenta redução do espaço articular radiocarpal, interfalangeanas médias e distais. Encaminhada paciente para seguimento com equipe de reumatologia e mantido seguimento com pneumologia. **Discussão:** Os nódulos pulmonares reumatoides geralmente não causam sintomas, podem evoluir ou regredir espontaneamente, sem relação com a evolução da doença. A fisiopatologia que leva a formação de tais nódulos não é bem estabelecida, mas acredita-se que ocorra por deposição de imunocomplexos. Geralmente, são múltiplos, de tamanhos variados e localizados em áreas subpleurais ou em associação com septos interlobulares. Costumam ser sólidos, mas cerca de 50% podem cavar. No que diz respeito a diferenciação com nódulos malignos, vale ressaltar a importância de controle tomográfico em pacientes com nódulos de diâmetro entre 8-10 mm e história de tabagismo. A FDG-PET pode ajudar nessa diferenciação, uma vez que os nódulos reumatoides não costumam apresentar captação. Entretanto, o diagnóstico de certeza é realizado pela biópsia. Na histologia, caracterizam-se por apresentar necrose central e células epitelioides em palçada.

523 **SHRINKING LUNG SYNDROME EM PACIENTE COM DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO: RELATO DE CASO.**

BINDÁ, A G L, SANTOS, A B F S, FRANCO, C R, BREVIGLIERI, L R C, ROMALDINI, J G B

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil.

A síndrome do pulmão encolhido (shrinking lung syndrome – SLS) é complicação rara de doenças autoimunes, especialmente lúpus eritematoso sistêmico e, mais raramente, doença mista do tecido conjuntivo (DMTC). Caracteriza-se por dispneia progressiva, dor torácica e restrição ventilatória associada à elevação diafragmática, sem alterações significativas na tomografia. Devido à baixa prevalência e difícil diagnóstico diferencial com doença intersticial pulmonar, seu relato contribui para ampliar o reconhecimento clínico e otimizar o manejo.

História da doença atual e pregressa: Mulher, 46 anos, diagnosticada em 2010 com DMTC - LES/ Esclerose sistêmica (FAN 1:640, anti-RNP reagente), apresentando manifestações cutâneas (fotosensibilidade, alopecia), articulares, fibromialgia e osteoporose com fratura de T12. Evoluiu com doença intersticial pulmonar padrão PIU e osteonecrose de quadris e joelhos. Em 2024 apresentou piora da dispneia, tosse seca, dor torácica ventilatório-dependente e emagrecimento de 10 kg, com necessidade de internações. Faz uso irregular de imunossupressores (hidroxicloroquina, leflunomida, prednisona), suspendendo ciclofosfamida, azatioprina e metotrexato por intolerância. **Exame físico:** PA 110x60 mmHg, FC 106 bpm, SatO₂ 99%. BEG, acianótica, afebril. Murmúrio vesicular globalmente diminuído, estertores em bases. ACV sem sopros. Abdome flácido, indolor. Extremidades com úlcera em MID, dermatite ocre. Osteoarticular: dor em quadris, crepitação em joelhos, tender points positivos.

Exames complementares: Espirometrias (2018–2023): padrão restritivo progressivo, redução de CVF e VEF1, sem resposta significativa a broncodilatador. TC de tórax: fibrose intersticial, faveolamento, bronquiectasias de tração. Ecocardiogramas: fração de ejeção preservada (54–59%), sem hipertensão pulmonar significativa.

Diagnóstico: DMTC com doença intersticial pulmonar (padrão PIU) Shrinking lung syndrome (associada à paralisia frênica) **Evolução:** A paciente evolui com dispneia progressiva e dor torácica, com redução funcional importante e necessidade de internações, a despeito de estabilidade do padrão tomográfico (PIU), porém evidenciada redução de volume pulmonar de HTX direto com elevação de cúpula diafragmática ipsilateral. Segue em acompanhamento multidisciplinar (pneumologia e reumatologia) com exames de imagem e função pulmonar periódicos. **Discussão:** A SLS é complicação incomum das colagenoses, caracterizada por restrição ventilatória, dispneia e dor torácica, geralmente sem progressão da fibrose intersticial. A fisiopatologia envolve disfunção ou paralisia frênica, inflamação pleural e fraqueza muscular. O diagnóstico diferencial inclui progressão da doença intersticial, hipertensão pulmonar e miopatia. O tratamento descrito envolve corticoides, imunossupressores (azatioprina, ciclofosfamida, rituximabe) e fisioterapia respiratória, mas a adesão irregular e intolerância medicamentosa contribuem para evolução desfavorável. Este caso ilustra a importância do reconhecimento clínico da SLS em pacientes com DMTC, visando diagnóstico precoce e intervenção adequada.

532 **LESÃO PULMONAR INTERSTICIAL INDUZIDA POR AMIODARONA: RELATO DE CASO**
MARIANO, L O L , MOURA, I D A , CUNHA, N G M D , LORO, F R , BARREIRO, V A , NISINAGA, J M G C ,
RODRIGUES, M M
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

A lesão pulmonar intersticial induzida por drogas representa um importante desafio diagnóstico e terapêutico, dada a inespecificidade clínica e radiológica. Entre as drogas relacionadas, a amiodarona se destaca pelo seu potencial de toxicidade pulmonar e uso frequente na prática clínica. O caso descrito ilustra a suspeita clínica, exclusão de diagnósticos diferenciais e correlação entre uso da medicação e manifestações respiratórias.

História da doença atual e pregressa: Mulher, 85 anos, viúva, aposentada, admitida em pronto-socorro com queixa de dispneia progressiva há um mês, tosse seca e dor torácica ventilatório-dependente. Inicialmente tratada como pneumonia adquirida na comunidade, porém sem melhora clínica. Na consulta com a pneumologia, recebeu diagnóstico doença pulmonar intersticial não fibrosante possivelmente relacionada a amiodarona devido uso crônico por fibrilação atrial. **Exame físico:** Taquipneica, em uso de musculatura acessória, SpO₂ = 77%, FiO₂ 0.21. Ausculta respiratória com estertores crepitantes audíveis difusamente e bilateralmente. **Exames complementares:** Gasometria arterial: FiO₂ 0.21. PaO₂ = 55 mmHg, SaO₂ 83%; Hemograma com leucocitose e sem eosinofilia. PCR 9 mg/L. PAINEL viral molecular e a pesquisa de autoanticorpos séricos negativos; TC de tórax com opacidades em vidro fosco difusas e reticulações subpleurais. **Diagnóstico:** A DPI induzida por amiodarona é definida pela relação temporal entre o uso da medicação e o início dos sintomas respiratórios associado a alterações do parênquima pulmonar. A resposta favorável com a descontinuação da medicação junto com o uso de corticóide sistêmico e a exclusão de outras causas DPI endossa o diagnóstico de toxicidade pulmonar induzida por amiodarona. **Evolução:** Diante da hipótese diagnóstica de toxicidade pulmonar induzida por amiodarona optou-se por interromper a medicação, ajustar a posologia do â-bloqueador para controle da frequência cardíaca, iniciar a metilprednisolona a fim de reduzir o processo inflamatório do parênquima pulmonar e oxigênio suplementar para correção da hipoxemia. Durante o seguimento ambulatorial a paciente evoluiu com melhora progressiva dos sintomas respiratórios e da troca gasosa permitindo a interrupção do oxigênio domiciliar e a redução gradual do corticóide. A TC de tórax de controle mostra recuperação do parênquima pulmonar após quatro semanas prednisona. **Discussão:** A toxicidade pulmonar por amiodarona é uma complicação reconhecida, com incidência de 1,2% a 8,8% dos usuários, sendo mais prevalente em idosos e nos casos de tratamentos prolongados. A apresentação clínica é inespecífica, frequentemente mimetizando causas infecciosas ou insuficiência cardíaca descompensada. O diagnóstico depende da correlação entre o uso da droga, achados de imagem compatíveis e a exclusão de outras etiologias. A resposta à suspensão da amiodarona e ao uso de corticóide reforça a hipótese diagnóstica. Este caso evidencia a importância da vigilância clínica em pacientes em uso prolongado de amiodarona e do reconhecimento precoce da doença pulmonar intersticial induzida por droga.

392 **BRONQUIOLITE PÓS-SARCOIDOSE: SÉRIE DE CINCO CASOS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS**
DA CUNHA, N G M, NISINAGA, J M G C, NOMURA, F M, MARIANO, L O L, RODRIGUES, M M, COLETTA, ENAM, RODRIGUES, S C S

Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira - São Paulo - São Paulo - Brasil

Sarcoidose como causa de bronquiolite constrictiva (BC) primária é raramente descrita na literatura. Para nosso conhecimento, essa é a 1ª série de casos de bronquiolite pós-sarcoidose (ou seja, em pacientes sem inflamação granulomatosa). **História da doença atual e pregressa:** Caso 1: Mulher, branca, 72 anos, diagnóstico de sarcoidose pulmonar grau IV (discretas bronquiectasias em LSD) em 1981 por biópsia de linfonodo supraclavicular em outro serviço. Acompanha em nosso serviço desde junho de 2019, em uso contínuo de prednisona (PD) 5 mg/dia até o óbito em 03/2025, por complicações pós-colectomia (neoplasia de cólon). Caso 2: Mulher, 73 anos, negra, diagnóstico de sarcoidose grau II em 2000 por biópsia pulmonar cirúrgica. Curso único de PD. Em remissão clínica, mMRC=1, com formoterol e budesonida. Caso 3: Mulher, 75 anos, branca, diagnóstico de sarcoidose grau II em 2003 por biópsia transbrônquica (BTB). Fez uso de PD. Estável, mMRC=1, com formoterol e budesonida. Caso 4: Mulher, 83 anos, branca, uveíte granulomatosa diagnóstico de sarcoidose grau I em 2016 por EBUS e BTB. Marcadores de autoimunidade negativos. Usou PD e metotrexato (MTX). Estável até perder seguimento em 2020. Caso 5: Mulher, 76 anos, negra, sarcoidose pulmonar e cutânea, diagnóstico por BTB em 2005. Tratada com PD. Recidiva em 2008 (polineuropatia e lesões cutâneas), controlada com PD e MTX até 2010. Atualmente estável, mMRC=1. **Exame físico:** Nos cinco casos, exame físico torácico e sistêmico sem alterações.

Exames complementares: Caso 1: TC de tórax com atenuação em mosaico (AM); prova de função pulmonar (PFP) com leve redução da DCO. Caso 2: TC com AM; PFP com distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) leve. Caso 3: TC com AM; PFP com DVO leve. Caso 4: TC com cistos de paredes finas e aprisionamento aéreo na expiração; PFP com restrição leve. Caso 5: TC com AM; PFP sem alterações. **Diagnóstico:** Bronquiolite constrictiva pós-sarcoidose: acometimento de pequenas vias aéreas na TC (achado isolado em 5 pacientes em fase de remissão da doença). **Evolução:** 4 pacientes encontram-se estáveis, com pouca ou nenhuma repercussão funcional e sem necessidade de terapia antigranulomatosa – 2 delas em uso de medicação inalada. Uma paciente foi a óbito por complicações não relacionadas à doença pulmonar. **Discussão:** A BC manifesta-se radiologicamente por AM e aprisionamento aéreo à expiração. Embora o aprisionamento aéreo seja um achado frequente na sarcoidose, geralmente ele ocorre em associação com outras opacidades parenquimatosas. A literatura raramente aborda a sarcoidose como causa de BC na fase de remissão da inflamação granulomatosa. Conclusão: BC pode ocorrer em pacientes após sarcoidose ativa. Em nossa série, a repercussão clínico-funcional não foi significativa. Ética: todas as pacientes assinaram o TCLE.

367 PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR EM JOVEM ADULTA: DIAGNÓSTICO DESAFIADOR E EVOLUÇÃO APÓS LAVAGEM PULMONAR TOTAL

OLIVEIRA, I M , KALIL, M E , ISOLANI, R E , PUGLIESI, T B , PEDRINI, F F , TEIXEIRA, F O , ALMEIDA, B C
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Sorocaba - São Paulo - Brasil

A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença rara causada pelo acúmulo intra-alveolar de surfactante por falha na depuração, frequentemente relacionada a autoanticorpos anti-GM-CSF (forma autoimune). Predomina em homens de meia-idade, sendo incomum em mulheres jovens. Apresenta evolução insidiosa, e o diagnóstico deve ser considerado diante de achados radiológicos típicos e história de exposição ocupacional a partículas.

História da doença atual e progressa: Mulher, 22 anos, natural de Boituva-SP, asma até os 06 anos de idade, trabalhou por três anos em indústria de couro sem uso regular de EPI. Há 10 meses iniciou dispnéia progressiva e tosse produtiva, tratada com salbutamol, azitromicina e corticoide, mantido até 15 dias antes da internação.

Exame físico: Em outubro de 2024 apresentou piora aguda com tosse seca, sibilância e saturação de O₂ em 88% em ar ambiente. **Exames complementares:** Tomografia (11/10) revelou padrão “crazy paving” e consolidações peribroncovasculares; exame subsequente (24/10) mostrou comprometimento >75% do parênquima, poupando regiões subpleurais. Lavado broncoalveolar (LBA) revelou líquido leitoso, coloração PAS positiva e cultura positiva para *Klebsiella pneumoniae* ESBL. Sorologias e autoanticorpos foram negativos; gasometria evidenciou hipoxemia moderada. **Diagnóstico:** Apesar da ausência de teste para anti-GM-CSF, o conjunto clínico, radiológico e laboratorial sustentou o diagnóstico de PAP. **Evolução:** Iniciou antibioticoterapia escalonada e lavagens broncoalveolares seriadas (até 5.000 mL/procedimento), evoluindo com melhora clínica. Na segunda sessão ocorreu intercorrência com necessidade de ventilação mecânica e traqueostomia, posteriormente decanulada no seguimento ambulatorial. **Discussão:** O caso reforça a importância da abordagem sistemática na suspeita de PAP, integrando imagem e LAB com coloração PAS. A lavagem pulmonar total (LPT), padrão-ouro em casos sintomáticos com comprometimento da troca gasosa, promoveu significativa melhora clínica e funcional. A infecção oportunista por bactéria multirresistente reforça a necessidade de investigação microbiológica no LAB e vigilância para agentes como *Nocardia* e micobactérias. Mesmo rara, a PAP deve ser considerada no diagnóstico diferencial de dispnéia persistente e achado de “crazy paving” na TC, inclusive em pacientes jovens. O diagnóstico precoce e a LPT realizada em centros especializados são fundamentais para prevenir insuficiência respiratória grave e melhorar o prognóstico.

doenças pleurais (relato de caso)

510 DERRAME CATAMENIAL

PINHO, A B C D A , LUIS REIS, J L R , ANDRADE, S S , MELLO, A J , DE SALES, R K B , FORTUNATO, E , TEIXEIRA, L R
Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coracao (InCor), Hospital das Clinicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, BR. - Sao Paulo - São Paulo - Brasil

A endometriose pleural é uma condição rara, caracterizada pela presença de tecido endometrial na cavidade pleural. Os sintomas incluem dor torácica, dispnéia e, ocasionalmente, hemoptise, geralmente correlacionados com o ciclo menstrual. O diagnóstico é desafiador, envolvendo exames de imagem, análise citológica do líquido pleural e biópsias, sendo uma etiologia de derrame pleural. **História da doença atual e progressa:** Paciente do sexo feminino, 45 anos, sem uso de medicamentos contínuos e exposições ambientais relevantes, com antecedente de dois abortos com curetagem, ausência de método contraceptivo e diagnóstico atual de miomatose uterina em acompanhamento na ginecologia. Há cerca de dois anos, iniciou quadro de dor torácica ventilatório-dependente à direita, associada à dispnéia de padrão cíclico, coincidindo com o período menstrual. Em exame de rotina, identificado derrame pleural à direita, então encaminhada para avaliação. **Exame físico:** Murmúrio vesicular abolido em terço do hemitorax direito com saturação periférica de O₂ adequada em ar ambiente.

Exames complementares: POCUS com derrame pleural livre a direita homogêneo e focos nodulares em pleura parietal e diafragmática. A análise do líquido pleural revelou exsudato hemorrágico não complicado, com predomínio de macrófagos, ADA normal e hematócrito elevado. Realizado também biópsia pleural fechada por agulha de Cope. **Diagnóstico:** Diante da clínica sugestiva, levantou-se a hipótese de síndrome da endometriose torácica. A análise anatomopatológica e imunohistoquímica da biópsia pleural fechada confirmou o diagnóstico de endometriose pleural. **Evolução:** Foi iniciado tratamento com terapia hormonal, e a paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial. Na evolução a paciente respondeu com redução significativa do derrame pleural e normalização progressiva dos achados radiológicos. A radiografia de controle realizada evidenciou reexpansão pulmonar e ausência de novo acúmulo de líquido, compatível com resposta terapêutica adequada. **Discussão:** A endometriose pleural é uma manifestação extrapélvica rara e complexa da endometriose. A teoria mais aceita sobre sua patogênese é a disseminação retrógrada de células endometriais através do diafragma, atingindo a cavidade pleural. O diagnóstico exige alta suspeição clínica, principalmente diante de sintomas torácicos cíclicos. Exames de imagem auxiliam na identificação de derrames pleurais, pneumotórax ou nódulos torácicos. A confirmação diagnóstica depende da análise citológica e imunohistoquímica do líquido ou do tecido pleural, com positividade para receptores hormonais (estrogênio e progesterona). O manejo inicial geralmente inclui terapia hormonal – como agonistas de GnRH, progestágenos ou anticoncepcionais orais – visando à supressão da função ovariana. A abordagem cirúrgica pode ser indicada em casos refratários ou com recorrência frequente.

447 LINFANGIOMATOSE PULMONAR: DESAFIO DIAGNÓSTICO

REIS, F L , FERREIRA, I P , BARRETO, J , MELO, G C D S , GALEGO, P H C , LALLI, C A , DE CAPITANI, E M
Universidade Estadual de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil

A linfangiomatose pulmonar (LP) é uma condição benigna rara, de difícil diagnóstico, caracterizada por proliferação anômala de vasos linfáticos, acometendo sobretudo o mediastino, pleura e pulmões. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém, é mais observada em crianças e adultos jovens. A apresentação clínica pode ser variável; quando sintomática os achados mais comuns são tosse, dispneia, derrame pleural e pericárdico, hemoptise e quiloptise. O relato de caso abaixo ilustra a dificuldade em diagnosticar uma doença rara e subdiagnosticada.

História da doença atual e pregressa: Homem, 33 anos, previamente hígido, com antecedentes de dois episódios de derrame pericárdico e pleural com necessidade de drenagens prévias, apresentou novo episódio em 2025, inicialmente tratado como pneumonia bacteriana complicada com derrame loculado. Foi submetido a pleuroscopia e toracotomia com biópsia pleural que revelou processo inflamatório crônico moderado em surto agudo, com fibrose pleural. Quatro meses depois, interna em nosso serviço com piora progressiva da dispneia. **Exame físico:** Murmúrios vesiculares abolidos em bases, crepitação em terço médio esquerdo por extenso, e som maciço na percussão em bases. SpO2: 92% em ar ambiente. **Exames complementares:** Radiografia de tórax mostrou derrame pleural volumoso, com triglicérides de 722 mg/dL. A TC de tórax mostrou infiltração difusa mal delimitada da gordura mediastinal, pericárdica e extra pleural bilateral por tecido heterogêneo, com extensão para a gordura retroperitoneal, diafragmática e epipericárdica, associada a espessamento pleural difuso e derrame pleural bilateral, e espessamento dos feixes peribroncovasculares bilaterais, com espessamento septal, sugestivos de linfangiomatose difusa. **Diagnóstico:** Revisão da lâmina da biópsia prévia mostrou proliferação de vasos linfáticos em arranjo anastomosante, compatível com linfangiomatose. **Evolução:** Após investigação inicial paciente persiste com dispneia em piora progressiva. **Discussão:** A LP é uma doença com sintomas que se assemelham a outras condições pulmonares que cursam com derrames pleural, pericárdico e infiltrações teciduais, tornando, muitas vezes, o diagnóstico tardio. Neste caso, o paciente apresentou 2 episódios anteriores de derrames cavitários, interpretados como infecção ou inflamação inespecífica, levando a atraso no diagnóstico. Os achados radiológicos descritos — infiltração tecidual difusa, espessamento pleural e alterações perilinfáticas — associados ao quilotórax reforçam a suspeita diagnóstica, todavia, não são exclusivos da LP tornando necessária biópsia tecidual. Por se tratar de uma doença rara, não há tratamento padronizado. O manejo envolve controle sintomático e suporte. O sirolimus apontou segurança e melhora clínica em alguns casos relatados. Este relato reforça a necessidade de incluir a LP no diagnóstico diferencial de quilotórax recorrente e a importância de abordagem multidisciplinar para definição terapêutica e acompanhamento.

512 HEMANGIOMA MEDIASTINAL OU DERRAME PLEURAL?

SOUSA, P A B D, ALEXANDRE, J R S, SANTOS, L S N , ACENCIO, M M P, SALES, R K B D, FORTUNATO, E, TEIXEIRA, L R

Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coracao (InCor), Hospital das Clinicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, BR. - Sao Paulo - São Paulo - Brasil

Hemangiomas mediastinais são tumores vasculares benignos raros que podem ser assintomáticos ou apresentarem sintomas torácicos inespecíficos. Devido à localização e aspecto radiológico, podem mimetizar doenças pleurais, especialmente quando localizados próximos à pleura. Este relato destaca a importância de se considerar lesões vasculares mediastinais no diagnóstico diferencial de derrames pleurais persistentes.

História da doença atual e pregressa: LASP, 78 anos, masculino, sem tabagismo, etilismo ou exposições ambientais relevantes atendido no ambulatório de Doenças Pleurais do HCFMUSP em junho de 2024 para investigação de derrame pleural (DP) persistente à esquerda. O DP foi inicialmente identificado em exame ecográfico de rotina em 2023, associado a um pequeno derrame pericárdico. Não possui sintomas respiratórios importantes, o derrame pleural fora um achado de imagem. **Exame físico:** Murmúrio vesicular presente com redução e base esquerda e saturação periférica de O₂ adequada em ar ambiente. **Exames complementares:** Radiografia de tórax confirmava DP à esquerda, que na análise laboratorial era um exsudato, com ADA 7,2 UI/mL e 9910 células/mm³, linfocítico e citologia oncológica negativa. A análise histológica da pleura demonstrou pleurite crônica leve com proliferação mesotelial reativa, sem evidência de neoplasia. A tomografia computadorizada de tórax (TCAR) com contraste evidenciou massa nodular mediastinal anterior esquerda, com realce heterogêneo, medindo 5,0 × 4,0 cm, em contato com o tronco da artéria pulmonar e ramo principal esquerdo, sem sinais de invasão, além do DP à esquerda. No PET-CT a lesão era nodular hiperatenuante na topografia periaórtica e hilar esquerda, com densidade média de 15 UH e dimensões de 4,5 × 3,5 cm. **Diagnóstico:** Foi realizado mediastinoscopia com anatomopatológico revelando proliferação angiomatóide sem atipias, compatível com hemangioma, associada a pleurite crônica com hiperplasia mesotelial reativa, sem evidência de neoplasia. **Evolução:** Exames de seguimento demonstraram estabilidade da lesão, sem invasão local, derrame pleural pósterio-basal à esquerda de pequeno a moderado volume, e pequeno derrame pericárdico. E paciente segue assintomático em seguimento no ambulatório. **Discussão:** Hemangiomas mediastinais são tumores benignos de vasos sanguíneos com proliferação anormal, apresentando-se em exames de imagem como TCAR com massas de partes moles, bem delimitadas, podendo ser heterogêneas devido a presença de septações ou calcificações. A fisiopatologia do derrame pleural, que normalmente é ipsilateral a lesão, ocorre por alguns fatores a depender da localização, como compressão local do ducto torácico, crescimento no espaço intercostal, própria inflamação pleural contígua ou por sangramento. Lesões de achados incidentais e assintomáticos devem ser tratadas de maneira conservadora com acompanhamento anual tomográfico, destacando-se o risco virtualmente nulo de malignidade. O tratamento cirúrgico é reservado em casos sintomáticos e para confirmação anatomopatológica diagnóstica.

- 508 **ESPESSAMENTO PLEURAL CALCIFICADO ASSOCIADO À EXPOSIÇÃO AO AMIANTO**
DRUMOND, G V , SCHICARIOL, G N , PINCINATO, L P , ROQUE, A C , FORTUNATO, E , ACENCIO, M M P ,
TEIXEIRA, L R

Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coracao (InCor), Hospital das Clinicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, BR. - Sao Paulo - São Paulo - Brasil

A exposição ocupacional ao amianto está associada a doenças benignas e malignas da pleura e do pulmão, sendo as placas pleurais a manifestação benigna mais comum e marcador confiável de contato prévio com o mineral. Caracterizam-se por áreas bem delimitadas de fibrose hialina, frequentemente calcificadas, envolvendo principalmente a pleura parietal e diafragmática. O intervalo entre exposição e diagnóstico varia de 15 a 40 anos, e a prevalência depende da intensidade e duração da exposição. Embora, em geral, assintomáticas, placas extensas podem reduzir a complacência torácica e estão associadas a maior risco de mesotelioma e câncer de pulmão. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 72 anos, ex- etilista, não fumante, hipertenso, sem doenças pulmonares prévias, aposentado, natural de Osasco, com 25 anos de trabalho em manutenção de elevadores, relatando contato inicial com amianto. Encaminhado para investigação de espessamento pleural calcificado à direita, detectado em exame em avaliação de dispneia mMRC 1.

Exame físico: Murmuro vesicular presente com atrito pleural a direita, eupneico, saturação periférica de O₂ de 98% em ar ambiente. **Exames complementares:** TC de tórax (03/07/2025) evidenciou espessamento pleural calcificado à direita e pequeno derrame pleural. Prova de função pulmonar (19/03/2025) mostrou padrão obstrutivo moderado com resposta broncodilatadora. **Diagnóstico:** No presente caso, a correlação entre história ocupacional, padrão radiológico e distribuição da lesão sustenta o diagnóstico provável de derrame pleural crônico calcificado relacionado à exposição ao amianto. **Evolução:** O seguimento periódico é indicado para monitorar evolução e rastrear precocemente doenças malignas relacionadas ao amianto, particularmente em indivíduos com histórico de exposição significativa. **Discussão:** As placas pleurais calcificadas refletem resposta fibroproliferativa crônica à deposição de fibras de amianto na pleura, com predileção pela superfície diafragmática, achado quase patognomônico. Embora não sejam lesões malignas, seu valor prognóstico reside no fato de indicarem exposição prévia relevante, sendo associadas a risco aumentado de câncer de pulmão mesmo na ausência de asbestose. Estudos de coorte demonstraram que, após ajuste para tabagismo e índice cumulativo de exposição, a presença de placas pode triplicar a mortalidade por câncer de pulmão. A magnitude desse risco parece influenciada pelo tempo de exposição e carga cumulativa, com efeito não linear e declínio conforme progressão temporal desde o último contato. A TCAR é superior à radiografia na detecção de placas não calcificadas, na mensuração da extensão e na diferenciação de outras causas de calcificação pleural.

- 298 **ENFISEMA SUBCUTÂNEO ESPONTÂNEO COMO MANIFESTAÇÃO DA SÍNDROME DE HAMMAN: UM RELATO DE CASO**

LEAL RAMOS, C M , BATISTA FERREIRA, M V , SILVA, M P , PEREZ, R
Universidade do Estado de Mato Grosso - Cáceres - Mato Grosso - Brasil

O enfisema subcutâneo é uma condição rara, geralmente associada a trauma torácico, ventilação mecânica ou procedimentos invasivos. Entretanto, sua forma espontânea, especialmente em contexto pós-infeccioso viral, é incomum e pouco descrita, dificultando o diagnóstico. A fisiopatologia envolve ruptura alveolar por aumento súbito da pressão intratorácica, permitindo a passagem de ar para o interstício pulmonar e mediastino (Síndrome de Hamman-Macklin), com subsequente migração para o subcutâneo. Em tempos de circulação viral intensa, como nos surtos de SARS-CoV-2 e Influenza, reconhecer manifestações atípicas torna-se essencial para evitar abordagens desnecessárias e ampliar o conhecimento médico. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 22 anos, previamente saudável, relatou febre alta, seguida de sudorese noturna intensa. Após uma semana, novo episódio febril tratado com dipirona, seguido por crises de tosse. Evoluiu com ardência na garganta, tosse persistente e inchaço na base do pescoço. Em seguida, referiu aumento do inchaço, voz alterada e sensação de “bolhas de ar” no tórax e pescoço. Relatava sinusite recente. Negava dispneia, doenças prévias, tabagismo e etilismo. **Exame físico:** Paciente eupneico, com edema cervical e crepitação à palpação nas regiões cervical, clavicular e tórax anterior, compatível com enfisema subcutâneo. Murmúrio vesicular discretamente diminuído, sem ruídos adventícios. Sinais vitais normais, sem sinais de insuficiência respiratória. **Exames complementares:** Raio-X de tórax: enfisema subcutâneo, sem pneumotórax. TC de tórax: enfisema subcutâneo importante e pneumomediastino. Hemograma: leucocitose (15.310) com predomínio de segmentados e monócitos elevados. Ferritina aumentada (571,30 ng/mL). Demais exames laboratoriais (PCR, VHS, enzimas cardíacas, função renal, hepática, marcadores inflamatórios e trombóticos) dentro da normalidade. **Diagnóstico:** Enfisema subcutâneo espontâneo secundário a infecção viral respiratória, compatível com Síndrome de Hamman. **Evolução:** Paciente manteve estabilidade clínica, sem necessidade de intervenção invasiva. Tratado de forma conservadora com analgesia, repouso e oxigenoterapia leve. Houve regressão do enfisema em 7 dias e resolução completa em 14 dias. **Discussão:** Este caso ilustra um quadro raro de enfisema subcutâneo espontâneo em paciente jovem, previamente saudável, em contexto de infecção viral recente. A associação clínica com a Síndrome de Hamman reforça a importância de se reconhecer essa entidade como manifestação benigna, porém potencialmente alarmante. A ausência de dispneia ou sinais de gravidade pode retardar o diagnóstico, especialmente quando confundido com quadros como pneumotórax ou infecções cervicais profundas. O uso criterioso da tomografia e a decisão por conduta conservadora, quando bem indicada, demonstram segurança e efetividade no manejo. Assim, o relato amplia a consciência médica sobre apresentações atípicas de infecções respiratórias virais, destacando a importância da avaliação clínica minuciosa e evitando intervenções desnecessárias.

- 474 **TERATOMA MEDIASTINAL MADURO COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA E COMPLICADO POR ASPERGILOSE ANGIOINVASIVA: RELATO DE CASO**
SILVA CARVALHO, J D , CAZULA BUENO, B , DE PAIVA MEMENTO MACHADO, S , AOKI, R K , ROQUE RODRIGUES CARCILO, L , BARBOSA DE SALES, R K , COSTA, A N
INCOR / HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Teratomas são tumores de células germinativas cujo principal acometimento extragonadal é o mediastino pré vascular e raramente invadem estruturas adjacentes. A aspergilose invasiva, é uma doença que acomete sobretudo indivíduos imunocomprometidos e pacientes onco-hematológicos, mas com poucos relatos em tumores sólidos. A coexistência dessas duas entidades é rara e pode levar a diagnósticos equivocados ou tratamento tardio. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 33 anos, sem comorbidades conhecidas, com relato de há oito anos apresentar tosse produtiva, escarro com hemoptoicos, febre e dor torácica ventilatório dependente, além de perda de peso, 20 kg em um período de 5 meses. **Exame físico:** Durante avaliações apresentou deterioração do quadro clínico e persistência de episódios febris associados a bradicardia sintomática além de visualizados pequenos êmbolos fúngicos em arcos palato-faríngeos. **Exames complementares:** Em primeira tomografia de tórax notava-se presença de massa heterogênea hilar direita com extensão para lobos superior e médio, infiltrando brônquio fonte direito, artéria pulmonar direita e íntimo contato com átrio esquerdo, sendo considerado a possibilidade de acometimento neoplásico. Exames complementares para infecção micobacteriana, sorologias e autoanticorpos resultaram negativos. Diante do quadro ainda não bem esclarecido, optado por biópsia de massa mediastinal e anatomopatológico evidenciou numerosas hifas fúngicas pauci septadas com ramificação em ângulo agudo com angioinvasão sugestivas de aspergilose. Ecocardiograma transtorácico com evidência de hipertensão arterial pulmonar, massa heterogênea obliterando a luz da veia pulmonar e estendendo-se de forma filamentar e móvel para átrio esquerdo. **Diagnóstico:** Após discussão multidisciplinar paciente submetido a cirurgia aberta por toracotomia sendo evidenciado no intraoperatório lesão branco nacarada, algo gordurosa em mediastino, aderida a artéria pulmonar com presença de pelo. O histopatológico revelou presença de elementos glandulares e tecido pancreático, além de epitélio escamoso queratinizante e anexos cutâneos, epitélio colunar ciliado e cartilagem. Os achados foram consistentes com teratoma maduro. **Evolução:** Paciente recebeu alta hospitalar após estabilização e elucidação diagnóstica mantendo antifúngico (voriconazol), sorologia de controle para aspergillus com queda de índices (1/8, prévia de 1/64) e com programação de abordagem cirúrgica do teratoma pelas equipes da cirurgia torácica e cardiovascular. **Discussão:** A aspergilose angioinvasiva é incomum em imunocompetentes, com poucos casos descritos associados à tumores sólidos. O aspergillus pode formar uma camada superficial no tumor dificultando a análise da biópsia e o diagnóstico, além de gerar imunodeficiência local favorecendo a angioinvasão. Assim, a associação de neoplasia com o aspergillus deve ser aventada sempre que o indivíduo não possua fatores de risco clássicos para formar a doença fúngica.

infecções respiratórias (relato de caso)

- 550 **COMPLICAÇÕES PULMONARES GRAVES RELACIONADAS AO USO DE CRACK: UM RELATO DE CASO**
ROSA, C L B , SATURI, F M , AOUDE, C L
Santa Casa de Franca - Franca - São Paulo - Brasil

O crack, derivado da cocaína sob a forma de base livre para uso inalatório, está associado a um amplo espectro de complicações pulmonares agudas e crônicas. A fisiopatologia da lesão pulmonar é multifatorial, englobando dano térmico direto às vias aéreas, toxicidade química ao parênquima e disfunção macrofágica, que predispõe a infecções secundárias. Dentre as manifestações, destacam-se a “síndrome do pulmão de crack”, pneumonias graves, hemorragia alveolar e a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). A crescente prevalência da dependência química no Brasil torna o reconhecimento desta condição um imperativo para pneumologistas, intensivistas e demais profissionais. **História da doença atual e pregressa:** Paciente feminina, 44 anos, com histórico de tabagismo, etilismo e uso crônico de crack em contexto de vulnerabilidade social, foi admitida em serviço de emergência com quadro de tosse seca, dispneia progressiva, febre e síndrome consumptiva acentuada (perda ponderal de 28 kg em 5 meses). **Exame físico:** Ao exame, apresentava crepitações em hemitórax esquerdo. **Exames complementares:** A radiografia de tórax exibiu opacidades alveolares difusas e heterogêneas, com predomínio à esquerda, e a tomografia computadorizada de tórax evidenciou um padrão de dano alveolar difuso, com extensas áreas de atenuação em vidro fosco, consolidações e espessamento de septos interlobulares. **Diagnóstico:** Síndrome de Pulmão de crack. **Evolução:** Evoluiu com rápida deterioração do quadro respiratório, caracterizando SDRA grave, com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Concomitantemente, desenvolveu choque séptico, requerendo suporte com noradrenalina. A investigação etiológica inicial, incluindo culturas (hemocultura e aspirado traqueal), pesquisa de BAAR e sorologia para HIV, resultou negativa. O manejo em unidade de terapia intensiva (UTI) incluiu antibioticoterapia empírica de amplo espectro (escalonada até meropenem e vancomicina), estratégia de ventilação mecânica protetora com sessões de pronação, e suporte hemodinâmico e nutricional intensivo. Com as medidas implementadas, observou-se melhora clínico-radiológica progressiva, permitindo a extubação no 9º dia de internação e subsequente transferência para a enfermaria, dando sequência até sua alta hospitalar. **Discussão:** Este caso ilustra a manifestação grave da “síndrome do pulmão de crack”, uma pneumonite química que pode mimetizar quadros infecciosos e evoluir rapidamente para falência de múltiplos órgãos. O diagnóstico representa um desafio e fundamenta-se na forte suspeição clínica associada à história de exposição, achados radiológicos compatíveis e, crucialmente, na exclusão de outras etiologias. A abordagem terapêutica, eminentemente de suporte, deve ser agressiva e precoce, incluindo ventilação protetora para SDRA e antibioticoterapia empírica, dada a dificuldade em descartar coinfeção bacteriana. Este relato reforça a necessidade de alta vigilância para esta condição nos serviços de emergência e terapia intensiva, visando o manejo adequado para reduzir sua significativa morbimortalidade

- 411 **MUCORMICOSE PULMONAR: RELATO DE CASO DE UMA APRESENTAÇÃO TOMOGRAFICAMENTE ATÍPICA**
SERRETTI-MENDES, G M , SOARES, G S , OLIVEIRA, F R , COSTA, A N
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- São Paulo - São Paulo - Brasil

A mucormicose pulmonar é uma pneumonia fúngica oportunista incomum, frequentemente associada com status de imunodepressão. Os sintomas podem incluir febre refratária a antibióticos de amplo espectro, tosse e dispneia progressiva. A invasão dos principais vasos sanguíneos pulmonares por hifas pode levar a hemoptise maciça, potencialmente fatal. A apresentação clínica mais comum é de uma pneumonia rapidamente progressiva, associada a imagem de tórax com opacidades difusas em vidro fosco. O sinal do halo invertido foi demonstrado como um sinal bastante específico capaz de sugerir o diagnóstico no cenário clínico correto. O tratamento se faz com uso de anfotericina B e ressecção cirúrgica sempre que possível. **História da doença atual e pregressa:** Mulher, 70 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 mal compensado (hemoglobina glicada de 18,6%), hipertensão arterial sistêmica, doença do refluxo gastroesofágico, negava tabagismo e alegava etilismo social, iniciou sintomas de tosse produtiva com expectoração escurecida, amarronzada, associada a febre e adinamia. Inicialmente procurou serviço de pronto atendimento público no quinto dia de sintomas recebendo prescrição de sintomáticos. Devido persistência de sintomas, procurou mesmo serviço 1 semana após, tendo feito exames laboratoriais e radiografia de tórax, sendo medicada com amoxicilina + clavulanato por 7 dias. Ainda persistindo com sintomas e com piora dos mesmos, procura pronto atendimento hospitalar, desta vez com dispneia aos esforços e dessaturação com necessidade de O2 suplementar, sendo internada para investigação e antibiótico endovenoso. Tomografia de tórax da admissão evidenciava múltiplas lesões cavitadas em lobos inferiores, suspeitas inicialmente para embolia séptica, porém sem melhora efetiva após ciclo de antibiótico. **Exame físico:** Ausculta pulmonar inocente; saturação de O2 de 86% em ar ambiente. **Exames complementares:** Tomografia de tórax com consolidações nodulares em ambos os pulmões, várias delas escavadas. Lavado broncoalveolar com galactomanana altamente positiva e cultura com crescimento somente de *Candida albicans*. **Diagnóstico:** Após cultura de fragmento de biópsia com crescimento de *Rhizopus microsporus*. **Evolução:** Durante internação apresentou distúrbios eletrolíticos ao receber anfotericina B. Inter correu com hemoptise, sem repercussão hemodinâmica, autolimitada e sem foco de sangramento evidente à broncoscopia. Recebeu alta após 2 meses de internação com uso de isavuconazol em domicílio. **Discussão:** Mucormicose é raramente diagnosticada, mas caracterizada por elevadas taxas de complicações e mortalidade. No caso em análise, os sintomas respiratórios apresentados eram indistinguíveis daqueles causados por infecções virais/bacterianas, resultado na administração de terapia antimicrobiana. A paciente em questão, apesar da conduta medicamentosa exclusiva, apresentou boa evolução clínica. Dada a dificuldade diagnóstica, é essencial um alto índice de suspeição, considerando os achados clínico-radiológicos, devendo iniciar o tratamento mesmo na ausência de confirmação microbiológica.

- 430 **PNEUMONIA LIPOÍDICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM CONSOLIDAÇÃO PULMONAR PERSISTENTE**
MARTINS, V M C, ESPINOSA, L D, CARNELOSSI, M J C , FILHO, J A P P, DE ALMEIDA, G C, MUSOLINO, R S, CARVALHO, G G H

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Famerp - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

A pneumonia lipóidica é uma condição pulmonar incomum, que pode ocorrer por causas exógenas ou endógenas, sendo a primeira mais frequente e decorrente da aspiração de óleos de origem animal, mineral ou vegetal. Tal caso é um exemplo de consolidação pulmonar crônica, sendo um importante diagnóstico diferencial de processos inflamatórios, infecciosos e neoplásicos. **História da doença atual e pregressa:** Paciente do sexo masculino, 76 anos, ex - tabagista (carga tabágica 2,5 anos/maço), portador de Doença de Alzheimer e epilepsia, com história de pneumonias de repetição. Interna com equipe de Geriatria com histórico de astenia, tosse, perda ponderal não mensurada, sem febre, há cerca de 5 dias. **Exame físico:** Apresentava roncocal em bases a ausculta pulmonar. **Exames complementares:** Exames laboratoriais com PCR elevada (8,8 mg/dl). Realizada tomografia de tórax com: consolidação de contornos irregulares acometendo a língua e o lobo inferior do pulmão esquerdo. Iniciado antibioticoterapia com ceftriaxona e azitromicina, com melhora clínica e laboratorial, optado por alta hospitalar com controle tomográfico ambulatorial. **Diagnóstico:** Após 2 meses, paciente reinternado devido crises convulsivas com necessidade de IOT. Avaliado pela equipe de pneumologia e realizada nova tomografia de tórax, com manutenção de consolidação em mesma localização e observado baixo coeficiente de atenuação. Optada por prosseguir investigação com broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia pulmonar. Lavado broncoalveolar com predomínio de neutrófilos (79%), pesquisa e cultura para bactérias, fungos e micobactérias negativas. Biópsia transbrônquica compatível com pneumonia lipóidica. Identificado uso recorrente de óleo mineral e orientada suspensão. **Evolução:** Paciente reinternado meses após devido fratura de fêmur, mantendo alterações em tomografia. **Discussão:** A pneumonia lipóidica resulta da aspiração ou inalação de materiais oleosos, que podem ser endógenos ou exógenos. A causa exógena mais comum é a aspiração de óleo mineral. Já na forma endógena, há o acúmulo de lipídios dentro de macrófagos alveolares no contexto de obstrução brônquica, infecção pulmonar crônica ou proteinose alveolar. A apresentação clínica é variável de acordo com a idade do paciente, do volume aspirado e se a aspiração é aguda ou crônica, sendo os sintomas mais comuns tosse e dispneia. Os achados na tomografia são pouco específicos e podem mimetizar outras patologias, incluindo neoplasias. O achado mais característico é a presença de consolidações pulmonares com atenuação de gordura (-150 e -30 UH). O diagnóstico é firmado quando identificam-se macrófagos alveolares com vacúolos de gordura, seja em amostra de lavado broncoalveolar ou biópsia. O tratamento, por fim, consiste em cuidados de suporte e descontinuação da exposição. Entretanto, após a descontinuação, uma pequena porcentagem dos pacientes apresenta melhora clínica ou radiológica.

- 466 **INFECÇÃO PULMONAR POR NOCARDIA SP. EM PACIENTE COM BRONQUIECTASIAS DE ETIOLOGIA IDIOPÁTICA, SEM IMUNODEFICIÊNCIA COMPROVADA.**
VICENTE, G N S, DOS PASSOS, H R, MARTINS, B O, BARROS, S S, SANTOS, G A D C, RACHED, S Z, ATHANAZIO, R A

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo - São Paulo - Brasil

A infecção pulmonar por *Nocardia* sp. é uma condição rara, especialmente em indivíduos imunocompetentes, e seu diagnóstico apresenta desafios devido à lentidão do crescimento em cultura e à semelhança com quadros de micobacterioses. Este caso destaca a importância da suspeita clínica em pacientes com bronquiectasias e infecções respiratórias recorrentes. **História da doença atual e progressa:** Mulher de 55 anos, com diagnóstico aos 51 de bronquiectasias de etiologia idiopática anos após investigação de tosse crônica. Evoluiu com episódios frequentes de febre, tosse produtiva e infecções respiratórias recorrentes. Tinha hipotireoidismo em tratamento. Negava imunossupressão, tabagismo ou etilismo. Relatava episódio de pneumonia aos 29 anos, além de sarampo e catapora na infância. **Exame físico:** A paciente encontrava-se em estado geral regular, apresentando saturação normal em ar ambiente. Ausculta pulmonar revelava murmúrios vesiculares diminuídos, sem a presença de ruídos adventícios. Não foram observadas outras alterações significativas. **Exames complementares:** Tomografia computadorizada de tórax demonstrava bronquiectasias cilíndricas e varicosas, árvore em brotamento e micronódulos, com predomínio em campos médios. Realizado lavado broncoalveolar para investigação de piora clínica que isolou *Nocardia* sp., com pBAAR negativo. Provas de função pulmonar mostravam padrão obstrutivo leve e redução da DLCO. Culturas respiratórias anteriores isolavam flora oportunista. **Diagnóstico:** Infecção pulmonar por *Nocardia* sp. em paciente com bronquiectasias de etiologia idiopática, sem imunodeficiência comprovada. **Evolução:** Foi tratada com sulfametoxazol-trimetoprim por 12 meses, com boa resposta clínica, funcional e radiológica. Mantém seguimento ambulatorial regular, com bom controle clínico e microbiológico, inclusive com melhora do perfil exacerbador. **Discussão:** A nocardiose é uma infecção causada por bacilos gram-positivos aeróbios, que são parcialmente resistentes ao álcool-ácido, e estão presentes no solo e na água. A transmissão ocorre por meio de inalação ou inoculação direta. Embora afete principalmente indivíduos imunossuprimidos, também pode acometer imunocompetentes. O curso da doença é subagudo/crônico, apresentando sintomas como febre, tosse e perda de peso. Na tomografia computadorizada, a nocardiose pode manifestar-se por meio de nódulos escavados, padrão de árvore em brotamento, consolidações e espessamento pleural, o que pode levar à confusão com micobacterioses. O diagnóstico depende de culturas prolongadas, idealmente realizadas com suspeita de nocardia, apresentando alta positividade no escarro se conduzidas corretamente. O tratamento em indivíduos imunocompetentes baseia-se na administração de sulfametoxazol-trimetoprim por um período de 6 a 12 meses. Este caso destaca a importância de considerar a nocardiose em pacientes com bronquiectasias e quadro clínico persistente ou refratário ao tratamento convencional.

- 313 **CRÍPTOCOCOSE PULMONAR SE APRESENTANDO COMO NÓDULO PULMONAR SUSPEITO**
SOUZA, B V P, SILVA, M A O B, FERREIRA, R G, VERRASTRO, C G Y, GRIMALDI, A B, TEIXEIRA, C A C, JAMNIK, S

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - São Paulo - São Paulo - Brasil

A criptococose pulmonar é uma micose oportunista causada por fungos do gênero *Cryptococcus*, que pode acometer tanto pacientes imunocompetentes quanto imunocomprometidos. Sua apresentação clínica e radiológica muitas vezes se assemelha a outras doenças pulmonares, como neoplasias, tuberculose e infecções granulomatosas, dificultando o diagnóstico por imagem. Neste relato, destacamos um caso em que os achados tomográficos sugeriam fortemente neoplasia, evidenciando a importância do diagnóstico diferencial mesmo em lesões com características sugestivas de malignidade. **História da doença atual e progressa:** Feminino, 59 anos, natural do interior de Minas Gerais, agricultora, com histórico de exposição à queima de biomassa por mais de 40 anos. Referia tosse intermitente com episódios de hemoptoicos desde um quadro de pneumonia há cinco anos. Evoluiu com perda ponderal involuntária de 10 kg, dispneia progressiva aos moderados esforços e palpitação. Negava tabagismo ou outras comorbidades. **Exame físico:** Apresentava-se em estado geral regular, normocorada, SpO₂ de 94% em ar ambiente, sem ruídos adventícios à ausculta pulmonar. **Exames complementares:** Hemograma sem alterações relevantes. BAAR negativo em duas amostras; cultura para micobactérias negativa. Espirometria (18/02/25): CVF 2,48 (88%) / VEF1 2,07 (92%) / VEF1/CVF 83 > Pós-BD CVF 2,44 (86%) / VEF1 2,05 (86%) / VEF1/CVF 84 Tomografia de tórax (24/03/23): traves densas nas bases pulmonares e nódulo sólido de 27 mm no lobo inferior esquerdo (LIE). TC de tórax com contraste (22/10/24): nódulo subpleural no segmento basal posterolateral do LIE, macrolobulado e de contornos irregulares, medindo 2,9 x 2,2 cm, sem captação ao contraste. Pequenos nódulos pulmonares esparsos bilaterais menores que 0,5 cm, inespecíficos **Diagnóstico:** Nódulo pulmonar suspeito. **Evolução:** Em novembro de 2024, foi realizada biópsia pulmonar guiada por tomografia, que mostrou necrose tecidual sem sinais de malignidade e pesquisa de fungos negativa. Diante da alta suspeita de neoplasia, realizou-se biópsia por congelamento intraoperatória, que evidenciou nódulo granulomatoso com necrose e calcificação central. A pesquisa de fungos foi positiva para leveduras compatíveis com *Cryptococcus* sp., sem evidência de malignidade. A paciente foi submetida à ressecção em cunha da lesão. A pesquisa de antígeno criptocócico sérico foi positiva, sendo indicado tratamento com fluconazol, com previsão de manutenção por 12 meses. **Discussão:** A presença de nódulo pulmonar solitário é um achado comum na prática clínica, com diversas etiologias possíveis. A criptococose pulmonar é uma das causas infecciosas que podem mimetizar neoplasias, sobretudo quando o nódulo apresenta características suspeitas. Em estudo retrospectivo, 43,42% dos casos (33 de 76 pacientes) foram inicialmente diagnosticados como câncer pulmonar. O presente caso ressalta a importância da investigação histopatológica e da consideração de diagnósticos diferenciais mesmo em pacientes imunocompetentes, evitando condutas cirúrgicas mais radicais.

383 **ABSCESO PULMONAR POR BURKHOLDERIA CEPACIA EM PACIENTE COM PARACOCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA: RELATO DE CASO**

SANTALIZ, M G M, PAIVA, S M, KAZUHIRO, R A , BARBOSA, R K S, ROQUE, L C R, FUTOSHI, R M, COSTA, A N
Hospital das Clínicas FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

A paracoccidiodomicose é uma infecção fúngica endêmica na América Latina causada pelas espécies *Paracoccidioides brasiliensis* e *lutzi*, sendo o tabagismo e o etilismo fatores de risco documentados. A *Burkholderia gladioli* é uma bactéria gram-negativa ambiental, que pode ser encontrada em secreções pulmonares de portadores de fibrose cística, mas com alguns relatos de diferentes manifestações pulmonares. O relato reforça a necessidade de considerar agentes infecciosos não usuais, bem como reconhecer sinais extrapulmonares que possam orientar a etiologia. Além disso, deve atentar-se a fatores de risco relacionados, como tabagismo e etilismo, mesmo em indivíduos imunocompetentes. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 57 anos, etilista e tabagista de fumo de palha, com quadro de tosse, dispneia progressiva e perda ponderal de 10kg há 6 meses, além de febre noturna. Admitido em serviço de terapia intensiva de hospital terciário de São Paulo - SP, encaminhado de hospital em Piedade -SP, em uso de ventilação mecânica, por quadro de insuficiência respiratória de etiologia não definida e em uso de piperacilina-tazobactam. À admissão, realizada tomografia de tórax que evidenciou micronódulos difusos, consolidações e derrame pleural loculado. Ao exame físico, observada lesão ulcerada em 1º quirodáctilo direito. Realizadas biópsia ungueal e transbrônquica positivas para paracoccidiodomicose. **Exame físico:** - **Exames complementares:** - Tomografia de tórax: micronódulos centrolobulares difusos, áreas de consolidação e derrame pleural loculado direito, com sinais de pneumonia necrotizante. - Fragmento ungueal e transbrônquico: leveduras compatíveis em exame direto e cultura. - Tomografia de crânio: descartada infecção em sistema nervoso central. **Diagnóstico:** - **Evolução:** Devido a persistência de sintomas infecciosos a despeito do tratamento com anfotericina B Lipossomal, realizadas culturas de secreção traqueal e observado crescimento persistente de *Burkholderia gladioli*, sendo adicionado meropenem. Após 15 dias, paciente evoluiu com piora clínica e radiológica, com necessidade de abordagem de empiema e decorticação. Após abordagem cirúrgica, houve melhora clínica considerável, com desmame de ventilação e transição para sulfametoxazol - trimetoprim e levofloxacino. Exames complementares mostraram melhora tomográfica associada, sendo mantido esquema e reabilitação multidisciplinar. **Discussão:** A progressão para formas necrosantes e cavitárias na Paracoccidiodomicose é rara e pode ser justificada pela coinfeção com a *Burkholderia gladioli*, uma bactéria gram-negativa ambiental, que não pertence ao complexo *Burkholderia cepacia*, mas compartilha características genéticas e apresenta relatos crescentes de associação com abscessos pulmonares. A contaminação do fumo de palha por esses agentes etiológicos não foi descartada e é uma possibilidade na cadeia de eventos. A identificação microbiológica, aliada à abordagem interdisciplinar, antimicrobianos e intervenção cirúrgica oportuna, foi fundamental para a recuperação clínica no caso elucidado.

416 **PARAGONIMÍASE PULMONAR SIMULANDO NEOPLASIA: RELATO DE CASO**

GUERRA, J M, COUTINHO, H M, RODRIGUES, S C S, COLETTA, E N A M , RIBEIRO, R M R, CRUVINEL, MDC, CUNHA, N G M D

Hospital do servidor público estadual - São Paulo - São Paulo - Brasil

A paragonimíase é uma parasitose pulmonar rara no Brasil que é frequentemente subdiagnosticada. O reconhecimento dessa doença infecciosa pode evitar atrasos no seu diagnóstico e tratamento, bem como intervenções cirúrgicas extensas desnecessárias. Nódulos ou consolidações pulmonares espiculados com aumento de captação SUV da imagem no exame do PET-CT são altamente sugestivos de neoplasia. No entanto, diagnósticos diferenciais infecciosos devem ser considerados, especialmente em pacientes com histórico de viagens para áreas endêmicas dessa zoonose. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 72 anos, ex-tabagista 20 maços/ano com consolidação pulmonar espiculada identificada na tomografia computadorizada de tórax. Referia viagens recentes para a República Dominicana e Panamá a trabalho, onde houve a ingestão de crustáceos crus. **Exame físico:** Encontrava-se assintomático respiratório, não sendo evidenciadas alterações no exame físico e exames laboratoriais. **Exames complementares:** A TC de tórax evidenciou consolidação espiculada em lobo médio. O PET-CT mostrou SUV aumentado (SUV 19,2). A anatomia patológica da biópsia percutânea revelou granuloma epitelióide isolado. ANCA, o teste Quantiferon-TB Gold, sorologias para fungos (*histoplasma*, *paracoccidiodomicose*, *aspergillus*) e antígeno de *cryptococcus* foram negativos. Para elucidação diagnóstica, optou-se por biópsia cirúrgica e lobectomia. O exame anatomopatológico da lobectomia média revelou além da inflamação granulomatosa e pesquisas de BAAR e fungos negativas do exame anterior, a presença de necrose de padrão amorfo com debris celulares e ovos de parasitas com microcalcificações, morfológicamente compatíveis com ovos de trematódeo do gênero *Paragonimus* SP. **Diagnóstico:** Paragonimíase pulmonar. **Evolução:** O paciente foi tratado com praziquantel por três dias com a repetição do tratamento após 1 ano do seguimento. Permanece assintomático respiratório no acompanhamento e com TC de controle sem novas lesões. **Discussão:** A paragonimíase é uma zoonose crônica causada por trematódeos do gênero *Paragonimus*, adquirida pela ingestão de crustáceos de água doce mal-cozidos. Tem maior prevalência na Ásia, mas casos têm sido descritos em regiões das Américas. A infecção pode ser assintomática como no caso relatado, ou manifestar-se por sintomas respiratórios inespecíficos. Os Achados radiológicos de nódulos ou consolidações pulmonares podem mimetizar neoplasia, como neste caso ou frequentemente pode haver o aparecimento de derrames pleurais. A hipercaptação da lesão no PET-CT não deve excluir a etiologia infecciosa. O diagnóstico definitivo é obtido pela visualização direta dos ovos do parasita em amostras teciduais, como realizado no paciente relatado. O tratamento com praziquantel é eficaz, com taxas de cura elevadas. Este caso ressalta a importância da investigação detalhada de antecedentes epidemiológicos, da persistência por amostras teciduais que caracterizam o diagnóstico definitivo da doença, e a inclusão de doenças parasitárias nos diagnósticos diferenciais de lesões suspeitas de neoplasias pulmonares.

503 **HEMATOMAS PULMONARES SIMULANDO ABSCESSOS: DESAFIO DIAGNÓSTICO E REVISÃO DO TEMA**
LIRA, M J T , DEHEINZELIN, J R, AOKI, R K, CARCILO, L R R, FONSECA, E K U N, CHATE, R C, NATHAN, A C
InCor - Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Hematomas pulmonares são achados raros, mais frequentemente pós-traumáticos, mas também descritos de forma espontânea em cenários de distúrbios da hemostasia (anticoagulantes, trombocitopenia). Surgem principalmente sobre áreas de alterações parenquimatosas prévias, como cistos e bolhas de enfisema, tendo como mecanismo proposto erosão de parede cística ou ruptura de pequenos vasos. Predominam nas bases e apresentam resolução lenta ("vanishing tumor"). Na tomografia do tórax (TCT), manifestam-se como massas/nódulos de alta atenuação, devendo ser diferenciados de abscessos e outras lesões hiperdensas.

História da doença atual e progressa: Homem, 76 anos, ex-tabagista, com doença pulmonar obstrutiva crônica GOLD 4E, miocardiopatia isquêmica com fração de ejeção de 26%, doença renal crônica (DRC) estágio IV, plaquetopenia crônica de etiologia indeterminada e histórico de sangramentos espontâneos. Desde 2023, evoluiu com internações frequentes por tosse produtiva, hemoptise recorrente, piora da dispnéia e febre baixa. **Exame físico:** Apresentava-se sempre taquidispneico e com episódios de hemoptise discreta. **Exames complementares:** Nas admissões iniciais, TCTs demonstravam cavidades preenchidas por conteúdo hipodenso no lobo inferior direito. Não foram observados, porém, sinais infecciosos outros - apresentava-se sem leucocitose e com níveis de PCR e procalcitonina discretamente elevados ou normais. Mantinha sempre plaquetopenia na faixa de 60.000–90.000/mm³. **Diagnóstico:** O quadro foi inicialmente interpretado como abscessos pulmonares. **Evolução:** Conduzimos diversos ciclos de antimicrobianos de amplo espectro, com respostas clínicas parciais. Sem resolução dos achados tomográficos, que passaram a mostrar conteúdo hiperdenso (atenuação média > 70UH), bem como áreas de vidro fosco e pavimentação em mosaico perilesionais concomitantes a eventos de hemoptise. Paralelamente, o agravamento da DRC implicou piora da uremia do paciente. Considerando a evolução clínica e de imagem e o risco hemorrágico elevado, aventamos hipótese de hematomas pulmonares. Em julho de 2025, ele foi readmitido com novo episódio de hemoptise associado a sintomas infecciosos. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda e choque hemodinâmico, resultando em óbito. **Discussão:** A sequência temporal sugere abscesso seguido de hematomas nas áreas previamente lesionadas. Abscessos pulmonares tipicamente exibem cavidade com nível hidroaéreo e parede espessa com realce periférico. A administração de contraste pode aumentar a acurácia diagnóstica. Já os hematomas intraparenquimatosos tendem a ser hiperdensos na fase aguda (H⁺50–90 HU), sem realce parietal, com redução progressiva da atenuação e regressão volumétrica com o tempo. Estes devem ser considerados quando houver lesões hiperdensas em TCT, faltarem sinais típicos de infecção e em contexto de anticoagulação ou trombocitopenia. Trouxemos um caso ilustrativo para destacar esse diagnóstico diferencial e chamar a atenção para os principais achados clínicos e radiológicos que o favorecem mesmo na ausência de contraste endovenoso ou abordagens invasivas.

522 **MUCORMICOSE PULMONAR: SÉRIE DE CASOS ATENDIDOS EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE**
PINHEIRO FILHO, J A P , PARDINI, R M , BASSETTI, I D , DE ALEMIDA, G C , RODRIGUES, I F S , GRANGEIRO, A M
FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

A mucormicose pulmonar é infecção fúngica invasiva de rápida evolução e elevada mortalidade, mais frequente em indivíduos imunocomprometidos, sobretudo com diabetes mellitus (DM) descontrolado. O diagnóstico é desafiador, pois manifestações clínicas e achados de imagem podem simular outras infecções, incluindo bacterianas, micobacterianas e fúngicas. O êxito terapêutico depende da terapêutica combinada precoce de antifúngico ativo, controle rigoroso de comorbidades e abordagem cirúrgica. **História da doença atual e progressa:** Caso 1: Mulher, 59 anos, tabagista, DM2 grave (HbA1c 15,1%). Pneumonia refratária, TC com vidro fosco e cavitação em LSE. Lavado positivo para *Rhizopus* sp. Evoluiu com hemoptise maciça e óbito no mesmo dia do início de anfotericina B. Caso 2: Homem, 71 anos, DPOC, hiperglicemia (HbA1c 15%). TC com halo invertido e múltiplas cavitações bilaterais. Culturas positivas para *Rhizopus* e *Aspergillus*. Pela multiplicidade das lesões, optou-se por manejo clínico. Evoluiu a óbito por hemoptise maciça em domicílio. Caso 3: Homem, 55 anos, HAS, DM2, doença renal crônica, AVC prévio e TEP. Lesão cavitada em lobo superior suspeita de neoplasia. Biópsia compatível com mucormicose. Tratado com anfotericina (desoxicolato/lipossomal), isavuconazol e lobectomia, com boa evolução. Caso 4: Homem, 46 anos, DM2 insulínico dependente (HbA1c 12,9%). Cavitação extensa em LSD. Escarro positivo para *Rhizopus* sp. Tratado com anfotericina lipossomal, isavuconazol e antibióticos. Submetido a lobectomia e nova cirurgia por empiema, evoluiu satisfatoriamente. **Exame físico:** Não se aplica **Exames complementares:** As tomografias evidenciaram achados típicos de infecção fúngica invasiva, como halo invertido, cavitações espessas, árvore em brotamento e, em um caso, aneurisma de artéria pulmonar. Culturas de escarro ou lavado confirmaram *Rhizopus* sp. A galactomanana foi positiva em alguns casos, sugerindo coinfeção por *Aspergillus*, mas este marcador não é útil para diagnóstico de mucormicose. **Diagnóstico:** Mucormicose pulmonar confirmada por cultura e/ou histopatologia em pacientes com DM2 descompensado. **Evolução:** Dois pacientes foram submetidos a cirurgia pulmonar, ambos com boa evolução. Os demais tiveram desfecho desfavorável sob tratamento clínico isolado, incluindo um óbito hospitalar precoce e outro em domicílio. Esse contraste reforça a importância da abordagem combinada com antifúngico e cirurgia. **Discussão:** Todos apresentavam DM2, três com controle extremamente precário, fator central para mucormicose. O diagnóstico foi dificultado pela sobreposição com pneumonia bacteriana e/ou tuberculose, além da coinfeção por *Aspergillus*. O manejo esteve alinhado às diretrizes, priorizando anfotericina B lipossomal como primeira linha. Destaca-se a relevância da cirurgia precoce, que se mostrou determinante nos casos 3 e 4. Os achados reforçam que, diante de pneumonia cavitária refratária em pacientes diabéticos, a suspeita de mucormicose deve ser imediata e a atuação integrada de equipes médicas é essencial para otimizar o prognóstico.

- 426 **REATIVAÇÃO PRECOCE DE INFECÇÃO POR MYCOBACTERIUM AVIUM EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE**
E SILVA, F C D , BAYEUX, G V D L , DELTREGGIA, L , BRAIT, L , MACEDO, R F , DE CAPITANI, E M
UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil

Paciente se enquadra no fenótipo da síndrome de Lady Windermere (mulher, 64a, branca, emagrecida, com bronquiectasias e infecção por Mycobacterium Avium), com reativação da doença após 1 ano do fim do tratamento. **História da doença atual e pregressa:** Mulher, 64a, imunocompetente, com bronquiectasias em lobo médio, inferior e superior de pulmão direito com infecção por M. avium em 2022, tratada por 18m com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, com Etambutol trocado no 7º mês por Levofloxacino devido a neurite óptica. Após 18m de tratamento, cultura de micobactéria no escarro foi negativa. Retorna em abril de 2024 com queixa de piora da tosse produtiva acompanhada de piora radiológica. **Exame físico:** BEG; P: 65 kg; cardiovascular: BRNF-2T; respiratório: estertores discretos em terço inferior de hemitórax direito, sem dispneia, FR: 14; SpO2: 96% em ar ambiente. **Exames complementares:** TCAR (07/08/23): Bronquiectasias cilíndricas e varicosas com paredes espessas nos lobos superiores, médio e inferiores. Impactação mucoide brônquica e bronquiolar esparsa bilateralmente. Micronódulos centro lobulares esparsos, mais numerosos no segmento anterior do LSD. Sinais de aprisionamento aéreo. TCAR (25/04/24): Bronquiectasias, broncopatia inflamatória e sinais de bronquiopatia obstrutiva difusa. Aumento dos sinais inflamatórios brônquicos em LSD e aumento da extensão do comprometimento alveolar em LSE. Aterosclerose aórtica incipiente. Novos focos de consolidação da periferia do segmento ápico-posterior do LSE. Broncoscopia 24/06/2024: Anatomicamente normal. Lavado brônquico de LSE: TRM-TB negativo, cultura de fungos negativa, cultura de micobactérias: M. avium Teste de sensibilidade: M. avium: Sensível a claritromicina, rifabutina e amicacina; Intermediário: moxifloxacino. Resistente: ciprofloxacina, doxiciclina, rifampicina, trimetoprim/sulfametoxazol, linezolida. **Diagnóstico:** Reativação de micobacteriose avium **Evolução:** Iniciado novo ciclo de tratamento com Clofazimina 100mg/dia, Claritromicina 1g/dia, Moxifloxacino 400 mg/dia e Amicacina 500mg 3x/sem com boa resposta sintomática e radiológica. **Discussão:** O índice de recorrência em casos tratados varia de 22 a 32% após 2 a 4 anos do tratamento, acima do observado em nosso caso. Talvez a retirada do etambutol possa explicar a recorrência mais precoce. O epônimo síndrome de Lady Windermere, baseado em uma personagem de uma peça de Oscar Wild, cunhado em 1992 por dois autores norte-americanos descrevendo 6 casos M. avium em mulheres com idade média de 65 anos, longilíneas, magras, imunocompetentes, e com bronquiectasias em lobo médio e língua, que supostamente tinham dificuldade de tossir, foi aparentemente mal escolhido, pois a personagem da peça, apesar de Lady tinha 21 anos, e não tossia pois era hígida. No entanto o epônimo ainda vem à mente quando nos deparamos com o fenótipo descrito em 1992

- 496 **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PNEUMOLOGIA: RELATO DE CASO DE HISTOPLASMOSE PULMONAR**
ESPINOSA, L D , MARTINS, V M C , FILHO, J A P P , CARNELOSI, M J C , DE ALMEIDA, G C , CARVALHO, G G H , MUSOLINO, R S

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

A histoplasmose disseminada é rara em indivíduos imunocompetentes e pode mimetizar outras doenças infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas. Apresentações atípicas como o acometimento de orofaringe e laringe podem retardar o diagnóstico. O presente relato descreve um caso com evolução subaguda, múltiplas manifestações clínicas incluindo pulmonar e resolução favorável após tratamento antifúngico adequado, reforçando a importância de se pensar em Histoplasmose quando presença de lesões mucocutâneas. **História da doença atual e pregressa:** Homem, 63 anos, previamente hígido, compareceu em consulta, com queixa de odinofagia intensa de início progressivo, disfonia e perda ponderal de 12 kg nos últimos quatro meses. Relatava tosse com característica mista (ora seca, ora produtiva) e dispneia aos esforços moderados (mMRC 2) com sibilos. Não havia relato de febre, hemoptise ou outros sintomas sistêmicos documentados. **Exame físico:** Paciente em Regular estado geral, emagrecido, eupneico em Ar ambiente, com rôncos difusos na ausculta pulmonar. **Exames complementares:** Durante investigação tomografia de tórax demonstrava múltiplos nódulos alguns escavados e micronódulos de distribuição randômica com áreas de vidro-fosco perilesionais e linfonodomegalia mediastinal. **Diagnóstico:** A investigação foi prosseguida com biópsia de lesão ulcerada em supraglote que revelou formas leveduriformes sugestivo de Histoplasma capsulatum e o quadro foi considerável como compatível com histoplasmose disseminada, com acometimento pulmonar, laríngeo e oral. **Evolução:** Internado para administração de anfotericina B evoluiu com melhora clínica significativa, com redução da odinofagia, resolução parcial da disfagia e ganho de peso. Recebeu alta com em uso de itraconazol, sendo realizado 12 meses de tratamento. Nova tomografia nove meses após o início do tratamento houve regressão dos achados porém com sinais sugestivos de sequelas pulmonares. **Discussão:** A histoplasmose é uma infecção fúngica causada pela inalação de esporos de Histoplasma capsulatum, encontrada principalmente em áreas com presença de excretas de aves e morcegos. A forma disseminada ocorre com maior frequência em pacientes imunocomprometidos, como portadores de HIV/AIDS, transplantados ou em uso de imunossupressores. Contudo, também pode acometer indivíduos imunocompetentes, embora seja raro. A apresentação clínica deste caso é atípica, com acometimento orofaríngeo e laríngeo inicial, o que pode confundir-se com outras etiologias como neoplasias, tuberculose ou leishmaniose mucocutânea. A demora no diagnóstico é comum nesses casos, e a biópsia com exame histopatológico foi fundamental para a identificação da micose. Este caso ressalta a necessidade de suspeição clínica ampliada frente a quadros subagudos com sintomas respiratórios e orofaríngeos persistentes, além de reforçar a relevância da biópsia em lesões ulceradas de causa indeterminada.

551 ASPERGILOSE INVASIVA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: UM RELATO DE CASO

RODRIGUES, B A S , LESSA, I M , BATISTA, F S , LARA, R T , MASCARI, J M J , TREVISAN, A , SOARES, F M C
Universidade Estadual de Londrina - Londrina - Paraná - Brasil

A aspergilose invasiva é uma infecção fúngica causada pelo *Aspergillus*. Este microrganismo afeta predominantemente imunocomprometidos. Caracteriza-se pela invasão vascular, podendo levar a necrose tecidual e disseminação sistêmica. Sintomas incluem febre persistente, tosse e dispneia. A tomografia de tórax da aspergilose invasiva é característica e pode auxiliar no diagnóstico precoce, sendo um dos achados mais clássicos o “sinal do halo”, um nódulo ou massa rodeado por uma área de atenuação em vidro fosco. **História da doença atual e pregressa:** BHR, 68 anos, iniciou em 2023 com quadro de artralguas, edema de membros inferiores, perda ponderal significativa e urina espumosa. Evoluiu com piora acelerada da função renal, sendo submetido à biópsia renal, que diagnosticou vasculite tipo síndrome pulmão-rim, a Granulomatose com Poliangite. Iniciada, diante disso, imunossupressão com ciclofosfamida. Em 2024, apresentou piora respiratória e foi diagnosticado com infecção aguda por CMV, tratado com ganciclovir por 21 dias com boa resposta. Em março de 2025, devido à persistência de atividade da vasculite, iniciou rituximabe. Cerca de 15 dias após a primeira infusão, evoluiu com febre, piora da dispneia e sintomas constitucionais. **Exame físico:** Sem informações. **Exames complementares:** Nova tomografia de tórax mostrou lesão com sinal do Halo. Realizada broncoscopia com TRM-TB negativo e cultura confirmando aspergilose pulmonar invasiva. Iniciado tratamento com itraconazol. Em segunda tomografia comparativa, a lesão inicial cavitou. **Diagnóstico:** Granulomatose com Poliangite. **Evolução:** Melhora após tratamento. **Discussão:** Este relato apresenta um caso complexo destacando a evolução de uma vasculite com complicações infecciosas. A síndrome pulmão-rim é uma condição que requer intervenções imunossupressoras agressivas, frequentemente associadas a riscos elevados de infecções oportunistas. A literatura documenta a associação entre tratamentos imunossupressores, como ciclofosfamida e rituximabe, e infecções por patógenos como *Aspergillus*. A identificação do “sinal do Halo” na TC foi achado que incitou a investigação para aspergilose invasiva, posteriormente confirmada por cultura. O caso reforça a importância do monitoramento rigoroso de pacientes sob imunossupressão para detecção precoce de infecções. O reconhecimento de padrões radiológicos específicos como o “sinal do Halo” pode acelerar o diagnóstico e tratamento, melhorando o prognóstico. O caso apresenta uma condição rara e um diagnóstico desafiador, especialmente devido à sobreposição de infecções oportunistas em um paciente imunocomprometido. O relato contribui significativamente para o conhecimento médico, especialmente em contextos de manejo de pacientes sob imunossupressão. Destaca a importância do reconhecimento precoce de complicações infecciosas e a relação com tratamentos imunossupressores. A discussão enfatiza o aprendizado clínico, como a importância do monitoramento rigoroso e identificação de padrões radiológicos, mostrando a relevância do caso para a prática clínica.

485 RELATO DE CASO: PACIENTE DO SEXO FEMININO COM DIAGNÓSTICO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE APÓS TRATAMENTO DE TUBERCULOSE.

FRANCO, C R , LIMA BINDÁ, A G , FELICIANO SOUZA SANTOS, A B , CARDINALI BREVIGLIERI, L R
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

A paracoccidiodomicose é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, endêmica na América Latina, especialmente no Brasil. Acomete predominantemente homens, na proporção de aproximadamente 15:1, devido ao efeito protetor do estrogênio sobre a transformação do micélio em levedura no organismo hospedeiro. Assim, casos em mulheres são considerados incomuns e de relevância clínica e epidemiológica. **História da doença atual e pregressa:** Paciente refere início de dispneia progressiva e tosse seca em setembro de 2024, associada a perda ponderal de 16 kg ao longo de 10 meses. Inicialmente investigada em UBS, apresentou baciloscopia positiva para BAAR, sendo iniciado esquema RIPE para tuberculose em setembro de 2024, com término em abril de 2025. Durante seguimento, evoluiu com negatificação das amostras subsequentes para BAAR, mas manutenção dos sintomas respiratórios. Foi então encaminhada para investigação em centro de referência, com diagnóstico de paracoccidiodomicose confirmado em julho de 2025. **Exame físico:** Ao exame físico do aparelho respiratório: murmúrio vesicular reduzido bilateralmente, presença de estertores crepitantes tipo “velcro” em bases médias bilaterais. **Exames complementares:** A cultura de escarro com 1ª pesquisa de BAAR positiva em três amostras; 2ª pesquisa negativa; no início do diagnóstico de tuberculose, após o tratamento completo por 6 meses e negatificação dos bacilo micobacterium, paciente ainda permanecia com sintomas respiratórios e na broncoscopia apresentava lesão cística em prega salpingofaríngea esquerda; biópsia com processo inflamatório crônico leve e fibrose respiratória, BAAR negativo, ausência de malignidade; e finalmente cultura positiva para *Paracoccidioides brasiliensis*, no exame tomográfico de tórax, após tratamento de tuberculose, havia consolidações com cavitações em lobos inferiores e múltiplos nódulos cavitados bilaterais, padrão estável até janeiro/2025. **Diagnóstico:** Por meio do cultura cultura positiva para *Paracoccidioides brasiliensis* do lavado broncoalveolar. **Evolução:** O tratamento de escolha foi inicialmente sulfametoxazol-trimetoprima em esquema prolongado, pois paciente não teria condições do uso de itraconazol, apresentando melhora dos sintomas de dispneia e tosse, portanto sendo importante a suspeita, mesmo em casos raros sem exposição ou antecedentes para o tratamento adequado e melhor qualidade de vida. **Discussão:** A paracoccidiodomicose é uma doença de alta prevalência no Brasil, mas com predominância marcante no sexo masculino. Segundo estudos o estrogênio exerce efeito protetor, inibindo a transformação do micélio em levedura, forma patogênica do fungo. Por isso, o adoecimento em mulheres, especialmente após a menopausa, como neste caso (62 anos), é raro, porém possível devido à queda do efeito hormonal protetor. Paciente apresentou quadro clínico típico, anteriormente com diagnóstico inicial de tuberculose, porém, após o tratamento completo, sem resolução dos sintomas, portanto reforçando a necessidade de investigação complementar.

375 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULOS PULMONARES EM ÁREAS ENDÊMICAS

VAZ, L E, DOS PASSOS, H R, DEHEINZELIN, J R, MARTINS, B D O, MARI, J F, MOREIRA, J S, ATHANAZIO, R A
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo - Brasil

O diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares deve considerar ampla gama de etiologias, com destaque para infecções granulomatosas, neoplasias e doenças inflamatórias. Em áreas com altas taxas de doenças pulmonares endêmicas, a investigação de nódulos pulmonares representa um desafio diagnóstico significativo, exigindo uma abordagem multifacetada que integre dados clínicos, epidemiológicos, laboratoriais e de imagem. **História da doença atual e progressa:** Homem, 71 anos, natural da Bolívia, referindo perda ponderal 8kg, episódios de sudorese noturna e dispneia aos moderados esforços há 1 ano. Relatado consumo de leite não pasteurizado rotineiro e esposa previamente diagnosticada com brucelose. **Exame físico:** Sem alterações. **Exames complementares:** Durante a investigação, exames de imagem evidenciaram nódulos esplênicos heterogêneos e nódulo pulmonar no segmento lingular inferior. Realizou biópsia de nódulo pulmonar - negativa para malignidade, com nódulo inflamatório crônico granulomatoso necrosante, com pesquisa de fungos e BAAR negativa. Realizou PPD Omm. Apresentou teste rosa de bengala, IgM e IgG positivo para Brucelose, com demais pesquisas infecciosas negativas. **Diagnóstico:** Recebeu o diagnóstico de brucelose, diante do quadro clínico, radiológico, sorológico e epidemiológico compatível. **Evolução:** Iniciado tratamento para brucelose, com duração prevista de 6 semanas. Diante da ausência de resposta ao tratamento, evidenciada pela estabilidade dos nódulos esplênicos e pulmonar no controle radiológico, optou-se por esplenectomia para controle do foco da doença. No anatomopatológico evidenciado esplenite crônica granulomatosa com áreas de necrose caseosa, Ziehl-Neelsen com BAAR positivo e pesquisa imunohistoquímica BCG positiva. Assim, fechado diagnóstico de tuberculose disseminada (pulmonar e esplênica), com início de tratamento após. **Discussão:** O principal desafio em áreas endêmicas, principalmente na América do Sul, África Central e Sudeste Asiático é o diagnóstico adequado de doenças infecciosas com características semelhantes radiológicas e/ou clínicas. O envolvimento pulmonar na brucelose é raro, porém estima-se que sua prevalência deva ser subestimada. Relatos de caso na literatura demonstram pacientes com contexto epidemiológico compatível (criação de animais, consumo de produtos lácteos não pasteurizados) e imagem pulmonar com consolidações, nódulos ou massas pulmonares, com altos títulos no teste de Wright e Coombs. Histologicamente, podemos observar granulomas não caseosos. No nosso paciente, chamou a atenção a ausência de resposta ao tratamento instituído, o que motivou à revisão do caso, encontrando-se BAAR+ e BCG+, fechando diagnóstico de tuberculose disseminada. Ao observar a imagem de nódulo na TC de tórax, mesmo outros diagnósticos não infecciosos, como neoplasia de pulmão, poderiam ser pensados, porém o contexto clínico é altamente relevante para o diagnóstico do paciente, além de perseguirmos ativamente o diagnóstico de tuberculose, considerando que é uma doença altamente prevalente em países da América do Sul e possivelmente subdiagnosticada

tuberculose (relato de caso)

521 MIMETISMO DE PROGRESSÃO TUMORAL: COINFEÇÃO POR TUBERCULOSE EM ADENOCARCINOMA PULMONAR

PINHEIRO FILHO, J A P, CARNELOSSI, M J C, MARTINS, V M C, ESPINOSA, L D, ALMEIDA, G C, CARVALHO, G G H
FAMERP - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

O diagnóstico de infecções pulmonares em pacientes oncológicos é desafiador, sobretudo em regiões endêmicas para tuberculose. A sobreposição de manifestações clínicas e radiológicas com progressão tumoral pode atrasar condutas adequadas. Este relato ressalta a importância de considerar etiologias infecciosas em pacientes com neoplasia pulmonar, mesmo durante o tratamento antineoplásico. **História da doença atual e progressa:** Paciente feminina, 68 anos, com fibromialgia, litíase renal e tabagismo ativo (60 maços/ano). Tomografia de rastreo evidenciou nódulos sólidos bilaterais, o maior em lobo inferior direito (1,8 × 1,5 cm), além de linfonodomegalias mediastinais. Biópsia confirmou adenocarcinoma pulmonar, estadiado IVa. A paciente perdeu seguimento por um ano e retornou iniciando quimioterapia com carboplatina e pemetrexede, obtendo resposta parcial. Após quatro meses, apresentou febre, tosse, dor torácica e roncos difusos. Escarros foram negativos para BAAR. Nova tomografia mostrou consolidação em lobo superior direito (3,3 cm) e lesão cavitada em lobo superior esquerdo (6,7 × 5,8 cm), sugestivas de progressão tumoral. **Exame físico:** Ausculta com roncos difusos, sem outros achados significativos. **Exames complementares:** Tomografias seriadas evidenciaram múltiplos nódulos bilaterais, áreas cavitadas e consolidação. Escarros negativos para micobactérias, fungos e bactérias. Broncoscopia com lavado broncoalveolar do lobo superior esquerdo revelou PCR positivo para Mycobacterium tuberculosis, confirmando coinfeção. **Diagnóstico:** Adenocarcinoma pulmonar em estadiamento IVa associado à tuberculose pulmonar. **Evolução:** Iniciado esquema RIPE por seis meses, com regressão clínica e radiológica. Tomografia de controle mostrou redução das lesões infiltrativas e nódulos, incluindo diminuição do maior em lobo superior direito (1,5 cm) e lobo inferior direito (1,1 cm). O tratamento oncológico com pemetrexede foi mantido durante todo o manejo da tuberculose. **Discussão:** A tuberculose pode mimetizar progressão tumoral, sobretudo em pacientes imunocomprometidos. A apresentação clínica e tomográfica pode induzir a erros diagnósticos e atrasar o manejo adequado. Este caso reforça a necessidade de confirmação microbiológica, mesmo diante de escarros negativos, justificando métodos invasivos como broncoscopia. Destaca-se ainda que a condução multidisciplinar permitiu tratar a coinfeção sem interromper a quimioterapia, evidenciando a importância da suspeição clínica em áreas endêmicas e da integração entre pneumologia, infectologia e oncologia.

- 463 **TUBERCULOSE PULMONAR COM APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA EM PACIENTE COM HISTÓRICO OCUPACIONAL EM FUNDIÇÃO: RELATO DE CASO**
AYRES, L R , OLIVEIRA, A V , SOUSA, M C F F , LIMA, L P , FERREIRA, L A , CARRASCOSA, T D , ALVES, L R
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - RIBEIRÃO PRETO - São Paulo
- Brasil

A tuberculose pulmonar é uma importante causa de morbidade mundial, apresentando variadas manifestações clínicas e radiológicas, que podem assemelhar-se outras doenças pulmonares, incluindo neoplasias. O diagnóstico pode ser desafiador, especialmente em pacientes com apresentações atípicas. Este relato destaca o papel da investigação detalhada para o diagnóstico correto em casos com apresentação clínica e radiológica incomuns.

História da doença atual e progressa: Mulher 63 anos, diabética, com histórico ocupacional de 26 anos trabalhando diretamente com fundição, apresentou consolidação pulmonar persistente no lobo médio direito, identificada em exames pré-operatórios para colecistectomia. A radiografia de tórax mostrou velamento perihilar direito, sendo encaminhada para avaliação pneumológica. Seis meses antes, a paciente apresentou quadro gripal com tosse produtiva e febre, sem uso de antibióticos, evoluindo com melhora espontânea. Negava exposição ao tabaco, mas havia tido contato próximo com familiar tratado para tuberculose há cerca de 25 anos.

Exame físico: No momento da avaliação, estava assintomática do ponto de vista respiratório, negava sudorese noturna e histórico de perda ponderal. Ao exame físico apresentava bom estado geral, sem linfonodos palpáveis, eupneica em ar ambiente, sem alterações de ausculta pulmonar. **Exames complementares:** Em tomografia computadorizada realizada, foi evidenciado nódulo espiculado no segmento anterior do lobo superior direito, áreas em vidro fosco e linfonodomegalias mediastinais. Optou-se por prosseguir a investigação com broncoscopia, que revelou lesão cística em prega vocal e discreta compressão no segmento apical do pulmão esquerdo. Durante o exame foi realizado coleta de lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica. **Diagnóstico:** Como resultado dos exames realizados foi detectado baciloscopia positiva para *Mycobacterium tuberculosis* sensível à rifampicina; e em resultado anatomopatológico um processo inflamatório granulomatoso crônico, com presença de células gigantes multinucleadas tipo Langerhans. Sendo detectado Tuberculose Pulmonar. **Evolução:** Houve a notificação, início do tratamento direcionado. Após, paciente evoluiu com melhora radiológica. **Discussão:** O presente caso evidencia a complexidade diagnóstica da tuberculose pulmonar em apresentações radiológicas atípicas, com necessidade de exclusão de diagnósticos diferenciais graves como neoplasia pulmonar. Comorbidades como o diabetes podem modificar a expressão clínica e radiológica da doença. A história ocupacional e o contato prévio com portadores de tuberculose e resultados de exame microbiológico e histopatológico foram determinantes para o início precoce do tratamento. Em regiões endêmicas e em pacientes com fatores de risco ocupacionais e epidemiológicos, a tuberculose pulmonar deve ser investigada no diagnóstico diferencial de lesões pulmonares. A abordagem investigativa e o uso de métodos diagnósticos são essenciais para a definição e manejo adequados, prevenindo complicações e melhorando o prognóstico.

- 511 **AUTOPNEUMONECTOMINA PÓS TUBERCULOSE PULMONAR TRATADA: ASPECTOS DE IMAGEM**
BRAIT, L , DE CAPITANI, E M , DE CERQUEIRA, E M F P , MACEDO, R F , E SILVA, F C D , BAYEUX, G V D L ,
FERREIRA, I P
Unicamp - Campinas - São Paulo - Brasil

A tuberculose pulmonar é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar dos avanços, a diversidade de apresentações clínicas e radiológicas da doença ainda representa um desafio. O estudo dos diferentes padrões de imagem no diagnóstico da tuberculose e no seguimento pós-tratamento são fundamentais, pois a doença pode, por vezes, apresentar formas atípicas, como a atelectasia pulmonar total, que dificultam ainda mais o diagnóstico. A compreensão dessas variações é essencial. **História da doença atual e progressa:** Paciente do sexo feminino, 72 anos, de etnia asiática, foi atendida em nosso serviço de Pneumologia em maio de 2025, com queixa de dispnéia aos moderados esforços, tosse produtiva com expectoração esbranquiçada e perda ponderal. Contava histórico de internação em 2021 devido queda do estado geral, insuficiência respiratória crônica agudizada, tosse crônica e perda ponderal havia 1 ano. Nessa época, a tomografia de tórax mostrava acentuado enfisema, hidropneumotórax à esquerda associado a atelectasia restritiva do parênquima pulmonar adjacente, múltiplas bronquiectasias paracicatriciais no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo, com áreas cavitadas de permeio e múltiplas imagens hipoatenuantes por provável necrose/liquefação, além de opacidades nodulares de distribuição centrolobular, por vezes com aspecto de árvore em brotamento, acometendo o lobo superior direito. Realizou pesquisa de BAAR que resultou positiva e TRM-TB também positivo. Diante do diagnóstico de tuberculose pulmonar, procedeu-se tratamento com RIPE por seis meses com boa evolução clínica durante e após o mesmo. Entretanto, paciente perdeu seguimento e retornou apenas em 2025 devido piora dos sintomas respiratórios. **Exame físico:** No exame físico, estava emagrecida, sarcopênica, descorada e, em ausculta pulmonar, apresentava murmúrio vesicular totalmente abolido em hemitórax esquerdo. **Exames complementares:** Tomografia de tórax em maio de 2025 evidenciou oclusão proximal do brônquio principal esquerdo promovendo atelectasia pulmonar total, além de nódulo pulmonar em vidro fosco no lobo superior direito e espessamento intersticial de provável natureza residual pós-inflamatória à direita. Além disso, em broncoscopia realizada em julho de 2025 foi observada traqueia lateralizada para esquerda e óstio do brônquio principal esquerdo ausente. **Diagnóstico:** Atelectasia total do pulmão esquerdo por processo crônico de autopneumonectomia pós tuberculose tratada. **Evolução:** Trata-se de caso de destruição crônica progressiva de um pulmão secundária à tuberculose pulmonar tratada adequadamente. **Discussão:** Provavelmente, isso decorreu pelo início tardio do tratamento tendo em vista as alterações já dramáticas à tomografia de tórax em 2021 quando do diagnóstico da tuberculose, com evolução para autopneumonectomia, quadro raro atualmente porém relativamente frequente antigamente, quando não se dispunha de tratamento quimioterápico eficaz da doença, e mesmo em situações epidemiológicas atuais de elevada prevalência e dificuldades de diagnóstico e tratamento adequado.

547 EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR MIMETIZANDO TUBERCULOSE: UM RELATO DE CASO

FERREIRA, G D S , MORONI, M A , ROSA , C L B

Santa casa de Misericórdia de Franca - SP - São Paulo - Brasil

Justificativa da relevância do caso relatado: A embolia séptica pulmonar (ESP) é uma condição grave que pode mimetizar clínica e radiologicamente a tuberculose (TB) pulmonar, uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil. A semelhança nos achados, como nódulos pulmonares cavitados, febre e tosse, pode levar a atrasos diagnósticos e terapêuticos. Relatamos um caso que ilustra a importância da ESP como diagnóstico diferencial em um paciente com suspeita inicial de TB. **História da doença atual e pregressa:** Paciente masculino, 29 anos, tabagista e egresso do sistema prisional há 2 semanas, foi admitido com história de 10 dias de furunculose em cotovelo direito. Evoluiu nos últimos 7 dias com febre, tosse produtiva, dispnéia e dor torácica ventilatório-dependente, com hemoptise há 3 dias. Ao exame, apresentava-se taquicárdico, taquipneico, com crepitações pulmonares difusas e sinais flogísticos em cotovelo direito, necessitando de O₂ suplementar. **Exame físico:** Paciente se encontrava em regular estado geral, afebril, corado e hidratado. Apresentava-se taquicárdico, com tempo de enchimento capilar inferior a 3 segundos e sem sopros cardíacos audíveis. No aparelho respiratório, notavam-se crepitações difusas bilateralmente, e o paciente estava eupneico, porém em uso de oxigênio suplementar. O exame das extremidades evidenciou dor, calor e edema localizados no cotovelo direito. O abdome e o exame neurológico não apresentaram alterações significativas. **Exames complementares:** A investigação laboratorial revelou leucocitose com desvio à esquerda (14.300/mm³, 15% bastonetes) e proteína C reativa de 197 mg/L. A tomografia de tórax evidenciou múltiplas consolidações alveolares com cavitações, sugerindo como hipóteses diferenciais embolia séptica e tuberculose. A investigação para tuberculose foi extensivamente negativa, com três amostras de escarro para BAAR e lavado broncoalveolar (LBA) com pesquisa de BAAR e teste GeneXpert negativos. Hemoculturas coletadas na admissão isolaram *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA), resultado corroborado pela cultura do LBA. O ecocardiograma transesofágico descartou a presença de vegetações, mas revelou hipertensão pulmonar (PSAP = 44 mmHg). **Diagnóstico:** O quadro foi diagnosticado como embolia séptica pulmonar secundária a uma celulite de cotovelo por MRSA. **Evolução:** A antibioticoterapia empírica foi escalonada para vancomicina guiada por culturas, com adição posterior de outros antimicrobianos conforme a evolução. O paciente apresentou melhora clínica progressiva, com resolução da necessidade de oxigenoterapia e estabilização do quadro respiratório. **Discussão:** Este caso reforça que, mesmo em cenários de alta prevalência de tuberculose, a embolia séptica pulmonar deve ser uma consideração diagnóstica mandatória em pacientes com nódulos pulmonares cavitados, especialmente na presença de um foco infeccioso extrapulmonar. O isolamento do agente em hemoculturas é fundamental para o diagnóstico diferencial, permitindo o tratamento direcionado e evitando a morbimortalidade associada a um diagnóstico tardio

asma (trabalho original)

387 EFICÁCIA SUSTENTADA DE DEPEMOQUIMABE AO LONGO DO TEMPO NA ASMA TIPO 2 CARACTERIZADA POR EOSINÓFILOS SANGÜÍNEOS: DADOS AGRUPADOS DOS ESTUDOS DE FASE III SWIFT-1/2

WECHSLER, M E , PANETTIERI, R A , MUCCINO, D , FORTH, R , KWIATEK, J , VICHINDILOKKUL, A , BAISCH, E Q , JACKSON, D J

GSK - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil

Introdução: Depemoquimabe é o primeiro biológico de ultralonga ação projetado com afinidade de ligação aprimorada da IL-5, alta potência de inibição e meia-vida estendida, permitindo a dosagem semestral em pacientes com asma. Nos estudos de Fase III SWIFT-1/2, o tratamento com depemoquimabe reduziu significativamente a taxa de exacerbação anualizada em 54% com inibição sustentada da inflamação tipo 2 observada em pacientes com asma tipo 2 caracterizada por eosinófilos sanguíneos versus placebo. **Objetivos:** O esquema posológico reduzido oferecido por depemoquimabe pode aliviar a carga do tratamento. Dessa forma, o objetivo do estudo é avaliar as análises combinadas dos estudos SWIFT-1/2 que exploram como a eficácia de depemoquimabe é mantida durante o intervalo de dosagem estendido. **Métodos:** Pacientes com asma e contagem de eosinófilos no sangue >150 células/ml na triagem ou >300 células/ml no último ano recebendo corticosteroides inalatórios em doses médias a altas foram randomizados 2:1 para receber depemoquimabe 100 mg por via subcutânea ou placebo a cada 26 semanas por 52 semanas. Pacientes com qualquer pontuação basal do ACQ-5 foram elegíveis. Os desfechos secundários pré-especificados incluíram mudança da linha de base para a semana 52 no total do SGRQ; outros desfechos pré-especificados incluíram o tempo até a primeira exacerbação. Nenhum ajuste de multiplicidade foi realizado nessas análises agrupadas. **Resultados:** As populações de análise completa para os estudos SWIFT-1/2 incluíram 762 pacientes (depemoquimabe, 502; placebo, 260). A alteração média da linha de base na pontuação total do SGRQ foi numericamente maior para depemoquimabe versus placebo na semana 4 (-10,79 [0,669] vs -8,02 [0,928]) e foi mantida nas semanas 26 (-11,94 [0,763] vs -9,73 [1,054]) e 52 (-13,92 [0,758] vs -11,04 [1,055]). Esse achado foi consistente em todos os domínios individuais, que constituem a pontuação total do SGRQ e se manteve ao longo do tempo. A probabilidade de sofrer uma exacerbação com depemoquimabe foi menor do que com placebo na semana 4. Essa diferença foi mantida até a semana 52, sem aumento do risco de exacerbação observado nas semanas anteriores à administração nas semanas 26 e 52. A probabilidade de ter uma exacerbação (IC de 95%) ao longo de 52 semanas foi de 32% (28%, 37%) com depemoquimabe e 49% (43%, 55%) com placebo (taxa de risco [IC 95%] 0,54 [0,43, 0,69]).

Conclusões: O tratamento semestral com depemoquimabe foi associado a benefícios numericamente maiores em comparação com o placebo, sustentado durante o intervalo de dosagem de depemoquimabe, na saúde geral e no risco de exacerbações em pacientes com asma tipo 2. A descoberta desta análise conjunta dos estudos SWIFT-1/2 apoia a inibição sustentada da inflamação do tipo 2 por depemoquimabe.

- 461 **COMPARATIVO DO ACESSO AOS IMUNOBIOLOGICOS PARA ASMA GRAVE NO BRASIL, NO ESTADO DE SÃO PAULO E NO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA (SP): O PAPEL DE UM PROJETO DE ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO.**
CARDOSO, M N , SOUZA, A H

Ambulatório de Pneumologia e Reabilitação Pulmonar de Itapetininga - itapetininga - São Paulo - Brasil

Introdução: A organização de ambulatórios de especialidade em municípios do interior de São Paulo representa um desafio relevante, especialmente no manejo da asma grave. O atraso diagnóstico, a dificuldade de caracterização dos fenótipos e a demora no início do tratamento adequado, incluindo imunobiológicos, comprometem o controle da doença e a qualidade de vida dos pacientes. A implementação de fluxos estruturados e de um ambulatório de referência é fundamental para reduzir barreiras e assegurar acesso equânime.

Objetivos: A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) pode tornar o cuidado mais eficiente, seguro e efetivo, com impacto positivo na saúde pública. **Métodos:** Foi implementada em Itapetininga (SP) a linha de cuidado da asma por meio do Projeto Ítaca, com protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) na identificação e acompanhamento dos casos, apoio matricial do AME e protocolos clínicos municipais. As ações incluíram: capacitação multiprofissional em diagnóstico, técnica inalatória e adesão ao tratamento; implantação da tele-espirometria; pré-consulta de enfermagem; educação em saúde para pacientes e familiares; e criação do Ambulatório de Asma Grave com abordagem educativa e multidisciplinar. **Resultados:** A reorganização da linha de cuidado possibilitou diagnóstico precoce, manejo contínuo, maior adesão terapêutica e uso racional de medicamentos, incluindo imunobiológicos. Houve fortalecimento da RAS com integração regional entre 13 municípios. O impacto é evidenciado pelos dados do DATASUS (abril/2025) em doses de imunobiológicos dispensadas/100.000 habitantes: • Brasil: total 4 doses a cada 1000.000 habitantes (Omalizumabe 1,4; Mepolizumabe 2,6); • São Paulo: total 7,2 doses a cada 1000.000 habitantes (Omalizumabe 2,2; Mepolizumabe 5); • Itapetininga: total 32 doses a cada 1000.000 habitantes (Omalizumabe 21; Mepolizumabe 11). **Conclusões:** A experiência do Projeto Ítaca em Itapetininga mostra que a organização e implementação de um ambulatório de asma grave é viável no interior do estado, fortalece a Rede de Atenção à Saúde e amplia o acesso ao tratamento avançado. Os resultados locais, muito superiores à média nacional e estadual, evidenciam que a estruturação da linha de cuidado promove maior equidade, resolatividade e impacto positivo na saúde pública.

câncer de pulmão (trabalho original)

- 384 **TREINAMENTO FÍSICO DOMICILIAR COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO CÂNCER DE PULMÃO PRIMÁRIO: IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA E EM ASPECTOS FÍSICOS - FUNCIONAL**

SILVA SANTOS, E , AKIRA ESSÚ, F , BORGES, P , BULGARÃO ROSIN, S , BUENO E CASTRO, M , BUENO CAPELLI, M R , CRISTÓFANI CARVALHO, A , VILAS BOAS DE OLIVEIRA, L , SOUZA, K , DUARTE, I , MARA CIPULO RAMOS, E

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil

Introdução: O tratamento oncológico (TO), que inclui cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, causa desgastes físicos e mentais. O treinamento físico domiciliar (TFD) pode atenuar esses efeitos, apesar da baixa adesão.

Objetivos: Verificar a qualidade de vida e os aspectos físico funcionais de pacientes com câncer de pulmão em tratamento oncológico submetidos a um programa de treinamento domiciliar. **Métodos:** Participantes com câncer de pulmão em TO foram alocados aleatoriamente em grupo treinamento (GT) ou controle (GC). O GT realizou TFD, com exercícios aeróbicos e resistidos: caminhada diária (e"20 min) e, duas vezes/semana, flexão de cotovelos e flexão/extensão de joelhos com faixa elástica de média resistência, junto ao TO. O GC fez apenas TO. Avaliações pré e pós-TO incluíram: qualidade de vida (QV), verificada pelo European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), composição corporal (CP)(bioimpedância) e desempenho físico (DF)(teste de sentar e levantar em 1 min - TSL) (CAAE: 26129119.5.0000.8247). A normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Comparações intragrupo: t pareado ou Wilcoxon; intergrupos: t independente ou Mann-Whitney, conforme distribuição. Significância: $p < 0,05$. **Resultados:** Foram analisados 10 indivíduos com câncer de pulmão (tabagistas=3; ex-tabagistas=5; nunca fumaram=2). Cinco em cada grupo com idade: GT=67±10/GC=67±11; peso: GT=69±13/GC=65±15; EORTC: GT=70±13/GC=77±28; TSL: GT=23±4/GC=25±3; proteína: GT=10±1/GC=8±2; mineral: GT=3±0,4/GC=3±1; massa músculo esquelética: GT=32±10/GC=24±7; massa braço direito: GT=3±1/GC=2±1; massa braço esquerdo: GT=3±1/GC=3±7; massa tronco: GT=22±3/GC=20±5; massa perna direita: GT=8±1/GC=6±2; massa perna esquerda: GT=8±1/GC=6±2. Não houve diferença estatisticamente significativa intragrupo entre os momentos pré e pós-TO: EORTC_QV(pontos): GT=[20(-26;23)]/GC=[39(-40;56)]; TSL(repetições): GT=[5(-5;7)]/GC=[10(-11;14)]; proteína(kg): GT=[0,5(-0,7;0,5)]/GC=[0,6(-0,6;0,8)]; mineral(kg): GT=[0,2(-0,3;0,2)]/GC=[0,2(-0,3;0,2)]; massa músculo esquelética(kg): GT=[9(-8;15)]/GC=[2(-2;2)]; massa braço direito: GT=[0,2(-0,4;0,2)]/GC=[0,1(-0,1;0,2)]; massa braço esquerdo: GT=[0,2(-0,4;0,1)]/GC=[0,1(-0,1;0,2)]; massa tronco: GT=[1(-2;1)]/GC=[1(-1;2)]; massa perna direita: GT=[0,2(-0,3;0,2)]/GC=[0,3(-0,4;0,4)]; massa perna esquerda: GT=[0,3(-0,4;0,4)]/GC=[0,3(-0,3;0,5)]. Também não houve diferença estatisticamente significativa intergrupo: EORTC(pontos): GTΔ=2/GCΔ=-8; TSL(repetições): GTΔ=-1/GCΔ=-2; proteína (kg): GTΔ=0,14/GCΔ=-0,12; mineral (kg): GTΔ=0,05/GCΔ=-0,04; massa músculo esquelética(kg): GTΔ=-4/GCΔ=-0,22; massa braço direito: GTΔ=0,07/GCΔ=-0,06; massa braço esquerdo: GTΔ=0,15/GCΔ=-0,04; massa tronco: GTΔ=0,65/GCΔ=-0,42; massa perna direita: GTΔ=0,08/GCΔ=0,008; massa perna esquerda: GTΔ=0,012/GCΔ=-0,08. **Conclusões:** Indivíduos com câncer de pulmão em TFD durante o TO não diferiram do GC em CP, DF e QV. O protocolo não gerou efeitos negativos, indicando que TFD merece maior investigação.

489 **NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, CAPACIDADE DE EXERCÍCIO E QUALIDADE DE VIDA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR: RESULTADOS PRELIMINARES**

MENDONÇA, L G , ARAUJO, G H G, SILVA, I L A, NIETMANN, H, ALMEIDA, G C, MENDES, R G , AUGUSTINI, H J FERRAZ, G P L , TEIXEIRA, M A , RODRIGUES, I F S

Hospital de Base de São Jose do Rio Preto - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: A ressecção pulmonar é o tratamento padrão para o câncer de pulmão de não pequenas células. A compreensão da condição de saúde em candidatos a cirurgia de ressecção pode auxiliar no direcionamento de cuidados mais adequados, além de contribuir para o planejamento da terapêutica pós-operatório. Neste sentido a capacidade de exercício e qualidade de vida podem ser avaliados por testes e ferramentas de baixo custo, podendo substituir exames mais onerosos e fornecer informação importante sobre a saúde destes indivíduos, no entanto, ainda se carece de evidência robusta nessa população. **Objetivos:** Investigar se em indivíduos candidatos a cirurgia de ressecção pulmonar. Há prejuízo na capacidade de exercício, nível de atividade física e qualidade de vida. **Métodos:** Trata-se de uma análise secundária preliminar do momento basal de um estudo longitudinal conduzido com pacientes elegíveis para ressecção pulmonar no Hospital de Base de São José do Rio Preto. Os participantes foram avaliados no pré-operatório. Foram avaliados a capacidade funcional pelo teste de caminhada de 6 minutos e pelo teste de subir escadas, a qualidade de vida pelo questionário EORTC (funcionalidade, sintomas, qualidade de vida) e o nível de atividade física por meio do uso de um smartwatch (Mi Band 5) durante sete dias antes do procedimento, para monitoramento do número de passos diários. Dados clínicos e demográficos foram coletados a partir do prontuário eletrônico. **Resultados:** Foram incluídos 16 pacientes (56,3% mulheres; idade média de $64,1 \pm 11,9$ anos), sendo o adenocarcinoma o diagnóstico em 62,5%. No EORTC, as médias foram: funcionalidade $69,1 \pm 23,5$; sintomas $23 \pm 25,9$; qualidade de vida $74,9 \pm 19,7$. A distância percorrida no TC6 foi de 431 ± 108 m ($90,7 \pm 16,7\%$ do previsto), a altura no teste de subir escadas foi de $17,2 \pm 5,3$, com tempo médio de $167,9 \pm 83$ segundos, e a mediana do número de passos no pré-operatório foi de 3032 (1591–7854). **Conclusões:** Candidatos a cirurgia de ressecção pulmonar não apresentaram impacto significativo nos níveis de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida. Esses achados devem ser analisados com cautela por ainda se tratarem de dados preliminares

471 **DISSEMINAÇÃO PELOS ESPAÇOS AÉREOS (STAS) EM RESSECÇÕES PULMONARES PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS: PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS**

LOPES FERRAZ, G P, GRANGEIRO, A M, RODRIGUES, I F S, FARIA, C M N M , NIETMANN, H, CÂNOVAS, T D R, SILVA, J R, TEIXEIRA, M A, MENDONÇA, L G, SILVA, I L A, CITRO, G M

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: A disseminação pelos espaços aéreos (spread through air spaces – STAS) é um padrão de invasão tumoral recentemente incorporado à classificação da Organização Mundial da Saúde para câncer de pulmão. Caracteriza-se por células ou grupos tumorais no interior dos alvéolos do parênquima adjacente, além da margem do tumor principal, sem continuidade direta. Estudos demonstram associação de STAS com maior agressividade, risco de recorrência e pior sobrevida, especialmente em adenocarcinomas, mesmo em estádios iniciais. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência de STAS em pacientes submetidos a ressecções pulmonares para tratamento de CPNPC e identificar variáveis clínicas e patológicas associadas. **Métodos:** Estudo retrospectivo com revisão e coleta de dados de uma série de 115 pacientes submetidos a ressecções pulmonares para tratamento de câncer de pulmão não pequenas células entre 2018 e 2024 em hospital quaternário. Foram analisadas variáveis como idade, sexo, tabagismo, ECOG/PS, tipo de cirurgia, tipo e subtipo histológico, estadiamento (TNM 8 ed.), invasões pleural e linfática e ocorrência de STAS. Análise estatística com teste qui-quadrado, cálculo de odds ratio e de resíduos padronizados ajustados com $p < 0,05$. **Resultados:** Incluídos 115 pacientes (idade média $64,3 \pm 12,5$ anos; 56,5% mulheres; 73,0% tabagistas; ECOG/PS < 1 em 93,9%). O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma ($n=76$; 66%) seguido por CEC ($n=23$; 20%). A prevalência de STAS de forma global foi de 48,7%. Houve associação entre ocorrência de STAS e tipo histológico ($\chi^2=15,90$ OR 5,40 para adenocarcinoma $p=0,00119$). Dentre os adenocarcinomas, foi encontrada correlação entre STAS e os subtipos ($\chi^2=14,50$; $p=0,0245$) e realizada análise de resíduos ajustados para entender quais subtipos contribuíram mais para esta ocorrência, indicando menor ocorrência no lepidico ($Z=+3,14$) e tendência de ocorrência em micropapilar ($Z=+1,78$) e cribriforme ($Z=+1,39$). Quanto ao estadiamento patológico, foi encontrada correlação entre STAS e tamanho (pT) ($\chi^2=14,45$; $p=0,0438$); com resíduos ajustados mostrando menor ocorrência em pT1 ($Z=-2,81$) e maior ocorrência pT2a ($Z=+2,24$). Foi encontrada forte associação entre STAS e invasão pleural ($\chi^2=10,52$; OR 4,69 $p=0,00118$) e invasão linfática ($\chi^2=20,66$; OR 7,12 $p=5,5 \times 10^{-4}$). Não foi encontrada associação com sexo, tabagismo, pN, pM ou tipo de ressecção. **Conclusões:** A presença de STAS, nesta série, associou-se de forma significativa a adenocarcinomas, pT avançado, e invasões pleural e linfática, com padrão lepidico apresentando menor ocorrência. Tais achados reforçam a necessidade de investigação de STAS na patologia, especialmente em adenocarcinomas. A identificação pré ou mesmo intraoperatória pode futuramente influenciar decisões quanto à extensão da ressecção ou à indicação de terapias perioperatórias ou estratégias de seguimento. Estudos prospectivos e multicêntricos podem validar esses achados e contribuir para protocolos personalizados de manejo cirúrgico e perioperatório do câncer de pulmão não pequenas células.

465 **DISTRIBUIÇÃO REGIONAL E PERFIL DEMOGRÁFICO POR PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR Câncer DE Pulmão NO BRASIL (2014-2023)**

MORAIS, J W, HOLOUKA, G, COSTA, B S, GONÇALES, V, RIOS, G R, FERRARI, R
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO CAMPUS BAURU - BAURU - São Paulo - Brasil

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia maligna mais diagnosticada no mundo, respondendo por 12,4% de todos os casos e causando entre 1,7 e 1,8 milhão de mortes por ano. No Brasil, o câncer de pulmão é o segundo mais comum em homens e o quarto em mulheres, com uma taxa de sobrevivência em cinco anos particularmente baixa. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões nas cinco macrorregiões do Brasil, no período de 2014 a 2023. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo, com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A estratégia de busca incluiu: (I) acesso ao site DATASUS, (II) navegação em Tabnet, Estatísticas Vitais e Mortalidade; (III) seleção do Brasil por região e unidade da federação, com linha: região/unidade da federação e coluna: ano de óbito; (IV) definição do período de 2014 a 2023; e (V) filtragem por capítulo (Neoplasia), grupo (Neoplasia maligna aparelho respiratório e órgãos intratorácicos) e categoria CID-10 (C34). As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, cor/raça e escolaridade. Os dados foram tabulados no Excel® v.2020 da Microsoft®, e analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Entre 2014 e 2023, houve no Brasil 282.647 óbitos por neoplasia maligna dos brônquios e pulmões, correspondendo a 2% da mortalidade geral. Observou-se crescimento entre 2014 (25.333 óbitos) e 2019 (29.254 óbitos), representando aumento de 15%. Em 2020, houve leve queda (28.516), seguida de novo crescimento até 2023, com 31.150 óbitos, maior número da série histórica. Homens foram mais afetados, com 159.943 óbitos, frente a 122.679 em mulheres. A região sudeste concentrou 45.3% dos óbitos, seguida de sul (23.7%), nordeste (19.5%), centro-oeste (6.7%) e norte (4.6%). Quando se considera a proporção de óbitos por neoplasia maligna dos brônquios e pulmões em relação ao total de mortes por câncer em cada região, o Centro-Oeste apresentou o maior percentual (2%). Apesar de os homens apresentarem maior número absoluto de óbitos em todas as macrorregiões, quando se considera a proporção de mortes por câncer de pulmão em relação ao total de óbitos por câncer de cada região, os percentuais foram mais altos entre mulheres: Norte (66% vs. 24%), Nordeste (51% vs. 23%), Sudeste (36% vs. 5%), Sul (36% vs. 8%) e Centro-Oeste (36% vs. 16%). O perfil demográfico predominante em todas as regiões foi de indivíduos da cor branca, na faixa etária de 60 a 69 anos e com menor escolaridade.

Conclusões: O Brasil registrou aumento dos óbitos por câncer de pulmão entre 2014 e 2023. O perfil predominante foi de homens, brancos, idosos de 60 a 79 anos e indivíduos com baixa escolaridade. Embora o Sudeste concentre a maioria dos casos absolutos, a análise regional mostra que o Centro-Oeste teve a maior proporção relativa de mortalidade. Destaca-se também o crescimento da mortalidade feminina em todas as macrorregiões, indicando mudança no perfil epidemiológico da doença.

539 **TREINAMENTO FÍSICO DOMICILIAR COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR AO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NO Câncer DE Pulmão PRIMÁRIO: IMPACTOS NO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, CAPACIDADE FUNCIONAL E SINTOMAS**

BULGARÃO ROSIN, S, BORGES, P, AKIRA ESSÚ, F, SILVA SANTOS, E, VILAS BOAS DE OLIVEIRA, L, BUENO CAPELLI, M R, CRISTÓFANI CARVALHO, A, BUENO E CASTRO, M, K, DUARTE, I, CIPULLO RAMOS, E M, UNESP - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil

Introdução: O câncer de pulmão é o mais letal no mundo devido seu diagnóstico tardio. Estudos mostram que o exercício físico pode ser benéfico durante o tratamento oncológico (TO), principalmente no controle dos efeitos adversos, como os sintomas que afetam negativamente a capacidade física funcional dos indivíduos. No entanto, ainda há baixa adesão e resistência a prática de exercício físico durante o TO. **Objetivos:** Verificar o efeito de um treinamento físico domiciliar durante o TO na capacidade funcional, nível de atividade física e sintomas de pacientes com câncer de pulmão. **Métodos:** Indivíduos com câncer de pulmão primário encaminhados para TO foram randomizados em grupo treino (GT), que realizou exercícios aeróbicos e resistidos junto ao TO, e grupo controle (GC) que realizou TO isolado. As avaliações foram realizadas em dois momentos: pré TO (M1) e pós TO (M2). O Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6) foi utilizado para verificar a capacidade funcional, o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) para avaliar o nível de atividade física por meio da quantidade de equivalente metabólico da tarefa (MET) por semana e a Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) para observar a presença de sintomas. O GT realizou caminhadas diárias de, no mínimo, 20 minutos/dia e exercícios resistidos utilizando TheraBand de resistência moderada duas vezes na semana. (CAAE: (26129119.5.0000.8247). A normalidade da amostra foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para a comparação intragrupos foi utilizado o teste t de student pareado ou Wilcoxon e nas análises intergrupos foram utilizados os testes t de student independente ou de Mann-Whitney, de acordo com a normalidade dos dados. O valor de significância adotado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram analisados 10 indivíduos com câncer de pulmão (GT=3; GC=7); quimioterapia (n=5) e radioterapia + quimioterapia (n=5). A amostra teve idade: GT= 65 ± 10 /GC= 66 ± 9 anos; peso: GT= 58 ± 5 /GC= 68 ± 16 kg; METs: GT= 1510 ± 1248 /GC= 1109 ± 739 ; TC6: GT= 539 ± 34 /GC= 540 ± 79 metros. Entre os momentos pré e pós TO, houve diferença estatisticamente significativa intragrupos em GC no item MSAS_Preocupações [0 (0,2)] com redução da pontuação. Em relação ao intergrupo, houve diferença estatística apenas no item MSAS_Preocupações [2 (1, 4)] e MSAS_PerdaCabelo [1 (0, 2)], ambos com redução da pontuação. Em relação ao nível de atividade física e capacidade funcional não houve diferença estatística intra e intergrupos nessa amostra. **Conclusões:** Indivíduos com câncer de pulmão submetidos ao treinamento domiciliar durante o tratamento oncológico não diferiram nas variáveis de nível de atividade física e capacidade funcional. Quanto aos sintomas, o grupo controle apresentou diminuição do sintoma de preocupação entre os momentos em relação ao grupo treinamento, que apresentou maior perda de cabelo e de preocupação.

- 487 **LESÕES IATROGÊNICAS DE TRAQUEIA: UMA SÉRIE DE CASOS - EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE CIRURGIA TORÁCICA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA**
TEIXEIRA, M A , RODRIGUES, I D F S , GRANGEIRO, A M , FERRAZ, G P L , FARIA, C M N , NIETMANN, H , CANOVAS, T D R , SILVA, J R , COSTA, C S , MENDON, L G

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: As lesões iatrogênicas de traqueia são complicações raras, mas potencialmente graves, associadas principalmente à intubação orotraqueal e a procedimentos endoscópicos. O manejo deve ser individualizado, considerando a extensão da lesão, a estabilidade clínica do paciente e os recursos disponíveis. **Objetivos:** Relatar a experiência da equipe de cirurgia torácica de um hospital de ensino de alta complexidade na condução de pacientes com lesões iatrogênicas de traqueia, destacando os critérios de tratamento conservador e cirúrgico, o papel da broncoscopia no diagnóstico e seguimento, bem como a utilização de ECMO em caso crítico. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, incluindo pacientes com diagnóstico de lesão iatrogênica de traqueia atendidos entre março de 2024 e julho de 2025. Foram avaliados: quadro clínico inicial, achados de broncoscopia (gravidade e extensão da lesão), estratégia terapêutica adotada e evolução hospitalar. O seguimento pós-tratamento foi realizado por broncoscopia seriada e acompanhamento ambulatorial, sempre que possível após a alta. **Resultados:** Foram identificados 9 casos no período analisado. • Tratamento cirúrgico: 5 pacientes foram submetidos a traqueorrafia, sendo 1 com suporte de ECMO veno-venosa como ponte para o reparo definitivo. Houve 1 óbito nesta coorte, relacionado a sepse de foco pulmonar. • Tratamento conservador: 4 pacientes foram conduzidos sem cirurgia, por diferentes razões: 2 por apresentarem lesões menores que 2 cm, 1 por instabilidade hemodinâmica e 1 em contexto de cuidados paliativos. Todos evoluíram com necessidade de traqueostomia precoce. Houve 2 óbitos nesta coorte, ambos por complicações infecciosas da internação prolongada (sepse e infecção oportunista). A broncoscopia foi fundamental tanto na avaliação inicial (definição de gravidade e extensão) quanto no acompanhamento da cicatrização ou complicações pós-intervenção. A mortalidade global foi de 33% (3/9), não diretamente associada à falha de reparo traqueal, mas sim às comorbidades e complicações infecciosas. **Conclusões:** Nosso estudo reforça a importância do manejo individualizado nas lesões iatrogênicas de traqueia. A broncoscopia mostrou-se essencial para a avaliação diagnóstica, a definição da estratégia terapêutica e o seguimento pós-tratamento. Enquanto lesões menores e pacientes com contraindicações cirúrgicas podem ser conduzidos de forma conservadora com traqueostomia, casos extensos ou instáveis demandam reparo cirúrgico precoce. O uso de ECMO mostrou-se viável em situação crítica, ampliando a segurança do procedimento. Apesar da mortalidade observada, esta esteve relacionada às condições clínicas de base e não à falha técnica.

cirurgia torácica (trabalho original)

- 480 **INVASÃO LINFÁTICA E CARCINOMA ESCAMOSO COMO PREDITORES DE PNEUMONIA E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR PÓS-OPERATÓRIOS EM RESSECÇÕES PULMONARES**
LOPES FERRAZ, G P, GRANGEIRO, A M, RODRIGUES, I F S, FARIA, C M N M, NIETMANN, H, CÂNOVAS, TDR, SILVA, J R, TEIXEIRA, M A, MENDONÇA, L G, BERTINE, R H, GODOY, J M

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: Complicações pulmonares, em especial pneumonia e tromboembolismo pulmonar (TEP), são descritas com maior frequência após ressecções mais extensas e em abordagens abertas quando comparadas às minimamente invasivas; por outro lado, os determinantes de TEP/TEV pós-operatório parecem relacionar-se sobretudo a fatores do paciente e da neoplasia, com evidências menos consistentes quanto à contribuição direta do tipo de cirurgia na ocorrência de tais complicações. **Objetivos:** Investigar a associação entre pneumonia e TEP pós-operatórios com variáveis clínicas, cirúrgicas e patológicas, avaliando se o tipo de ressecção ou abordagem cirúrgica são preditores dessas complicações. **Métodos:** Estudo retrospectivo com revisão e coleta de dados de prontuário de uma série de 115 pacientes submetidos a ressecções pulmonares eletivas por CPNPC em um único centro (2020–2025). Foram coletados dados demográficos, clínicos, cirúrgicos e patológicos. Associações foram avaliadas por qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Variáveis com $p < 0,10$ na análise univariada foram incluídas em regressão logística multivariada. Significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$. **Resultados:** A prevalência de pneumonia foi de 15,7% ($n=18$) e de TEP foi de 9,6% ($n=11$). Não houve associação significativa entre tipo de ressecção (lobar ou sublobar) e pneumonia ($p=0,46$) ou TEP ($p=0,77$). De forma global, não houve correlação entre tabagismo e pneumonia pós-operatória ($p=0,174$) e TEP ($p=0,273$). Também não foi encontrada correlação destas complicações com a via de abordagem cirúrgica ($p=0,46$ e $p=0,59$; respectivamente). Na análise multivariada, invasão linfática (OR 9,15 $p=0,0068$) e CEC (OR 9,96 $p=0,013$) foram preditores independentes de pneumonia. Nenhuma variável apresentou associação significativa com TEP. O carcinoma escamoso, nesta série, esteve fortemente associado ao tabagismo - 95,5% dos pacientes com escamoso eram tabagistas, contra 67,8% nos demais tipos histológicos (OR 10, $p=0,007$). **Conclusões:** O risco de pneumonia pós-operatória nesta série de casos esteve associado a características biológicas do tumor, especialmente à presença de invasão linfática e ao tipo histológico escamoso, independentemente do tipo de ressecção ou da via de acesso cirúrgica. A plausibilidade desses achados está na maior agressividade oncológica; na localização mais central desses tumores, que frequentemente requerem maior manipulação brônquica; e na sua associação com tabagismo e DPOC, fatores já descritos em literatura como de maior risco para pneumonia pós-operatória. Embora se trate de um estudo retrospectivo, sujeito a vieses de seleção e registro, a consistência das associações após ajuste multivariado sugere que a característica histológica do tumor e a presença de invasão linfática talvez possam ser considerados numa estratificação de risco de pneumonia, necessitando de medidas preventivas direcionadas.

- 456 **DESCRIÇÃO ALTERNATIVA DA TÉCNICA DE TIMECTOMIA VIDEOTORACOSCÓPICA SUBXIFÓIDE**
MESQUITA GRANGEIRO, A , RESENDE DA SILVA, J , DE FARIA SOARES RODRIGUES, I , NIETMANN, H ,
MATIAS DE FARIAS, C M N , DELLA ROVERI CÂNOVAS, T , GOMES MENDONÇA, L , PINHEIRO LOPES
FERRAZ, G , ALVES TEIXEIRA, M , SOUZA COSTA, C , LOPES CARLOS, L , VALENTE DUARTE CHAVES, A
Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto - São Jose do Rio Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: Tumores do mediastino anterior ocorrem numa frequência de cerca de 60% de todas as neoplasias do mediastino, em especial as neoplasias do timo (principalmente timomas) são as mais frequentes. A cirurgia é o tratamento indicado com maior chance de cura, principalmente em lesões iniciais e com pouca invasibilidade nos tecidos e estruturas vizinhas. Há situações em que a cirurgia pode ser realizada após terapia neoadjuvante, geralmente quimio ou imunoterapia, ou ainda ser utilizada com o intuito de resgate como complementação à quimio-radioterapia para ressecar massas residuais. A cirurgia é indicada também em pacientes que não possuem timomas, mas são portadores de Miastenia Gravis, uma doença neuromuscular autoimune relacionada à produção de anticorpos pelo tecido tímico persistente que bloqueiam os receptores da acetilcolina na fenda pós-sináptica da placa neuromuscular. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo a demonstração da adaptação da técnica cirúrgica da timectomia videotoracoscópica por via subxifóide, com detalhes do acesso cirúrgico utilizando três portais e sem utilização de elevador de esterno e ressecção do apêndice xifóide.

Métodos: O método de apresentação será por vídeo de modo expositivo, com ênfase na técnica de timectomia por via subxifóide videotoracoscópica realizada em serviço de cirurgia torácica em hospital terciário, a partir da experiência de série de casos. **Resultados:** Timectomia pode ser realizada por diferentes acessos ou incisões. Tradicionalmente há a esternotomia mediana, numa cirurgia aberta e com maior tempo de recuperação pelo seu tamanho e impacto cirúrgico. Com o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva, hoje o mais frequente é a timectomia videotoracoscópica ou por via robótica. O acesso pode ser pelo lado direito ou pelo lado esquerdo, a depender da preferência do cirurgião e se a lesão não está exatamente na linha média. Descrito recentemente ainda temos a opção subxifóide, que permite acessar o compartimento anterior e ambas as pleuras com uma boa visualização e certeza da localização das estruturas. Esse acesso pode ser feito com videotoracoscopia ou com plataforma robótica, com uma ou múltiplas incisões, ou ainda com auxílio de instrumentos para elevar o esterno do paciente ou a manobra para remoção do apêndice xifóide. **Conclusões:** Pode-se concluir que a via subxifóide por se tratar de técnica minimamente invasiva, apresenta diversos benefícios independente da técnica empregada quando se trata de melhor visualização das estruturas mediastinais, como nervos frênicos. Em nossa técnica não é realizada elevação do esterno ou remoção do apêndice xifóide, apresentando bons resultados no intra-operatório e pós operatório, sem diferenças se comparada a via robótica ou timectomia videotoracoscópica lateral.

- 554 **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PNEUMONIA NECROSANTE EM ADULTOS: SÉRIE DE CASOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO.**
NETO, J D S M , FONINI, J S , FERNDANDES, P M P , MARIANI, A W
Incor - HCFMUSP - SAO PAULO - São Paulo - Brasil

Introdução: A pneumonia necrosante (PN) é uma forma grave e progressiva de infecção pulmonar, caracterizada por necrose parenquimatosa, formação de cavidades gasosas e extensa destruição estrutural do tecido pulmonar. É uma complicação de difícil manejo da pneumonia bacteriana, associada a significativa morbidade, risco de insuficiência respiratória e alta mortalidade, especialmente quando ocorre em pacientes imunocomprometidos ou com doenças subjacentes, como diabetes, neoplasias e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O tratamento inicial da PN envolve antibioticoterapia empírica de amplo espectro com cobertura para bactérias gram-positivas, gram-negativas e anaeróbias, além de suporte ventilatório intensivo e, frequentemente, drenagem pleural guiada por imagem para controle do empiema associado. Entretanto, em uma parcela dos casos — variando de 10% a 20% nas séries publicadas — a evolução clínica desfavorável impõe a necessidade de tratamento cirúrgico, com o objetivo de controlar a fonte infecciosa e prevenir complicações fatais. **Objetivos:** Analisar os resultados clínicos e cirúrgicos de pacientes com pneumonia necrosante (PN) submetidos à ressecção pulmonar como parte de seu tratamento em um centro de atendimento terciário. **Métodos:** Estudo retrospectivo com série de casos de pacientes diagnosticados com Pneumonia Necrosante entre 2021 e 2025, submetidos à ressecção pulmonar como tratamento adjuvante para o quadro clínico. O diagnóstico foi estabelecido com base em achados clínicos, laboratoriais e tomográficos, definidos por áreas de necrose parenquimatosa, formação de cavidades gasosas e extensa destruição estrutural do tecido pulmonar. A análise estatística foi descrita com base na média, mediana, intervalos e valores mínimos e máximos dos dados. **Resultados:** Nove pacientes (idade média de 41,8 anos; 7 homens) foram submetidos à ressecção pulmonar. A lobectomia inferior direita foi o procedimento mais comum (n = 4), seguida pela lobectomia inferior esquerda (n = 3). As indicações cirúrgicas incluíram marcadores inflamatórios elevados (n = 5), escape aéreo prolongado (n = 2) e instabilidade ventilatória (n = 2). Suporte de ECMO foi utilizado em 2 casos. A permanência pós-operatória na UTI e no hospital foi, em média, de 21,6 e 23,3 dias, respectivamente. O exame histológico confirmou necrose pulmonar em todos os casos. Patógenos foram isolados em seis pacientes; *Pseudomonas aeruginosa* foi a mais prevalente. Três pacientes faleceram durante a hospitalização. **Conclusões:** A ressecção pulmonar pode ser uma intervenção que salva vidas em casos de NP grave quando o tratamento conservador falha. O momento cirúrgico deve ser individualizado. Mais estudos prospectivos são necessários para estabelecer critérios padronizados e otimizar os desfechos dos pacientes.

519 OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO PERIOPERATÓRIO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA TORÁCICA EM CONDIÇÕES DE POUCOS RECURSOS

NOGUEIRA, I O C , MIOTTO, A , COLDIBELLI, L H , PERFEITO, J A J

Escola Paulista de Medicina - UNFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: O protocolo ERAS propõe estratégias multimodais para otimização do cuidado perioperatório, reavaliando práticas tradicionais e substituindo-as por condutas baseadas em evidências. Na cirurgia torácica, onde complicações e permanência hospitalar prolongada são frequentes, sua aplicação pode reduzir morbimortalidade e custos. Apesar disso, a adoção em países de baixa e média renda é limitada, demandando adaptações ao contexto institucional e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo revisa a literatura e propõe um protocolo adaptado para hospitais públicos brasileiros. **Objetivos:** Objetivo principal: Determinar a viabilidade da aplicação do protocolo ERAS em cirurgia torácica no Brasil e sua aplicabilidade em situações de baixo custo, como no SUS. Objetivos secundários: Propor medidas de baixo custo para implementação do protocolo ERAS em cirurgia torácica adaptadas à realidade brasileira. **Métodos:** Desenho do estudo: estudo revisional teórico, com levantamento bibliográfico em bases como MEDLINE/PubMed, Embase, Cochrane, SciELO e LILACS. Critérios de inclusão: artigos relacionados à otimização perioperatória em cirurgia torácica em contextos de recursos limitados. Critérios de exclusão: estudos que não abordassem diretamente o tema ou com foco em populações diferentes. Foram analisados dados secundários da Disciplina de Cirurgia Torácica do Hospital São Paulo (UNIFESP), abrangendo um período de um ano. **Resultados:** Estudos brasileiros e internacionais demonstraram redução significativa de custos e complicações com o uso do protocolo ERAS, mesmo em ambientes de recursos limitados. No Hospital Santa Marcelina (SP), observou-se redução de 37% dos custos por paciente. Na Tunísia, Paquistão, Índia e Etiópia, estudos confirmaram melhora em complicações pós-operatórias, tempo de internação e custos. Um protocolo adaptado foi elaborado, incluindo educação pré-operatória, otimização nutricional, analgesia multimodal, mobilização precoce e retirada precoce de drenos. O protocolo ERAS mostrou-se aplicável à realidade brasileira, mas enfrenta barreiras como escassez de leitos dedicados e equipes multidisciplinares insuficientes. Ainda assim, representa uma estratégia efetiva para reduzir complicações e custos, além de otimizar a gestão hospitalar. A implementação gradual, associada a capacitação de profissionais e padronização institucional, pode garantir maior adesão e consistência do protocolo no SUS. **Conclusões:** A adoção do protocolo ERAS em cirurgia torácica é viável em contextos de poucos recursos, mostrando benefícios consistentes em redução de complicações, tempo de internação e custos hospitalares. O protocolo adaptado proposto é reproduzível e aplicável ao SUS, embora barreiras estruturais como leitos insuficientes e falta de equipes integradas precisem ser superadas. Investir em capacitação e integração multiprofissional é fundamental para consolidar sua aplicação.

516 O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA TOMADA DE DECISÕES MÉDICAS

COLDIBELLI, L H , MIOTTO, A , NOGUEIRA, I O C , PERFEITO, J A J

Escola Paulista de Medicina - UNFESP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A inteligência artificial (IA) tem revolucionado a medicina, sendo aplicada no diagnóstico por imagem, na interpretação de exames e na otimização de tratamentos. O ChatGPT, um modelo de IA conversacional, tem ganhado destaque como possível suporte na tomada de decisões médicas, mas sua precisão e confiabilidade ainda precisam ser avaliadas. Este estudo analisa as recomendações do ChatGPT diante de casos clínicos reais e compara sua precisão com as diretrizes médicas atuais. **Objetivos:** Avaliar a acurácia das condutas propostas pelo ChatGPT em relação às recomendações preconizadas pela literatura científica, explorando seu potencial como ferramenta de apoio na prática médica. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo baseado em 20 casos clínicos reais. Os dados foram inseridos no ChatGPT, e as recomendações fornecidas foram comparadas às diretrizes médicas vigentes. A concordância foi analisada por meio do coeficiente Kappa, enquanto o teste qui-quadrado identificou discrepâncias estatisticamente significativas. **Resultados:** O ChatGPT apresentou recomendações corretas em 75% dos casos, com um coeficiente Kappa de 0,72, indicando concordância substancial com as diretrizes médicas. No entanto, 25% das respostas foram vagas ou imprecisas, especialmente em relação a indicações cirúrgicas. Nenhum caso resultou em uma recomendação direta de cirurgia; em vez disso, a IA sugeriu que o procedimento “deveria ser considerado”, sem oferecer uma decisão clara. **Conclusões:** O ChatGPT demonstrou um desempenho promissor na recomendação de condutas médicas, especialmente em casos padronizados. No entanto, sua hesitação em sugerir procedimentos cirúrgicos e a falta de precisão em cenários complexos reforçam a necessidade de aprimoramentos antes de sua implementação clínica. Ferramentas de IA têm potencial para otimizar a prática médica, mas devem ser utilizadas como suporte, e não como substitutas da decisão clínica baseada na experiência profissional.

distúrbios respiratórios do sono (trabalho original)

393 AVALIAÇÃO DO USO DE CPAP NO TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

POEYS SANTIAGO, M V, SIVELLO PEREIRA, L L, CARVALHO MACHADO, L C, FUZI, C E, PAULA, T A, GODINHO, N, AZEVEDO MOURA, I, VASCONCELOS GUERRA, R V, GOMES MANSO DA CUNHA, N, ROSSI LORO, F, ABREU BARREIRO, V, CRUZ DE OLIVEIRA, M V
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é um distúrbio respiratório prevalente e subdiagnosticado, associado a aumento do risco cardiovascular, metabólico e neuropsiquiátrico. O CPAP é o tratamento padrão-ouro para casos moderados e graves, mas seu impacto global na qualidade de vida e na saúde mental ainda é pouco explorado em serviços públicos de saúde. **Objetivos:** Avaliar o impacto do uso adequado de CPAP na qualidade de vida de pacientes com AOS moderada a grave, bem como investigar a relação com parâmetros metabólicos e aspectos neuropsiquiátricos. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo e observacional realizado no ambulatório de Distúrbios do Sono do HSPE-SP. Foram incluídos 30 pacientes e 18 anos, com diagnóstico confirmado de AOS moderada/grave por polissonografia tipo I e adesão ao CPAP e 70% das noites (>4h/noite). A qualidade de vida foi avaliada pelo Quebec Sleep Questionnaire (QSQ) e os sintomas de ansiedade/depressão pela Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Variáveis antropométricas e metabólicas foram obtidas de prontuário eletrônico. **Resultados:** A amostra apresentou média de idade de 68,1±8,7 anos, sendo 50% do sexo feminino. Observou-se elevada prevalência de obesidade (63,3%), circunferência cervical >40 cm (63,3%) e circunferência abdominal aumentada (73,3%). Hipertensão arterial foi encontrada em 63,3%, HDL baixo em 36,7%, glicemia e 100 mg/dL em 50% e triglicérides e 150 mg/dL em 33,3%; a síndrome metabólica esteve presente em 46,7% dos casos. Os escores médios do QSQ foram elevados, indicando baixo impacto da AOS entre os usuários de CPAP: sonolência diurna (38,6±3,6), sintomas diurnos (62,0±10,4), sintomas noturnos (43,0±3,6), emoções (32,0±3,9) e interações sociais (26,8±2,2). Pela HAD, 90% não apresentaram sinais de ansiedade e 86,7% não apresentaram sinais de depressão. Pacientes com melhores escores de qualidade de vida apresentaram menores níveis de ansiedade e depressão, especialmente nos domínios de sonolência diurna e sintomas diurnos ($p<0,05$). Circunferência cervical >40 cm associou-se a pior qualidade de vida e maiores níveis de ansiedade e depressão ($p<0,05$). Não houve associação significativa entre qualidade de vida e parâmetros metabólicos, nem diferenças relevantes por sexo ou idade. **Conclusões:** O uso adequado do CPAP esteve associado a melhora significativa da qualidade de vida e a menores níveis de ansiedade e depressão. Estratégias individualizadas e abordagem multidisciplinar são fundamentais no manejo da AOS, visando benefícios que ultrapassam o controle sintomático e contribuem para a redução da morbimortalidade.

dpoc (trabalho original)

381 O IMPACTO DA DIETA À BASE DE PLANTAS SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR

BENACCHIO, I G, LIN, C J

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) - Marília - São Paulo - Brasil

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um distúrbio pulmonar obstrutivo que ocorre devido às anormalidades nas vias aéreas e paredes alveolares. Embora seja prevenível, é a terceira causa mundial de morte. Apresenta incidência global crescente em razão de fatores como envelhecimento e exposição a agentes nocivos. Os fatores alimentares são alvo importante de estudo, uma vez que há evidências de que certos nutrientes, como fibras provenientes de cereais, frutas e vegetais são benéficos à função pulmonar. Contudo, a influência dos padrões alimentares, em especial das dietas predominantemente vegetais, sobre a saúde respiratória ainda não está plenamente esclarecida. **Objetivos:** Identificar os efeitos da aderência à dieta à base de plantas sobre a função pulmonar. **Métodos:** Estudo retrospectivo com dados dos ciclos 2007–2008, 2009–2010 e 2011–2012 do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Foram incluídos participantes entre 18 e 79 anos com espirometrias de qualidade A ou B segundo a escala da American Thoracic Society. Foram excluídos aqueles que relataram ingestão calórica pouco plausível (mulheres, < 600 ou > 6000 kcal/d; homens, < 800 ou > 8000 kcal/d). A avaliação dietética foi realizada a partir de recordatório de 24 horas, enquanto a da aderência à dieta baseada em plantas pela pontuação do plant-based-dietary index (PDI). Modelos de regressão linear múltipla no ambiente estatístico R, ajustados para variáveis sociodemográficas, comportamentais e nutricionais, foram utilizados para avaliar a associação entre os resultados da prova de função pulmonar e a qualidade da dieta. **Resultados:** Foram avaliados 12.246 participantes. Observou-se associação positiva e significativa entre o PDI total e a ingestão de fibras com o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) ($p = 0.00621$ e $p = 1.73 \times 10^{-10}$). Entre os componentes da dieta, verduras ($p = 0.00189$), frutas ($p = 3.59 \times 10^{-07}$) e cereais integrais ($p = 0.038$) também mostraram associação positiva, enquanto leguminosas, soja, castanhas, peixes e ovos não apresentaram associação. Idade ($p < 2 \times 10^{-16}$) e etnia branca ($p < 2 \times 10^{-16}$) associaram-se negativamente ao VEF1, ao passo que sexo feminino ($p = 0.000308$), maior escolaridade ($p = 0.00069$) e ausência de tabagismo, atual ou prévio ($p < 2 \times 10^{-16}$ e $p = 8.85 \times 10^{-07}$), apresentaram associação positiva. Não foi identificada relação relevante para ingestão total calórica ($p = 0.817$) ou proteica ($p = 0.197$). **Conclusões:** A maior aderência a uma dieta baseada em plantas, especialmente com maior consumo de frutas, verduras e cereais integrais, se associa a melhor função pulmonar. Isso sugere que a qualidade da dieta pode exercer um papel protetor na função pulmonar, reforçando a importância de estratégias alimentares saudáveis na prevenção da DPOC.

- 292 **ANÁLISE DO PONTO DE CORTE DE OXIMETRIA DE PULSO COM MELHOR ESPECIFICIDADE E SENSIBILIDADE PARA IDENTIFICAÇÃO DE HIPOXEMIA GRAVE EM PACIENTES COM DPOC.**
MORAIS, J W , JÚNIOR, L M B , COSTA, B S , HOLOUKA, G , RIOS, G R , GONÇALES, V , SANTOS, M S C , CALLEGARI , M A , BRIZOLA, L F P , FRANCO, E A T , TANNI, S E , PRUDENTE, R A

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), podem apresentar diferentes graus de hipoxemia. Em casos de hipoxemia moderada [pressão parcial de oxigênio arterial (PaO₂) entre 55 e 60 mmHg], a oximetria de pulso (SpO₂) pode indicar valores superiores a 90%, resultando em falsos negativos e dificultando a avaliação precisa da gravidade da doença pulmonar. Investiga-se, portanto, se na hipoxemia grave (PaO₂ <55 mmHg), ocorre fenômeno similar, o que comprometeria o tratamento adequado da doença. **Objetivos:** Determinar um ponto de corte da SpO₂ com boa sensibilidade e especificidade para identificar hipoxemia grave em pacientes com DPOC em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo que, após apreciação ética, analisou registros médicos de pacientes com DPOC atendidos no ambulatório de oxigenoterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) entre os anos de 2022 e 2023. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico confirmado de DPOC (relação VEF1/CVF <0,7), uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) e registro em prontuário da SpO₂ e gasometria arterial. Portadores de outras doenças respiratórias, doenças cardiovasculares graves e informações incompletas nos prontuários foram excluídos. A coleta de informações incluiu dados demográficos, prescrição de ODP, SpO₂, saturação arterial de oxigênio (SaO₂) e PaO₂, com coleta de gasometria arterial em ar ambiente, após 30 minutos de repouso.

Resultados: Foram incluídos 125 pacientes (71% mulheres; idade de 69±9 anos). 85% da amostra apresentou histórico de tabagismo e houve predomínio do uso de ODP com fluxos entre 0,5 e 1,5 L/min por 18 a 24 horas diárias. A PaO₂ média foi de 54,3±12,5 mmHg e a SpO₂ de 88 (83–93%). A análise da curva ROC indicou que a SpO₂ com ponto de corte de 90% apresentou sensibilidade de 87,5% e especificidade de 97,1% para detecção de PaO₂ <55 mmHg. Outros pontos de corte de SpO₂, como 89% (sensibilidade de 89,3% e especificidade de 89,9%) e 91% (sensibilidade de 73,2% e especificidade de 98,5%) também podem ser considerados dependendo das necessidades específicas de triagem ou confirmação diagnóstica. Secundariamente, para análise da concordância entre os métodos e independente da gravidade, viu-se forte correlação entre SpO₂ e SaO₂ (r=0,897; p<0,001) e viés sistemático baixo na análise de Bland-Altman (0,314; IC 95%: -0,910 a 1,540), evidenciando boa concordância entre eles. **Conclusões:** A SpO₂ é um método eficaz para detectar hipoxemia grave em pacientes com DPOC em ODP. Um ponto de corte de 90% oferece boa acurácia, podendo substituir a gasometria arterial em contextos específicos.

- 497 **MÉTODO SUPERA APLICADO A PACIENTES IDOSOS COM DOENÇA PULMONAR CRÔNICA**
GALLIGANI, L , CORDONI, P K , SOARES, C D A , CALIL, C T , ABOU-HALA-CORRÊA, A Z , MASUCH, M H , FISS, E , SQUASSONI, S D

Centro Universitário FMABC - Santo André - São Paulo - Brasil

Introdução: A relação entre saúde pulmonar e funções cognitivas tem sido objeto de crescente interesse na literatura científica. Pacientes com doenças respiratórias podem apresentar comprometimentos cognitivos, impactando sua adesão ao tratamento e qualidade de vida. Integrar exercícios físicos e atividades que estimulam a cognição pode oferecer benefícios adicionais na reabilitação desses indivíduos. **Objetivos:** Avaliar os efeitos de uma intervenção breve de estimulação cognitiva baseada em ferramentas do Método Supera, na melhora cognitiva de idosos, participantes de um programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) **Métodos:** Foram selecionados 60 idosos com doenças respiratórias crônicas do PRP do Centro Universitário FMABC; alocados em grupo intervenção (GI) e controle (GC). O GI participou de sessões semanais presenciais com estímulos cognitivos mediados por jogos de tabuleiro, além de atividades online supervisionadas- Supera online (inclui testes de memória, atenção e funções executivas) por 16 semanas. A avaliação cognitiva foi realizada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), como testes de memória, atenção e funções executivas. **Resultados:** Os resultados demonstram uma melhora nas capacidades cognitivas, melhora nos domínios de atenção, memória de curto prazo e funções executivas no grupo intervenção, com incremento percentual médio de 23%. A comparação qualitativa entre grupos demonstrou diferença significativa no desempenho global refletindo a eficácia da intervenção combinada com a PRP. **Conclusões:** A estimulação cognitiva breve demonstrou impacto positivo nas funções cognitivas de idosos participantes de PRP, configurando-se como intervenção complementar viável e eficaz.

- 418 **AUTOEFICÁCIA, MOTIVAÇÃO PARA O EXERCÍCIO FÍSICO E QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA APÓS EXACERBAÇÃO: INTEGRANDO CONHECIMENTO PSICO-COMPORTAMENTAL COM FOCO NA MELHORIA DO CUIDADO E REABILITAÇÃO PULMONAR**
MANSANO, J S , KAWAKAMI, D M O , ARAÚJO, G H G , SILVA, C L F , FREITAS, I M M , COLUCCI, M G , MENDONÇA, L G , LEONARDI, N T , PIRES DI LORENZO, V A , KARLOH, M , MENDES, R G
Universidade Federal de São Carlos - São Carlos - São Paulo - Brasil

Introdução: Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) experimentam frequentes exacerbações (EDPOC) que impactam ainda mais negativamente os seus sintomas e a qualidade de vida. Em um contexto de integralidade do cuidado se faz importante a compreensão de aspectos psico-comportamentais, muitas vezes negligenciados, mas que influenciam diretamente a elaboração e o sucesso do plano terapêutico para reabilitação. Neste sentido, ainda não há muito conhecimento disponível sobre a autoeficácia e motivação para o exercício e suas possíveis associações com qualidade de vida (QV)/estado de saúde em pacientes logo após um evento de EDPOC. **Objetivos:** Investigar a associação e capacidade preditiva da QV em relação a motivação e NPB para o exercício e a autoeficácia. **Métodos:** Estudo observacional transversal. Foram incluídos indivíduos com diagnóstico recente de exacerbação da DPOC. Foram coletados 1) dados demográficos, história médica e comorbidades; 2) qualidade de vida por meio do EuroQol (EQ-5D-3L) e seus domínios de mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão e 3) motivação e NPB para exercício e autoeficácia por meio dos instrumentos: Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire 2 (BREQ-2), Basic Psychological Needs in Exercise Scale (BPNES) e The COPD Self-Efficacy Scale (CSES). Para análise das associações foram realizadas correlações de Pearson/Spearman e modelos de regressão linear simples, com transformação por raiz quadrada da variável dependente. **Resultados:** Um total de 29 indivíduos foram incluídos com média de idade de 66 anos, sendo 16 (55%) do sexo feminino, GOLD III n = 11; 39%. Os indivíduos apresentaram média de 93,8 ± 28 em autoeficácia (CSES), 8,67 ± 6,71 de motivação (BREQ-2) e NPB (BPNES) no domínio competência 3,55 ± 1.15, em autonomia mediana 3,88 (2,94-4,75) e vínculo 4 (2,5-4,5). Não foram identificadas correlações entre QV e motivação ou NPB, entretanto foram encontradas correlações negativas entre a QV (escala visual analógica) e autoeficácia (domínio esforço físico - CSES) ($r = -0.49$, $p < 0.006$) e entre a QV (domínio mobilidade) e autoeficácia (resultado total) ($r = -0.48$, $p < 0.008$). A QV (dimensão mobilidade) foi um preditor da autoeficácia (CSES-Esforço físico) ($R^2 = 0.21$, $p = 0.01$), e da autoeficácia total (CSES-total) ($R^2 = 0.24$, $p < 0.01$). **Conclusões:** Em pacientes com DPOC que sofreram exacerbação recente, a QV total e especialmente a dimensão mobilidade está associada à autoeficácia (esforço físico e geral) Esses resultados despertam atenção para a importância da compreensão integral do paciente após exacerbação da DPOC incluindo aspectos psico-comportamentais para direcionamento mais assertivo do cuidado que inclui a sua reabilitação.

- 483 **FRAQUEZA MUSCULAR PERIFÉRICA E INTOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS POPULAÇÕES DPOC EXACERBADA VERSUS INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA**
SCHAFER-SEGUNDO, N S , HEUBEL, A D , PEIXOTO, M F , KABBACH, E Z , KAWAKAMI, D M O , LEONARDI, N T , CASTELLO-SIMÕES, V , MARINHO, M D F D , BORGHI-SILVA, A , MENDES, R G
Universidade Federal de São Carlos - São Carlos - São Paulo - Brasil

Introdução: A exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (EDPOC) e a Insuficiência Cardíaca Aguda (ICA) frequentemente levam à hospitalização e declínio funcional. Embora a fraqueza muscular e a intolerância ao exercício sejam condições comuns em ambas as doenças, pouco se conhece sobre a magnitude de tais comprometimentos durante o período de agudização. **Objetivos:** Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar a força muscular periférica (FMP) e a capacidade de exercício nas populações com EDPOC e ICA. Além disso, investigamos se a fraqueza muscular está associada à intolerância ao exercício nesses grupos.

Métodos: Estudo transversal incluindo dois grupos de pacientes hospitalizados com EDPOC (n = 15) e ICA (n = 15), pareados por idade e sexo. Todas as avaliações foram realizadas entre 24 e 72 horas após a admissão hospitalar. A FMP foi avaliada por meio da força de preensão manual e da dinamometria do quadríceps. A capacidade de exercício foi avaliada pelo teste de caminhada de seis minutos (TC6). Valores < 70% do predito nas avaliações de FMP e TC6 foram considerados sugestivos de fraqueza muscular e baixa capacidade de exercício, respectivamente. **Resultados:** Na comparação dos grupos EDPOC e ICA, respectivamente, não observamos diferença nos resultados em % do predito da força de preensão manual ($61 \pm 16\%$ vs. $57 \pm 11\%$; $P = 0,415$), força de quadríceps ($63 \pm 21\%$ vs. $76 \pm 34\%$; $P = 0,219$) e distância percorrida no TC6 ($46 \pm 18\%$ vs. $48 \pm 18\%$; $P = 0,824$). A coexistência de fraqueza muscular periférica e baixa capacidade de exercício foi prevalente nos grupos EDPOC e ICA (67% vs. 87%, respectivamente; $P = 0,195$). A distância percorrida no TC6 correlacionou-se com a força de preensão manual ($r = 0,52$; $P = 0,04$) e com a força do quadríceps ($r = 0,79$; $P < 0,01$) apenas no grupo ICA. Entretanto, o grupo EDPOC relatou mais dispnéia e fadiga nas pernas durante o exercício em comparação com o grupo ICA ($P < 0,05$). **Conclusões:** Durante a hospitalização, a fraqueza muscular periférica e a intolerância ao exercício se apresentam de forma semelhante nas populações com EDPOC e ICA. Enquanto a fraqueza muscular está associada à baixa capacidade de exercício em pacientes com ICA, a limitação ao exercício em pacientes com EDPOC parece ser influenciada por outros fatores subjacentes, como a gravidade dos sintomas. Este estudo recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) nº parecer: 15/12763-4 e 15/26501-1; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) sob o Código Financeiro 001.

- 354 **ANÁLISE DA FUNÇÃO PULMONAR E FUNCIONALIDADE EM DIFERENTES GRUPOS DE DPOC**
ARTIGA, G D G , MENDONÇA, A F , HRUSCHKA , G P , LOPES, Í C , COSTA, I J O , MAEHARA , V R N ,
BRIZOLA, L F P, FRANCO, E A T , UZELOTO, J S , PRUDENTE, R A , MACHADO, M H D C , TANNI, S E
Faculdade de Medicina de Botucatu - HCFMB (Unesp) - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pode apresentar repercussões extrapulmonares devido ao quadro inflamatório sistêmico e remodelação das fibras musculares, impactando na funcionalidade, desencadeando sintomas e aumentando o risco de morbimortalidade nesses indivíduos.

Objetivos: Avaliar a função pulmonar e variáveis funcionais em diferentes grupos de pacientes com DPOC.

Métodos: Estudo transversal analítico, com inclusão de indivíduos diagnosticados com DPOC e classificados de acordo com a presença de sintomas e exacerbações prévias (grupos A/B e E da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)). A função pulmonar e funcionalidade foram avaliadas por meio de espirometria, pressões respiratórias máximas (Pimax e Pemax), preensão manual, teste de caminhada de seis minutos (TC6) e teste de velocidade de marcha de 4 metros (4MGS). A qualidade de vida foi avaliada pelo COPD Assessment Tool (CAT) e Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). **Resultados:** Foram incluídos 70 indivíduos (54,3% mulheres, 65,4±8,3 anos, VEF1: 57,7±17,6% e IMC: 26,6±5,5). Quanto a classificação em relação aos sintomas, 20% pertenciam ao grupo GOLD E e 80% ao grupo GOLD A/B. A comparação entre os grupos mostrou menor desempenho no TC6 [360 (308-415) metros; p=0,048], menor velocidade no 4MGS (0,79±0,17 m/s; p=0,034), além de menor Pimax [-50 (-60 - -50); p=0,013], Pemax [77 (66 - 100); p=0,044] e maior percentual no item atividade do SGRQ (65,8±22,4; p=0,022) no grupo GOLD E. Não foram encontradas diferenças significativas nas demais variáveis analisadas. Finalmente, na análise de regressão com a classificação GOLD E como variável dependente, observou-se que a relação CI/CPT >25 esteve associada à menor gravidade da DPOC (OR: 5,73; IC95%: 1,25-26,20; p=0,024). **Conclusões:** Além dos critérios clássicos de função pulmonar, sintomas e número de exacerbações, variáveis funcionais e grau de hiperinsuflação podem auxiliar na classificação da gravidade da DPOC.

- 552 **TRIAGEM GENÉTICA PARA DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA EM UM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA: ESTUDO TRANSVERSAL DE PREVALÊNCIA EM ALELOS MUTADOS**
SILVA, H V , SQUASSONI, S D , PASSINI., V V , FISS, E

Centro Universitario FMSBC - Santo André - São Paulo - Brasil

Introdução: A deficiência de alfa-1 antitripsina (DAAT) é uma condição genética associada a manifestações pulmonares e hepáticas, como enfisema precoce e doenças hepáticas crônicas. Embora rara, pode estar subdiagnosticada, sobretudo em pacientes com DPOC, bronquiectasias e asma refratária. Testes genéticos simples permitem diagnóstico precoce e manejo direcionado. Este estudo avaliou a prevalência de alelos relacionados à DAAT e sua correlação com variáveis clínicas em pacientes do Ambulatório de Pneumologia da FMABC. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de alelos associados à DAAT e correlacioná-los com dados clínicos, funcionais e epidemiológicos. **Métodos:** Estudo descritivo, observacional e transversal, realizado no Ambulatório de Pneumologia da FMABC, com 72 pacientes adultos (≥18 anos) entre 2024-2025. Coletou-se saliva por swab oral para análise molecular dos alelos S e Z. Dados clínicos e funcionais foram obtidos de prontuários, incluindo espirometria, exames de imagem, perfil tabágico, comorbidades e função hepática. As variáveis foram analisadas por estatística descritiva. **Resultados:** Dos 72 pacientes, 75% tinham DPOC, 15,3% asma de difícil controle e o restante outras doenças respiratórias, incluindo bronquiectasia e nódulo pulmonar benigno. A média de idade foi 64,5 anos, com predominância de indivíduos na faixa de 60 a 70 anos. Entre os 55 pacientes submetidos à espirometria, o VEF médio pré-broncodilatador foi de 52,78% e pós de 55,53%, sendo que mais da metade apresentou obstrução moderada a grave segundo a classificação GOLD. Dos 47 exames de imagem avaliados, a radiografia de tórax revelou enfisema parasseptal em 48,9%, enfisema centrolobular em 34,0% e padrão misto em 17,1%. Tomografias computadorizadas confirmaram a extensão do enfisema e detectaram bronquiectasias em casos selecionados. Na análise genética, 77,8% apresentaram genótipo M/M, enquanto 22,2% possuíam variantes associadas à DAAT: M/S (15,3%), S/S (2,8%), S/Z (1,4%), Z/Z (1,4%) e M/Z (1,4%). Pacientes com S/Z e Z/Z exibiram maior comprometimento funcional, com VEF abaixo de 40% em alguns casos e evidências radiológicas de enfisema difuso. O genótipo S/S esteve associado a obstrução moderada e histórico familiar de doença pulmonar precoce. **Conclusões:** A prevalência de variantes associadas à DAAT foi relevante, reforçando a necessidade de triagem genética em pacientes com DPOC precoce, fenótipo atípico ou sem exposição tabágica. O uso de métodos moleculares mostrou-se viável no ambulatório, permitindo intervenções preventivas e personalização terapêutica. A incorporação sistemática dessa triagem pode reduzir o atraso diagnóstico e melhorar o prognóstico.

388 **EDUCAÇÃO EM SAÚDE POTENCIALIZA A REABILITAÇÃO PULMONAR: EVIDÊNCIAS DE UM ESTUDO INTERVENCIONAL EM PACIENTES COM DPOC**

PROENÇA CARDOSO BASSI, A, EMILIO GONZALEZ ATENCIO, D, THONYA ROMANHA ROCHA, I, SÔNEGO DE PROENÇA, I, NUNES CARDOSO, M, HONDA DE SOUZA, A, FRANCESCHINI, J, APARECIDA DE SOUZA, J, BRITO JARDIM, J R, SEABRA DE ASSUMPÇÃO, M, SALLUM BARUSSO GRÜNINGER, M
USCS - Universidade de São Caetano do Sul - Tatuí - São Paulo - Brasil

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, com impacto funcional, social e econômico significativo. A Reabilitação Pulmonar (RP) é considerada intervenção não farmacológica essencial, combinando exercícios físicos supervisionados e apoio psicossocial. A inclusão de um componente educacional pode potencializar seus resultados ao promover maior compreensão da doença, adesão medicamentosa e autogestão. No município de Itapetininga (SP), foi implementado um programa municipal de RP acrescido de aulas semanais sobre manejo da DPOC, uso correto de medicamentos, sinais de alerta e estratégias de autocuidado. **Objetivos:** Comparar o efeito da RP associada à educação em saúde com a RP convencional na capacidade funcional e no impacto dos sintomas em pacientes com DPOC.

Métodos: Estudo intervencional longitudinal realizado durante 12 meses, com 30 pacientes diagnosticados com DPOC divididos em dois grupos: RP convencional (n=15) e RP+Educação (n=15). Ambos participaram de 12 sessões ao longo de seis semanas, incluindo exercícios aeróbicos, de força e treino respiratório. A capacidade funcional foi avaliada pelo teste de sentar e levantar em 1 minuto (TSL-1) e o impacto dos sintomas pelo COPD Assessment Test (CAT), aplicados antes e após a intervenção. Os dados foram analisados no SPSS, com significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 70433623.6.0000.5510).

Resultados: A amostra foi composta por 11 homens e 19 mulheres, com idades entre 60 e 80 anos e IMC variado. No pré-intervenção, o grupo RP apresentou TSL-1 médio de $14,7 \pm 5,7$ repetições e CAT de $21,1 \pm 6,4$; o grupo RP+Educação apresentou TSL-1 médio de $19,4 \pm 6,1$ e CAT de $20,5 \pm 9,9$. Houve efeito significativo do tempo para ambas as variáveis, com melhora no TSL-1 ($F=8,876$; $p=0,007$; $\chi^2=0,270$) e no CAT ($F=21,732$; $p<0,001$; $\chi^2=0,509$). A comparação entre grupos mostrou diferença significativa apenas no TSL-1 ($F=4,305$; $p=0,049$; $\chi^2=0,152$), favorecendo o grupo RP+Educação. **Conclusões:** A inclusão de um componente educacional na RP resultou em maior ganho funcional em relação à RP convencional, embora sem diferença estatisticamente significativa no CAT. Na prática clínica, a intervenção educacional demonstrou impacto positivo na adesão aos exercícios, no uso correto de medicamentos e na compreensão da doença, gerando benefícios psicossociais relevantes. Os achados reforçam a importância da educação em saúde como estratégia complementar de baixo custo e alto potencial de aplicabilidade para ampliar a efetividade da RP em pacientes com DPOC, especialmente em contextos do SUS e em municípios de médio porte.

309 **ANÁLISE DA RESISTÊNCIA À FADIGA VENTILATÓRIA E FUNCIONALIDADE EM INDIVÍDUOS COM DPOC.**

COSTA, B S, HOLOUKA, G, BRIZOLA, L F P, ARTIGA, G D G, GERONUTTI, J A A, DOURADO, P L K, THOME FRANCO, E A, UZELOTO, J S, FERRARI DIAS, D A, PRUDENTE, R A, TANNI, S E
Universidade Nove de Julho- Bauru - Bauru - São Paulo - Brasil

Introdução: A resistência à fadiga ventilatória é um marcador funcional da saúde pulmonar devido à sua relação com o VEF1, que pode indicar baixa tolerância ao esforço, funcionalidade geral reduzida e expor maior morbidade e perfil de mortalidade. **Objetivos:** Analisar a resistência à fadiga ventilatória e o desempenho físico em diferentes graus de obstrução. **Métodos:** Estudo transversal de pacientes com DPOC (1-2 vs. 3-4), avaliados por capacidade de difusão de DLCO, questionários de saúde respiratória como CAT, SGRQ, BDI e mMRC, força e resistência à fadiga por PiMax, PeMax e VVM, respectivamente. Capacidade submáxima de exercício foi avaliada pelos testes TC6 e 4 Metre Gait Speed (4MGS). Dados como espessura, velocidade de contração e mobilidade diafragmática foi coletada por meio de ultrassonografia cinesiológica. **Resultados:** Um total de 50 indivíduos (56% do sexo feminino, idade de 64 ± 9 anos, IMC de $27 \pm 6 \text{ kg/m}^2$ e VEF1: $60 \pm 17\%$). As comparações entre os grupos (GOLD 1-2, n. 32 vs. GOLD 3-4, n. 18) mostraram VVM ($78,7, \pm 27,7$ vs. $53,4; \pm 18,6$; $p=0,003$) e PImax ($-86,5 (-100, -60)$ vs. $-60 (-70, -50)$; $p=0,020$) nos grupos mais graves. Além disso, na amostra geral, foram observadas correlações entre VVM (L/min) e VEF1 ($r=0,822$; $p<0,001$), DLCO ($r=0,573$; $p=0,003$), TC6 ($r=0,59$; $p<0,001$), 4MGS ($r=0,36$; $p=0,032$), PImax ($r=-0,71$; $p<0,001$), PEmax ($r=0,52$; $p=0,001$), CAT ($r=-0,33$; $p=0,037$), SGRQ total (%) ($r=-0,421$; $p=0,018$); BDI ($r=0,572$; $p<0,001$), mMRC ($r=-0,373$; $p=0,019$) e músculo vasto medial ($r=0,418$; $p=0,007$). **Conclusões:** A VVM é uma ferramenta capaz de mensurar a resistência à fadiga e a tolerância ao esforço submáximo em indivíduos com DPOC.

- 514 **COLA-6: UM NOVO QUESTIONÁRIO DE “CASE-FINDING” PARA DPOC NO BRASIL**
LEONARDI, N T , SCHAFER-SEGUNDO, N S , KABBACH, E Z , ROLIM, J V , CRUZ, N C R , SILVA, M M C ,
FRANCO, F J B Z , OHARA, D G , CASTELLO-SIMÕES, V , SIDDHARTHAN, T , HURST, J R , MENDES, RG
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar - São Carlos - São Paulo - Brasil

Introdução: O subdiagnóstico da DPOC é um desafio global, especialmente em países de baixa e média renda, como o Brasil, aumentando a carga da doença. Nesse contexto, o questionário de “case-finding” “Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Low- and Middle-Income Countries Assessment” (COLA-6) foi traduzido e adaptado para a população brasileira. Apesar de já demonstrar validade e boa acurácia discriminativa em outros países, seu desempenho ainda não foi testado no Brasil. **Objetivos:** Avaliar a acurácia discriminativa do COLA-6 para identificar indivíduos com risco de DPOC na população brasileira. **Métodos:** Estudo observacional multicêntrico que incluiu 175 indivíduos, sendo 66 com diagnóstico confirmado de DPOC pela espirometria e 109 sem DPOC, mas com histórico de exposição a fatores de risco. O COLA-6 é composto por três partes: 1) seis perguntas relacionadas a sintomas e fatores de risco; 2) idade; e 3) pico de fluxo expiratório (PFE). A pontuação varia de 0 a 9, sendo que valores mais altos indicam maior risco de DPOC. Além disso, foram avaliados dados sociodemográficos e clínicos, como IMC, estado civil, escolaridade, tabagismo, renda, exacerbações e hospitalizações, e os sintomas foram avaliados pelo “COPD Airways Assessment Test (CAAT)” e pelo “modified Medical Research Council” (mMRC). A acurácia discriminativa foi analisada por meio da curva ROC, comparando o COLA-6 com a espirometria. Sensibilidade (SN) e especificidade (SP) foram calculadas para identificar pontos de corte. **Resultados:** Indivíduos com DPOC eram mais velhos ($67,5 \pm 10,1$ vs. $62,9 \pm 10,2$ anos; $p = 0,01$), apresentavam menor IMC ($25,9 \pm 6,0$ vs. $28,5 \pm 6,5$ kg/m²; $p < 0,01$) e relataram mais sintomas e maior impacto da doença, conforme indicado pelo CAAT ($19,0 \pm 8,7$ vs. $16 \pm 9,6$; $p = 0,03$). A área sob a curva ROC foi de 0,751 (IC95%: 0,676–0,826; $p < 0,001$). No entanto, ao analisar o COLA-6 sem o PFE, a área sob a curva ROC diminuiu para 0,69 (IC 95%: 0,61–0,77), indicando um desempenho inferior em comparação com a versão completa do COLA-6. Para ponto de corte COLA-6 >5 : SN = 73% e SP = 64%; e para ponto de corte ≥ 4 : SN = 77% e SP = 51%. **Conclusões:** O COLA-6 demonstrou boa acurácia discriminativa para identificar indivíduos com risco de DPOC na população brasileira. Um ponto de corte >5 pode ser considerado adequado para identificar precocemente esses indivíduos e encaminhá-los para confirmação diagnóstica e tratamento oportuno. Estudos adicionais são necessários para avaliar sua aplicabilidade e impacto clínico no Brasil. Apoio financeiro: CNPq (408891/2021-1) e CAPES (Código 001).

- 540 **AValiação Integrada da Função Pulmonar no Paciente DPOC GOLD E: ACHADOS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BAIXA DOSE E ESPIROMETRIA**
FERREIRA, R A , SANTOS, M K , MARANGONI, E , ARRUDA, K A
Universidade de São Paulo - Bauru - São Paulo - Brasil

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade global, caracterizada por inflamação crônica e obstrução do fluxo de ar, geralmente associada ao tabagismo. O diagnóstico da DPOC se baseia na avaliação clínica e funcional, principalmente através da espirometria, que mede o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a capacidade vital forçada (CVF). No entanto, a espirometria apresenta limitações, como na detecção de alterações precoces e a dependência da colaboração do paciente. A tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD), oferece uma avaliação detalhada da estrutura pulmonar, permitindo a identificação de alterações patológicas que podem não ser evidentes na espirometria. A justificativa desse estudo é de contribuir para um diagnóstico mais preciso da DPOC e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes, melhorando o prognóstico dos pacientes, que consideram tanto a função pulmonar quanto às alterações estruturais subjacentes. **Objetivos:** Descrever os principais achados espirométricos e tomográficos em pacientes com DPOC GOLD E, apresentando resultados parciais. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, conduzido com pacientes com DPOC submetidos a espirometria e TCBD. Estão participando do estudo pacientes que foram internados na enfermaria do Hospital das Clínicas de Bauru, por exacerbação do DPOC, clinicamente estáveis, com capacidade de compreensão para os testes e que aceitaram participar do estudo. Foram realizados exames de espirometria e TCBD. A espirometria foi realizada por um profissional qualificado, inicialmente em condição basal e novamente 15 minutos após o uso de broncodilatador. A tomografia foi realizada utilizando o protocolo de baixa dose para minimizar a exposição à radiação. Para análise dos dados foram consideradas variáveis: idade, sexo, carga tabágica, volume e índice de enfisema, densidade média pulmonar e parâmetros espirométricos. Os dados foram apresentados em média, mediana, e intervalo interquartil (IQR). **Resultados:** Foram incluídos 22 pacientes, 11 homens e 11 mulheres, idade média da amostra foi de $69,6 \pm 7,9$ anos, evidenciando predomínio de indivíduos idosos. A carga tabágica apresentou mediana de 52,5 maços-ano (IQR 24,3), com grande variabilidade entre os pacientes, variando de 18 a 160 maços-ano. Na avaliação tomográfica, o volume de enfisema apresentou mediana de 224 mL (IQR 510,2), enquanto o índice de enfisema foi de 3% (IQR 7,3). A densidade pulmonar média foi de $-769,9 \pm 73,6$ UH. Na espirometria, observou-se redução dos parâmetros ventilatórios. O VEF1 médio foi de $54,6 \pm 19,5\%$ do previsto, enquanto a CVF média foi de $74,7 \pm 17,5\%$. O FEF 25-75% apresentou média de $25,1 \pm 16,6\%$, confirmando limitação ventilatória significativa e padrão obstrutivo compatível com DPOC. **Conclusões:** Os achados preliminares demonstram alterações funcionais, estruturais consistentes com o fenótipo obstrutivo, enfisematoso assim como perfil de pacientes com importante exposição tabágica.

441 **IMPACTO DO DUPILUMAB NO MANEJO DA DPOC COM PERFIL INFLAMATÓRIO TIPO 2: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

JELEZOGLO BARUFFI, A, LAZARINI, A, VILELA SOARES OSHIRO, A J, FEITOZA DOS SANTOS, V, SILVEIRA LAPA, M, TONIOLI, L P, FISS, E, FERREIRA ROCHA, M, FERRARI, V

Centro Universitário da Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - São Paulo - Brasil

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade progressiva e heterogênea, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes, resultantes de alterações estruturais nas vias aéreas. Dentre os diferentes fenótipos inflamatórios associados à DPOC, destaca-se a inflamação tipo 2, mediada por linfócitos Th2 e marcada pela liberação de citocinas como IL-4, IL-5 e IL-13, além do aumento de eosinófilos na circulação sanguínea. O Dupilumab, um anticorpo monoclonal humano, atua como antagonista do receptor compartilhado das interleucinas 4 e 13, bloqueando a cascata inflamatória tipo 2. **Objetivos:** O presente estudo propõe uma revisão sistemática da literatura para reunir e analisar criticamente as evidências sobre a eficácia e a segurança do Dupilumab em pacientes com DPOC com padrão inflamatório tipo 2, buscando aprofundar a compreensão de seu potencial no tratamento individualizado e fornecer base científica para orientações clínicas específicas. **Métodos:** Esta revisão foi conduzida conforme o protocolo PRISMA, com buscas estruturadas em PubMed, Cochrane Library e LILACS. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados publicados nos últimos cinco anos, em inglês, português ou espanhol, envolvendo pacientes adultos com DPOC e inflamação tipo 2, em uso de terapia padrão otimizada (ICS/LABA/LAMA). A questão de pesquisa foi estruturada de acordo com a estratégia PICO, considerando como população pacientes adultos com DPOC e eosinofilia sanguínea e >300 células/ μ L, como intervenção o uso do Dupilumab em associação à terapia padrão, como comparador a terapia padrão isolada ou placebo e, como desfechos, a taxa anual de exacerbações moderadas ou graves, a variação da função pulmonar (VEF), a qualidade de vida medida por instrumentos validados (SGRQ e E-RS:COPD) e o perfil de segurança. O processo de seleção ocorreu em quatro fases: remoção de duplicatas, triagem por títulos, leitura de resumos e análise integral dos textos elegíveis. **Resultados:** A busca identificou 151 estudos, dos quais apenas dois preencheram os critérios de inclusão: os ensaios BOREAS e NOTUS. O BOREAS demonstrou redução de 30% na taxa anual de exacerbações moderadas ou graves com Dupilumab (0,78 eventos/paciente/ano) em comparação ao placebo (1,1), além de ganho médio de 83 mL no VEF1 após 52 semanas. O NOTUS avaliou sintomas e qualidade de vida, mostrando redução média de 10 pontos no SGRQ e de 2,6 pontos no E-RS:COPD, ambos superiores ao placebo, além de aumento médio de 90 mL no VEF1. Em ambos os estudos, o perfil de segurança foi semelhante ao placebo, com eventos adversos leves predominando, como IVAS e reações locais. **Conclusões:** O Dupilumab mostrou eficácia e segurança como terapia adjuvante na DPOC com inflamação tipo 2, reduzindo exacerbações e melhorando função pulmonar e qualidade de vida, embora estudos mais longos e abrangentes ainda sejam necessários.

458 **RELAÇÃO ENTRE A MOTIVAÇÃO PARA O EXERCÍCIO FÍSICO, CAPACIDADE FUNCIONAL E SINTOMATOLOGIA EM INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS POR EXACERBAÇÃO DA DPOC: ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL**

FERNANDES DA SILVA, C L, OLIVEIRA KAWAKAMI, D M D O K, GUIMARÃES DE ARAÚJO, G H, SALUM MANSANO, J, MARQUES DE FREITAS, I M, COLUCCI, M G, GOMES MENDONÇA, L, AMORIM PIRES DI LORENZO, V, KARLOH, M, SOUZA SCHAFHAUSER, N, GONÇALVES MENDES, R

UFSCar - São Carlos - São Paulo - Brasil

Introdução: Períodos de exacerbação da DPOC (EDPOC) comprometem ainda mais a função pulmonar, aumentam a sintomatologia, elevam o risco de hospitalização e reduzem significativamente a qualidade de vida. Tais episódios estão frequentemente associados à disfunção muscular periférica e à intolerância ao exercício, afetando negativamente a funcionalidade dos pacientes. A atividade física é um componente essencial da reabilitação pulmonar, mas sua adesão está diretamente relacionada ao nível de motivação do indivíduo. Assim, compreender os fatores que influenciam a autodeterminação para a prática de exercícios físicos é fundamental para o sucesso das estratégias reabilitadoras. **Objetivos:** Investigar a associação entre o nível de motivação para a prática de atividade física com a capacidade funcional e sintomatologia em indivíduos hospitalizados por EDPOC. **Métodos:** Estudo observacional transversal conduzido com pacientes internados por EDPOC em hospitais parceiros. As avaliações foram realizadas no período pré-alta hospitalar. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2 (BREQ-2) para avaliação da motivação para atividade física, que abrange cinco domínios: desmotivação, regulação externa, regulação introjetada, regulação identificada e regulação intrínseca; Duke Activity Status Index (DASI) para estimativa da capacidade funcional; e COPD Assessment Test (CAT) e Modified Medical Research Council (mMRC) para mensuração da sintomatologia. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS, utilizando correlações de Spearman. **Resultados:** Participaram do estudo 29 pacientes, sendo 19 mulheres (65,5%), média de idade de 64 ± 8 anos. A maioria GOLD 2 – 35,7% e VEF1% previsto de $43,5 \pm 18,9\%$. Os indivíduos eram altamente sintomáticos, com CAT médio de $21/ \pm 9$ e mMRC mediana de 2 [1–3], apresentavam capacidade funcional moderada, com DASI médio de $29/ \pm 13$, e níveis moderados de motivação autodeterminada para atividade física, com BREQ-2 médio de $7/ \pm 6$. Identificou-se correlação positiva significativa entre a capacidade funcional (DASI) e a regulação intrínseca da motivação (BREQ-2) ($r = 0,48$; $p < 0,01$). Não houve associação da motivação com a sintomatologia. **Conclusões:** Em indivíduos hospitalizados por EDPOC, níveis mais elevados de motivação (intrínseca) para atividade física estão associados a melhor capacidade funcional sem associação com a sintomatologia. Esses achados reforçam a importância de estratégias que promovam a motivação autodeterminada como parte integrante da reabilitação pulmonar, visando maior engajamento na atividade física e melhores desfechos clínicos após a alta hospitalar.

Introdução: A DPOC é uma doença respiratória associada a múltiplas comorbidades, como a DRGE, que pode agravar sintomas e impactar a qualidade de vida. Evidências sugerem que DRGE contribui para maior carga sintomática e pior controle clínico na DPOC. **Objetivos:** Avaliar se existe relação entre refluxo gastroesofágico com piora dos sintomas em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica em uma amostra ambulatorial em pacientes atendidos em um serviço especializado em Pneumologia. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, com 49 pacientes com DPOC confirmada por espirometria, atendidos no ambulatório de pneumologia do IAMSPE, em São Paulo, entre agosto e outubro de 2024. Todos foram submetidos à avaliação clínica e funcional, incluindo histórico ocupacional, domiciliar, comorbidades, exacerbações e função pulmonar. As variáveis analisadas incluíram idade, sexo, tabagismo, exposição à biomassa (tempo e tipo), VEF1 pós-BD e número de exacerbações. As análises estatísticas (SPSS26) incluíram testes t de Student, Qui-quadrado, Fisher, e correlações de Pearson ou Spearman, considerando p < 0,05 como significativo. Aprovado pelo CEP da instituição (Nº do Parecer: 6.238.210). **Resultados:** A amostra foi composta por 49 pacientes com DPOC, majoritariamente do sexo masculino (57,1%) e com idade entre 60 e 85 anos (93,9%). Em relação à escolaridade, predominaram ensino fundamental e médio completos (38,8% cada). A maioria não residia em área rural (63,3%) e apresentava elevada exposição a fatores ambientais e ocupacionais. Os resultados deste estudo demonstram uma associação significativa entre a presença de DRGE e a piora dos sintomas respiratórios em pacientes com DPOC, refletida pelos escores mais elevados no CAT ($12,8 \pm 6,7$ vs. $7,7 \pm 7,5$; $p = 0,010$). Esse achado sugere que a DRGE impacta negativamente a qualidade de vida desses pacientes, possivelmente devido a mecanismos como microaspiração de conteúdo gástrico, aumento da inflamação das vias aéreas e exacerbação dos sintomas respiratórios. Dentre as diversas comorbidades avaliadas (DRGE, SAHOS, Ansiedade, Câncer, ICC, Depressão, DAC, FA, AVC, DM) apenas a DRGE apresentou influência estatisticamente relevante no CAT, reforçando sua relevância clínica no contexto do DPOC. **Conclusões:** Houve associação entre a presença de DRGE e a piora dos escores de sintomas em pacientes com DPOC. Esse achado pode estar relacionado ao agravamento dos sintomas noturnos, frequente em ambas as condições, além de mecanismos como aspiração de conteúdo gástrico, aumento da inflamação das vias aéreas e maior predisposição à exacerbação dos sintomas respiratórios. A identificação e o manejo adequado da DRGE tornam-se estratégias relevantes para o controle dos sintomas e melhorar a qualidade de vida.

função pulmonar (trabalho original)

294 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA EM USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

GONÇALES, V , COSTA, B S , HOLOUKA, G , RIOS, G R , MORAIS, J W D , FRANCO, E A T , XAVIER, F V F , BRIZOLA, L F P , SANTOS, M S C D , CALLEGARI, M A , PRUDENTE, R A , TANNI, S E

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: Diante da prevalência das doenças respiratórias crônicas (DRC), a oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) destaca-se como uma opção de tratamento para suporte respiratório em indivíduos com hipoxemia grave. Contudo, fatores como a progressão da doença de base, idade avançada, e comorbidades podem influenciar negativamente nos desfechos clínicos. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida, dispneia e sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com DRC em uso de ODP após seis meses de acompanhamento. **Métodos:** Estudo observacional longitudinal retrospectivo com adultos acompanhados no ambulatório de ODP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu entre 01/2022 e 12/2024, com diagnóstico de DRC, estabilidade clínica, uso de ODP e 15h/dia ao menos por seis meses. Após aprovação ética, foram realizadas consultas em prontuário para avaliação da história médica pregressa e considerada a data da primeira prescrição de ODP como momento basal e, a última consulta após seis meses, como momento final. Foram coletados dados relacionados à gasometria arterial em ar ambiente para avaliação da oxigenação e aos seguintes instrumentos: Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ) para avaliação da qualidade de vida, Medical Research Council modificado (mMRC) e Baseline Dyspnea Index (BDI) para mensuração da dispneia e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para sintomas de ansiedade e depressão. **Resultados:** Foram incluídos 71 indivíduos (76% mulheres, $66,9 \pm 11,2$ anos), tempo mediano de ODP de 18 (12-27) meses com 78,9% com prescrição de oxigênio 24h/dia. A DRC mais prevalentes foi a DPOC (60,6%). Com exceção do escore de ansiedade – que foi maior no momento final [$2,41 \pm 3,05$ vs. $6,27 \pm 3,72$, $p < 0,001$] – não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas demais variáveis analisadas, inclusive em relação à hipoxemia [PaO_2 : $51,1 \pm 8,57$ vs. $51,2 \pm 9,87$, $p = 0,957$]. Contudo, observou-se forte correlação entre o SGRQ total e mMRC ($r = 0,797$; $p < 0,001$), BDI ($r = -0,729$; $p < 0,001$), HADS-A ($r = 0,493$; $p = 0,002$) e HADS-D ($r = 0,322$; $p = 0,049$). Não houve correlação estatisticamente significativa entre SGRQ e PaO_2 . **Conclusões:** Não foram encontradas variações significativas após seis meses de seguimento nas variáveis analisadas, sugerindo que, embora a troca respiratória tenha se mantido estável, a melhora sintomática pode exigir mais tempo que o analisado, inclusive para controle de outros determinantes não avaliados em nossa amostra. Além disso, observa-se maior impacto na qualidade de vida em decorrência dos sintomas apresentados que na troca respiratória propriamente dita, evidenciando a necessidade do manejo dos sintomas nesses indivíduos.

479 **PAPEL DO PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA DURANTE EXACERBAÇÃO INFECCIOSA: ESTUDO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO**

LOVATO, P G , ALENCAR, A L D , BARRICO, G , VERNIER ANTUNES CETLIN, A D C
USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: O Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (VEF₁) é utilizado para monitorar função pulmonar, enquanto pico de fluxo expiratório (PFE) surge como alternativa podendo ser útil especialmente durante exacerbações respiratórias (ER). A correlação entre PFE e VEF₁ está melhor estabelecida em asmáticos, podendo também contribuir para avaliação de gravidade da obstrução nas pessoas vivendo com fibrose cística (PvFC), quando a espirometria não está disponível. **Objetivos:** Descrever o PFE em PvFC durante exacerbações respiratórias e avaliar correlação com o VEF. **Métodos:** Estudo observacional prospectivo em andamento, em PvFC. Participantes são >18 anos, ambos os sexos, acompanhados em centro de hospital terciário. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos primeiros dias da ER (DI) e após 30 dias do início da ER (D30) foram coletados o PFE, através do medidor de pico de fluxo (Mini Wright Peak Flow Meter - Clement Clarke International Ltda.) e medida do VEF obtida pela espirometria utilizando o espirômetro eletrônico (Koko - nSpire Health). Utilizou-se para a análise o software R (versão 4.4.1), calculando medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). A correlação entre PFE e VEF foi avaliada pelo coeficiente de Pearson e o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. **Resultados:** Oito PvFC apresentaram exacerbação e se voluntariaram a participar do estudo. A maioria era do sexo masculino (87,5%, $n = 7$) e autodeclarada branca (87,5%, $n = 7$). A idade média foi de 29,5 anos ($\pm 12,7$), indicando uma concentração de indivíduos mais jovens na amostra. Durante a exacerbação, os valores médios de função pulmonar foram de 42,0% do previsto ($\pm 21,1$) para o VEF e 297,5 L/min ($\pm 151,4$) para o PFE. Após o tratamento, observou-se melhora clínica, com VEF médio de 52,6% ($\pm 27,3$) e PFE médio de 388,8 L/min ($\pm 182,2$). O incremento médio foi de 10,6 pontos percentuais no VEF e 91,3 L/min no PFE. A análise de correlação de Pearson demonstrou correlação forte entre VEF e PFE durante a exacerbação ($r = 0,83$, $p = 0,0108$; IC 95%: 0,30–0,97) e muito forte após o tratamento ($r = 0,91$, $p = 0,0016$; IC 95%: 0,58–0,98). A média indica a tendência central dos dados, enquanto os elevados desvios padrão refletem variabilidade individual na resposta ao tratamento. **Conclusões:** O PFE apresenta-se como uma metodologia de fácil aplicação, compreensão e acesso, sendo uma ferramenta potencialmente útil para acompanhamento de exacerbações em PvFC. Este estudo encontra limitações, principalmente devido ao pequeno número de participantes, reflexo da raridade da doença e da redução no número de exacerbações associadas ao uso de moduladores da CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator). Novas investigações com amostras maiores são necessárias para aprofundar a avaliação do papel do PFE nesse contexto.

421 **IMPACTO DO USO DE VAPE SOBRE PARÂMETROS CARDIORESPIRATÓRIOS E METABÓLICOS EM ESTUDANTES DE MEDICINA**

FELIX SILVA, A L C , SANTA LUCC, P A A D B , FAGUNDES, T T D S , ROSA FILHO, A S , OLIVEIRA, T L
Universidade Municipal de São Caetano do Sul - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: O uso de Dispositivos Eletrônicos de Entrega de Nicotina (DEEN), como os cigarros eletrônicos ou vaporizadores (vape), tem aumentado significativamente, especialmente entre jovens e universitários, representando uma mudança nas formas de consumo de nicotina. Embora esses dispositivos sejam frequentemente promovidos, de forma equivocada, como alternativas menos prejudiciais ao cigarro tradicional, seus efeitos patogênicos sobre a saúde humana ainda não são pouco compreendidos, sobretudo seu impacto sobre os sistemas cardiorrespiratório e metabólico. **Objetivos:** Avaliar os efeitos do uso do vape sobre parâmetros cardiorrespiratórios e metabólicos em estudantes de medicina. **Métodos:** Estudo aprovado pelo CEP (CAAE 79902524.1.0000.5510) e todos os voluntários concordaram e assinaram o TCLE. Foi adotado um delineamento transversal e descritivo, em que os participantes da pesquisa foram separados em dois grupos: usuários de vape (VAP) e não fumantes (CTR). A coleta inicial de dados foi realizada por meio de questionários, como o Teste de Fagerstrom adaptado e o Questionário Global de Atividade Física. Em seguida, foi realizada uma série de exames clínicos e funcionais como: antropometria, bioimpedância, temperatura axilar, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio, eletrocardiograma (ECG), manovacuometria e espirometria (pré e pós-broncodilatador). Os resultados foram expressos como média $\pm$ DP e comparados com teste t-Student não pareado ($p < 0,05$). **Resultados:** O estudo envolveu 30 estudantes de medicina separados em CTR; $n=15$ e VAP; $n=15$. A faixa etária média foi semelhante entre os grupos (CTR: $21,4 \pm 2,6$ e VAP: $22,2 \pm 3,9$ anos). Em relação ao sexo, predominou o gênero feminino em ambos os grupos (CTR: 73,3% e VAP: 86,7%). Quanto ao uso do vape, 33,3% dos usuários começaram há cerca de 2 anos e em 66,7% relataram que utilizam o dispositivo diariamente. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação aos parâmetros metabólicos, ECG e manovacuometria. No entanto, os resultados da espirometria mostraram que o grupo VAP apresentou redução da variação da Capacidade Vital Forçada (CVF) pós-BD em relação a CVF pré-BD (CTR: $0,027 \pm 0,08$ e VAP: $-0,034 \pm 0,08$ L; $p=0,038$). Além disso, o Pico de Fluxo Expiratório (PFE) pré-BD foi significativamente menor no grupo VAP em relação aos valores preditos, quando comparado ao grupo CTR (CTR: $-0,67 \pm 1,3$ e VAP: $-1,79 \pm 1,3$ L/s; $p=0,029$). **Conclusões:** A redução da variação da CVF pós-BD e a diminuição do PFE nos usuários de vape indicam uma resposta deficiente das vias aéreas ao BD, sugerindo a presença de alterações funcionais nas vias aéreas, como obstrução e limitação ao fluxo de ar.

536 **AValiação populacional da resposta ao broncodilatador: comparação entre critérios da SBPT e da ERS em pacientes submetidos à espirometria**
ISHIZAKI, T, WARD LEITE, G, PEREIRA DE ALBUQUERQUE, A L

Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR) / Rede D'Or, São Paulo, Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A prova broncodilatadora (PBD) é etapa fundamental da espirometria, auxiliando na diferenciação entre doenças obstrutivas reversíveis, como a asma, e condições irreversíveis, como a DPOC. Além do papel diagnóstico, contribui para definição de fenótipos, avaliação de gravidade e decisão terapêutica. Não há, entretanto, consenso internacional sobre os critérios que definem resposta significativa. A European Respiratory Society (ERS) e a American Thoracic Society (ATS) recomendam um critério único: aumento $\geq 10\%$ do valor previsto em relação ao basal. Já a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) adota limiares baseados na variação percentual em relação ao valor previsto: $\geq 7\%$ para indivíduos com espirometria alterada e $\geq 10\%$ para aqueles com valores normais. O uso da classificação da SBPT implicaria na seleção de pacientes adicionais, comparada a classificação ERS/ATS. Essa diferença poderia resultar em perfis distintos de pacientes, com impacto no diagnóstico, manejo clínico e elegibilidade terapêutica. **Objetivos:** Principal: Comparar pacientes com resposta ao broncodilatador segundo os critérios da SBPT e da ERS. Secundários: Avaliar a concordância entre os dois critérios; **Métodos:** Estudo observacional, transversal, incluindo 207 indivíduos consecutivos submetidos à espirometria com resposta na PBD em serviço de função pulmonar da Rede D'Or (maio-julho/2025). Critérios de inclusão: idade ≥ 5 anos; exames com manobras aceitáveis e reprodutíveis, incluindo PBD completa. Critérios de exclusão: doenças restritivas isoladas; exames incompletos ou tecnicamente inadequados. Definições de resposta: SBPT (2024): • Espirometria alterada: aumento $\geq 7\%$ do previsto em VEF1 e/ou CVF. • Espirometria normal: aumento $\geq 10\%$ do previsto. ERS/ATS (2019-2022): aumento $\geq 10\%$ do previsto em relação ao basal no VEF1 e/ou CVF. **Resultados:** O critério da SBPT resultou na seleção adicional de 64 pacientes, ampliando o número de indivíduos respondedores ao BD de 143 para 207 pacientes (44,7% de aumento), caso fosse aplicado o critério ATS/ERS. Quanto às comorbidades, a prevalência de asma foi próxima entre os grupos (48,4% vs 51,8%; $p=0,66$), enquanto DPOC foi numericamente mais frequente no grupo SBPT (15,6% vs 9,1%; $p=0,17$). O grupo SBPT mostrou maior obstrução basal, com relação VEF1/CVF mais baixa (0,69 vs 0,73; $p=0,046$) e maior proporção de padrão obstrutivo (84,4% vs 61,5%; $p=0,001$). Em termos de características individuais, o grupo SBPT apresentou maior proporção de homens (62,5% vs 42,0%; $p=0,0006$) e tendência a maior estatura (168 cm vs 164 cm; $p=0,061$). Idade média, peso e escore de dispneia foram semelhantes. **Conclusões:** Embora haja ampla sobreposição com o critério ATS/ERS, o critério da SBPT identificou um subgrupo adicional de pacientes. Mantendo a seleção de pacientes asmáticos e maior prevalência de DPOC, além de identificar limitação ventilatória obstrutiva basal mais acentuada. Sugerindo ampliação da detecção de resposta ao BD em indivíduos asmáticos e DPOC e com obstrução significativa.

334 **ESTRATIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DO DISTÚRPIO VENTILATÓRIO RESTRITIVO (% DO PREVISTO VERSUS ESCORES Z) E SUA ASSOCIAÇÃO COM A MORTALIDADE NO BRASIL**
LUZ, L C, BAPTISTA, A D S L, RODRIGUES, S C S

IAMSPE - SP - São Paulo - Brasil

Introdução: O distúrbio ventilatório restritivo (DVR) é definido pela redução da capacidade pulmonar total (CPT) abaixo do limite inferior da normalidade (LIN). A diretriz da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia de 2024 recomenda graduar o DVR pela capacidade vital forçada (CVF), expressa em porcentagem do valor previsto da equação brasileira de 2007 (CVF%p-BR). Já a diretriz da European Respiratory Society e American Thoracic Society de 2022 propõe uso do escore Z do volume expiratório forçado no 1º segundo da equação da Global Lung Function Initiative de 2012 (VEF1-Z-GLI). Para nosso conhecimento, não há trabalhos comparando a classificação do DVR pela CVF%p-BR em relação ao escore Z calculado pela equação brasileira ou pela equação GLI. **Objetivos:** Comparar os métodos de classificação da gravidade do DVR pela CVF%p-BR versus VEF1-Z e CVF-Z pelas equações Brasil e GLI. Secundariamente, comparar dados clínicos e funcionais entre os grupos definidos pela CVF%p-BR e avaliar risco de mortalidade pelas diferentes classificações do DVR. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e retrospectivo que incluiu adultos com DVR (CPT<LIN) submetidos à espirometria e pletismografia entre 01/2018 e 11/2024. Casos com distúrbio ventilatório obstrutivo foram excluídos. A gravidade do DVR foi avaliada por 6 métodos: CVF%p-BR (padrão-ouro), CVF-Z-BR, VEF1-Z-BR, CVF-Z-GLI, VEF1-Z-GLI e CVF%p-GLI. A concordância entre métodos foi avaliada pelo Kappa. Variáveis clínicas, funcionais e demográficas foram comparadas entre as graduações do DVR pela CVF%p-BR, utilizando-se ANOVA/Kruskal-Wallis (variáveis numéricas) e qui-quadrado (categóricas). Modelos de regressão logística binária (ajustados e não ajustados) e curvas ROC foram aplicados para predição de mortalidade. Adotou-se $p<0,05$ como nível de significância. Todos os participantes foram contactados para conhecimento do TCLE e quando não foi possível o contato ou não houve resposta, foi preenchido o TCUD. O estudo foi aprovado pelo CEP da instituição - IRB 7.243.696. **Resultados:** Foram incluídos 474 participantes com DVR: 66% leve, 24% moderado e 9,4% acentuado pela CVF%p-BR. Essa classificação associou-se com variáveis clínico-funcionais, como redução progressiva de volumes pulmonares, da difusão pulmonar, resistência específica das vias aéreas, escores Z mais negativos, maior VEF1/CVF e maior frequência de doença pulmonar intersticial. Apenas a CVF-Z-BR apresentou concordância alta com a CVF%p-BR (Kappa=0,792); os métodos GLI apresentaram baixa concordância, especialmente o VEF1-Z-GLI (Kappa=0,166). A CVF%p-BR teve maior poder discriminativo para mortalidade, com significância estatística em todos os modelos e maior área sob a curva ROC (AUC = 0,617) em comparação aos demais métodos. **Conclusões:** As classificações baseadas em escores Z tendem a subestimar a gravidade do DVR e apresentam menor desempenho discriminativo para mortalidade em comparação à CVF% prevista pela equação brasileira de 2007.

394 **DEFINIÇÃO E GRADUAÇÃO DE DISTÚRBIOS VENTILATÓRIOS NA ESPIROMETRIA: LIMITE FIXO VERSUS LIMITE INFERIOR DA NORMALIDADE E ESCORE Z VERSUS PORCENTAGEM DO PREVISTO**
BAPTISTA, A D S L , LUZ, L C , RODRIGUES, S C S
IAMSPE - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia 2024 (SBPT) recomenda o uso do limite inferior da normalidade (LIN), derivado da equação brasileira de valores previstos para espirometria de 2007 (BR-2007), para interpretação dos distúrbios ventilatórios. Em contraste, a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2025 (GOLD) define o distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) pelo limite fixo (LF) - razão VEF/CVF <0,70 pós-broncodilatador; ainda persiste a prática de considerar anormais os valores de CVF ou VEF <80% do previsto. Quanto à classificação de gravidade, a European Respiratory Society/American Thoracic Society 2022 recomenda graduar o DVO e o distúrbio ventilatório restritivo (DVR) pelo escore z do VEF (VEF -z), enquanto a SBPT orienta utilizar o VEF e a CVF em porcentagem do previsto (VEF %-pBR e CVF%-pBR, respectivamente). Até o momento, no Brasil, não foi avaliado o impacto do uso do LIN ou do LF para interpretação da espirometria, nem das diferentes formas de classificação de gravidade pelo escore z ou pela porcentagem do previsto da equação BR-2007. **Objetivos:** Comparar a definição dos distúrbios espirométricos pelo LF — VEF/CVF <0,70, VEF %-pBR <80% e CVF%-pBR <80% — e pelo LIN da equação BR-2007, além de avaliar a classificação de gravidade dos distúrbios segundo os critérios da ERS/ATS (escore z) e da SBPT (% do previsto). **Métodos:** Estudo observacional, transversal e retrospectivo, incluindo adultos com espirometrias realizadas entre 01/2014 e 11/2024. Kappa foi utilizado para comparar a definição dos distúrbios (LF ou LIN da equação BR-2007) e para avaliar a concordância da graduação de gravidade do DVO e do DVR (% previsto versus escore z). O teste t de uma amostra foi empregado para comparar as médias dos limites inferiores da razão VEF/CVF, CVF e VEF em relação aos seus valores de referência. Foi realizado o contato com os participantes para assinatura de TCLE e na ausência de resposta, foi preenchido o TCUD. Aprovação do IRB: N° 7.243.697. **Resultados:** Foram analisadas 3.313 espirometrias. Apesar da concordância global entre LF e LIN ter sido alta (Kappa=0,802), ela foi menor nos extremos de idade (<40 anos: 0,668; >80 anos: 0,719). Quanto à estatura, observou-se discrepâncias do LIN em % do previsto: nas menores estaturas (<150 cm), 100% dos casos apresentaram CVF-LIN <80% e VEF-LIN <80%, com apenas 17% exibindo VEF/CVF <0,70; no extremo oposto (≥180 cm), CVF-LIN <80% foi observado em 0%, VEF-LIN <80% em 40% e VEF/CVF <0,70 em 71% dos casos. A concordância para graduação da gravidade foi substancial entre VEF%-pBR e VEF-z para o DVO (Kappa=0,681) e moderada entre CVF%-pBR e VEF -z para o DVR (Kappa=0,592). **Conclusões:** O uso do limite fixo para definição de anormalidades pode levar a interpretações incorretas na espirometria, especialmente em determinadas combinações de sexo, idade e estatura. Da mesma forma, a escolha entre escore z e porcentagem do previsto impacta a acurácia na classificação da gravidade dos distúrbios ventilatórios.

477 **ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E OBSTRUÇÃO DE PEQUENAS VIAS AÉREAS DEFINIDA POR FEF 25–75% < LIN E DO VALOR PREDITO EM PACIENTES COM ESPIROMETRIA NORMAL NO PROJETO INSPIRE.**
FUCUTA DE MORAES, M L , MEIRA SACARDO, G , DOSSI SOZA, J V , FOLETO BRAIT, A B , GAZOLA DUSSO, H , LOPES TORRES, L , PEREIRA BRIZOLA, L F , PRUDENTE, R A , MORI, V , APARECIDA THOMÉ FRANCO, E , SHINTAKU, D N , TANNI, S E
FMB - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: O Programa INSPIRE é uma iniciativa multidisciplinar voltada ao rastreamento de doenças respiratórias crônicas, conectando a atenção primária e os serviços especializados de saúde. Tem como objetivo promover a prevenção, diagnóstico e tratamento da população residente no interior de São Paulo. Alterações nas pequenas vias aéreas podem ocorrer com VEF, CVF e VEF /CVF normais. Estudos internacionais (SARP, SPIROMICS, BOLD) mostraram associação entre FEF25–75% reduzido e sintomas respiratórios. **Objetivos:** Testar, em pacientes tabagistas do INSPIRE com espirometria normal, se FEF 25–75% pré-broncodilação < limite inferior da normalidade (LIN) se associa a sintomas, além comparar essa definição com FEF25–75% < valor predito e normalização pós-broncodilação. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com 760 pacientes atendidos entre março de 2023 e abril de 2025. Foram incluídos tabagistas com espirometria normal, definida por VEF, CVF e VEF/CVF ≥ LIN e qualidade técnica conforme critérios ATS/ERS. Excluíram-se indivíduos com diagnóstico prévio de DPOC, asma ou outras pneumopatias. Os participantes foram avaliados quanto à presença de sintomas respiratórios e associação com alterações em relação ao FEV 25-75% em relação ao LIN e valor predito. **Resultados:** Dos 760 pacientes analisados, 172 tinham espirometria normal e ausência de doenças respiratórias. 100% eram tabagistas ou ex-tabagistas. Dentre os pacientes sintomáticos, os sintomas mais relatados eram tosse, expectoração, seguidos de dispneia e chiado. Somente 21 participantes eram assintomáticos. A prevalência de FEV 25-75% < LIN foi de 9,9% e 84% dos participantes apresentaram FEV 25-75% < valor predito, com normalização após broncodilação em 34% destes. Todos os pacientes com FEV 25-75% < LIN eram sintomáticos, com predomínio de tosse (64%) e dispneia (58,8%). **Conclusões:** Entre tabagistas com espirometria convencional normal, a redução do FEV 25-75% < LIN esteve associada à presença de sintomas respiratórios, especialmente tosse e dispneia, não sendo observada em indivíduos assintomáticos. A elevada proporção de pacientes com FEV 25-75% < LIN e valor predito, com parte normalizando após broncodilação, sugere que alterações nas pequenas vias aéreas podem estar presentes antes das mudanças detectáveis nos parâmetros clássicos da espirometria. Esses achados reforçam o papel do FEV 25-75% como possível marcador precoce de comprometimento respiratório em tabagistas, indicando a necessidade de investigação e acompanhamento mesmo em exames considerados normais.

- 377 **SINAIS DE ESPERANÇA: REDUÇÃO DE EXACERBAÇÕES PULMONARES AGUDAS EM UM CENTRO PEDIÁTRICO LOGO APÓS A INCORPORAÇÃO DE ELEXACFTOR-TEZACFTOR-IVACFTOR NO SUS.**
MELO, L C, TANAKA, S O T, ELLER, M N, VASCONCELOS, B B, BELLO, F P S, MALUF, G C, AVELINO, G H F, AUGUSTO, M C C, SILVA FILHO, L V R F

Instituto da Criança e do Adolescente HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: O uso de moduladores da proteína CFTR tem transformado o perfil das pessoas com fibrose cística (FC) em todo o mundo, e sua recente incorporação no Brasil traz o desafio de estudar seus impactos em um contexto social distinto. Nosso Centro pediátrico atende a pessoas com FC desde o diagnóstico até os 18 anos de idade. A incorporação do Elexacftor-Tezacftor-Ivacftor (ETI) ao SUS ocorreu em 2023, mas o acesso de fato só ocorreu em 2024. **Objetivos:** Analisar os dados de exacerbações pulmonares agudas de crianças e adolescentes com FC atendidos em nossa Instituição nos anos de início do uso de ETI. **Métodos:** Dados do nosso Centro depositados no Registro Brasileiro de Fibrose Cística (Rebrafc) foram extraídos. Foram incluídos na análise os dados de pacientes com fibrose cística com idade a partir de 6 anos, portadores de pelo menos uma cópia da variante F508del, referentes aos anos de seguimento de 2022 a 2024. A idade dos indivíduos foi calculada com base na data da antropometria de cada ano de seguimento. A frequência e o total de dias em tratamento de exacerbações pulmonares agudas com tratamento oral ou intravenoso (IV) foram expressos em medianas e intervalos interquartil (IIQ), e a comparação entre os períodos foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis. O número de casos de indivíduos em uso de moduladores da CFTR por período foi expresso em proporções, e as comparações entre os períodos realizadas pelo teste de qui-quadrado. As análises foram realizadas com o software SPSS 23.0, e um $\alpha < 0,05$ considerado significativo para as comparações. O projeto do Rebrafc tem aprovação do CEP e está cadastrado na Plataforma Brasil sob o CAEE: 15748619.8.1001.0068. **Resultados:** Foram analisados de 83 casos em 2022, 87 em 2023 e 84 em 2024. A proporção de casos em tratamento com ETI subiu de 7% em 2022 para 21% em 2023 e 93% em 2024. Nas análises incluindo a população como um todo nos diferentes períodos, a frequência de exacerbações pulmonares com tratamento oral foi significativamente menor em 2024 quando comparada a 2022, com redução da mediana de 2 eventos (IIQ=2) para 1 evento (IIQ=1), $p=0,006$. A mediana do total de dias em tratamento oral de exacerbações também reduziu de 31 (IIQ=25) para 14 (IIQ=18), $p<0,001$. A mediana de ocorrência de exacerbações com tratamento IV caiu de 2 eventos (IIQ=3) em 2022 para 1 evento (IIQ=1) em 2024 (diferença não significativa, $p=0,682$). A mediana do total de dias em tratamento IV foi em 14 (IIQ=32) em 2022 e 9 (IIQ=10) em 2024, $p=0,551$, NS. **Conclusões:** Os dados iniciais de nossos casos nessa análise de dados consolidados no Rebrafc indicam que o aumento de uso de ETI nessa população pediátrica, ainda que iniciado apenas no segundo semestre do ano 2024 para a maior parte dos casos, já demonstra potencial de reduzir a frequência de exacerbações pulmonares agudas, ao menos aquelas que resultaram em tratamento oral. Novas análises no próximo ano devem permitir melhor compreensão do real impacto, incluindo aspectos de nutrição, função pulmonar e microbiologia.

pneumopediatria (trabalho original)

- 293 **PSEUDO-BARTTER SYNDROME IN CYSTIC FIBROSIS: PREVALENCE, CLINICAL CHARACTERISTICS, AND PATHOPHYSIOLOGICAL INSIGHTS — A SYSTEMATIC REVIEW AND CASE SERIES**

SAFI, C, PEIXOTO, A, MARSON, F, SELICANI, L, TORO, A, BORGHI, D, RIBEIRO, J D
FCM/UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva, caracterizada por alterações multissistêmicas, que incluem complicações como a síndrome de pseudo-Bartter (SPB). Essa condição cursa com alcalose metabólica, hiponatremia e hipocalemia, podendo gerar complicações graves.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico de pessoas com FC e SPB em um centro de referência, além de comparar os achados com a literatura. **Métodos:** Foram revisados 257 prontuários de pessoas com FC, dos quais 46 (17,9%) preencheram critérios para SPB. Foram analisadas variáveis demográficas, clínicas, genéticas e laboratoriais, bem como dados sobre sazonalidade e recorrência. A revisão sistemática foi conduzida nas bases PubMed/Medline, Cochrane, Embase, Scopus e Web of Science, seguindo PRISMA.

Resultados: Entre os 46 pacientes com SPB, 67,4% eram do sexo masculino. A idade do primeiro episódio variou de 26 dias a 13 anos (mediana de quatro meses). Quase metade (47,8%) dos episódios ocorreu no verão. A variante F508del foi a mais prevalente, presente em 53,8% dos casos. Recorrência foi identificada em 15,2% dos pacientes, com predominância do sexo masculino e forte associação à presença da variante patogênica F508del. Os sintomas mais comuns foram desidratação (71,7%), tosse (30,4%) e vômitos (26,1%). Laboratorialmente, destacaram-se pH médio de 7,52, sódio de 125,78 mEq/L, potássio de 3,03 mEq/L e cloreto de 82,96 mEq/L. *Staphylococcus aureus* foi o principal patógeno isolado (67,4%). O tratamento combinou hidratação venosa (76,1%), reposição eletrolítica (67,4%) e antibioticoterapia (19,6%). A revisão sistemática englobou 41 artigos, totalizando 1.795 pessoas com FC, dos quais 209 (11,6%) apresentaram SPB, com padrão predominante em lactentes e maior incidência no verão. **Conclusões:** A SPB é uma complicação relevante na FC, mais comum em lactentes e nos meses quentes. O reconhecimento precoce, aliado ao manejo adequado, é fundamental para reduzir morbidades associadas. Este estudo reforça a importância da vigilância clínica e laboratorial nos centros de referência em FC.

282 O PAPEL DA MICROBIOTA INTESTINAL EM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS RECORRENTES EM LACTENTES

ROSOLEM, R E , PAUDA, M , ALVARENGA, A , PONCHI, I
Universidade nove de julho - Mauá - São Paulo - Brasil

Introdução: A microbiota intestinal é composta por diversas bactérias que habitam o trato gastrointestinal e desempenham papéis fundamentais para o organismo. Nos primeiros anos de vida, a colonização do intestino é influenciada por diversos fatores como tipo de parto, amamentação, uso de antibióticos e ambiente de convívio, sendo essa fase essencial para a formação de uma microbiota saudável e funcional. Os lactentes são mais vulneráveis a infecções respiratórias por apresentarem um sistema imune que ainda está em desenvolvimento.

Objetivos: Analisar a influência da microbiota intestinal para com as infecções do trato respiratório em lactentes.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática de literatura, utilizando a base de dados PubMed, com os descritores “gut microbiome”, “respiratory tract infections”, “children” e “risk factors”. Foram utilizados artigos publicados entre os anos de 2019 a 2024. Inicialmente foram identificados 10 artigos, a seleção dos estudos seguiu critérios de inclusão específicos, privilegiando artigos completos, gratuitos, publicados no período definido e diretamente relacionados ao tema dos quais 8 se adequaram aos critérios de inclusão, e após uma análise mais aprofundada os estudos excluídos foram com enfoque em adultos, crianças em idade pré-escolar, intervenções ambientais, uso exclusivo de antibióticos ou estudos que abordassem a temática de forma indireta. Após esse processo, apenas 3 estudos foram considerados adequados para compor a base da revisão sistemática.

Resultados: Os estudos selecionados mostraram o impacto da modulação da microbiota por meio de intervenções com probióticos e prebióticos, os quais apontaram que as intervenções simbióticas, combinações de probióticos com prebióticos se mostraram eficazes nos primeiros 12 meses de vida, com efeitos mais evidentes associados ao uso de probióticos. Além disso, recém-nascidos por meio de cesariana apresentaram uma maior presença de patógenos oportunistas durante o período neonatal, em comparação com aqueles que nasceram por parto vaginal. Ainda que em menor intensidade, essa tendência também é observada em bebês que não são alimentados com leite materno. Em um dos estudos analisados foi relatado que a administração de simbióticos reduziu em 16% a incidência de infecções respiratórias e foi associada à diminuição da gravidade e duração dos episódios, mostrando os benefícios de uma microbiota mais equilibrada. Dessa maneira, foi observado a associação entre a composição da microbiota intestinal e a predisposição às infecções respiratórias. **Conclusões:** Sendo assim, trabalhos sugerem que microbiota intestinal desempenha um papel relevante na proteção e na modulação contra as infecções respiratórias recorrentes em lactentes e a intervenção com probióticos e prebióticos demonstraram resultados promissores na redução de infecções e na gravidade da infecção respiratória.

299 DOENÇA REEMERGENTE: COMO A BAIXA VACINAÇÃO ESTÁ TRAZENDO A COQUELUCHE DE VOLTA

HOLOUKA, G , DE MORAIS, J W, COSTA, B S , GONÇALES, V , RIOS, G R , ATENSIA, G R , DE CAMPOS, D Z, AIROLDI, B S, MANECHINI, A L M, DE PAULA, K C
Universidade Nove de Julho - BAURU - São Paulo - Brasil

Introdução: A coqueluche é uma doença respiratória, altamente transmissível, causada pela bactéria *Bordetella Pertussis*. Esta é responsável pela infecção das vias respiratórias, embora seja facilmente prevenível por meio da vacina dTpa. Observa-se um aumento no número de casos notificados, reforçando a importância de atingir a meta de vacinação no Brasil, visto que nos últimos anos tem estado em queda.

Objetivos: Enfatizar a importância da vacinação contra coqueluche relacionado com o aumento de casos e óbitos no ano de 2024. **Métodos:** Foi realizado um estudo do tipo epidemiológico. Elaborado a partir do levantamento de dados retrospectivos extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), não foi levado em consideração período, evolução, sexo e faixa etária. Como critérios de inclusão, adequaram-se artigos publicados nos últimos nove anos, de 2017 a 2025, que abordaram a temática da Coqueluche especialmente relacionada a sua reemergência. Foram utilizados para esse estudo outros 5 que são de domínio público, publicados na SCIELO, Observa Infância da Fundação Oswaldo Cruz e Revista JRG de Estudos Acadêmicos. Trabalhos que tangenciam a temática ou não apresentavam especificidade no assunto abordado, foram excluídos. Além disso, artigos que também não se enquadravam no período e nos idiomas português ou inglês foram descartados. Por serem estudos de domínio público, dispensam aspectos éticos. **Resultados:** Ao analisar os dados obtidos, nota-se que o aumento do número de casos de coqueluche no Brasil está diretamente relacionado ao não atingimento da meta de vacinação, que em 2024 foi de 88,37%, enquanto deveria ter chegado aos 98%, um problema persistente desde o ano de 2013. Entre 2023 e 2024, houve um aumento de mais de 6000 casos notificados, sendo 2024 o ano com o maior número de óbitos desde 2018, totalizando 13 mortes. Os lactentes são especialmente vulneráveis às formas mais graves de coqueluche, que podem levar a complicações graves, como paradas cardiorrespiratórias, desidratação decorrente de vômitos e episódios de apneia. Em muitos casos, a doença pode ser letal. Por isso, a imunização nos primeiros meses de vida, com doses aplicadas no segundo, quarto e sexto mês, é fundamental para a proteção dessa faixa etária. Um estudo publicado pela SCIELO, aponta que um dos motivos para a queda na cobertura vacinal está associada à baixa percepção da gravidade da doença e à disseminação de notícias falsas sobre possíveis efeitos adversos das vacinas causando pânico nos familiares e desmotivando a imunização. **Conclusões:** Conclui-se que os casos de coqueluche tendem a aumentar, visto que a taxa da cobertura vacinal não tem sido atingida durante os últimos anos e o esquema vacinal incompleto aumenta as chances de adoecimento, sendo mais intensos em crianças menores de 1 ano de vida.

548 DEMANDA CARDÍACA EM SIMULAÇÕES DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DISFUNÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA.

SANTOS, B V A , QUEIROZ, M S , TEIXEIRA, F V , SILVA, M M C , ROLIM, J V

Universidade Santo Amaro - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: O processo de hospitalização impõe certo grau de imobilidade, o que leva à redução da capacidade funcional e à limitação para realizar atividades de vida diária (AVDs). Esses fatores aumentam o risco de dependência, institucionalização, maior tempo de internação, complicações clínicas e mortalidade. Assim, avaliar a execução de AVDs e a capacidade funcional no ambiente hospitalar é essencial para diagnóstico precoce e implementação de intervenções que preservem a independência. Embora escalas autorrelatadas sejam comumente utilizadas para essa avaliação, elas não refletem a resposta fisiológica real durante as AVDs. Além disso, testes que simulam atividades cotidianas ainda são pouco explorados no contexto hospitalar. **Objetivos:** Avaliar a demanda cardíaca, com a frequência cardíaca de reserva (FCr), de dois tipos diferentes de simulação de AVDs, em pacientes hospitalizados por doenças cardiorrespiratórias e comparar esta resposta fisiológica com teste funcional (Teste de Marcha Estacionária de dois minutos-TME 2). **Métodos:** Estudo observacional aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Santo Amaro (Parecer nº 6.048.825). Foram avaliados 57 pacientes hospitalizados por mais de 24 horas, clinicamente aptos para realizar os testes: TME2 e duas simulações de AVD (AVD1: tomar banho por 2 minutos; AVD2: dobrar toalha ou cobertor por 2 minutos). Durante os testes, registraram-se frequência cardíaca, SpO₂, pressão arterial e percepção de esforço (Escala de Borg). **Resultados:** A média (desvio padrão) de idade foi de 55.19 ± 16.91 anos, TME2 64.76 ± 30.53 elevações, 63% eram do sexo masculino, o tempo de Internação foi de 13 [7; 28] dias. Na AVD1 a FCr foi de 3,4 ± 10 batimentos por minuto (bpm), na AVD2 foi de 9 ± 16 bpm e no TME2 foi de 11 ± 21 bpm. Houve diferença significativa entre a AVD1 e o TME2 (p=0,001); e AVD1 com AVD2 (p=0,008). Não houve diferença entre a AVD2 e TME2 (p=0,39). Não houve evento adverso registrado ao realizar os exames propostos. **Conclusões:** Estes achados mostram que o teste de simulação de tomar banho oferece menor demanda cardíaca, representando menor esforço cardiovascular, quando comparado à simulação de dobrar toalhas/ cobertores e ao teste funcional. Por outro lado, a simulação de dobrar toalhas/cobertores apresenta demanda semelhante ao teste funcional. Esses achados reforçam o conceito da fisiologia do exercício em doenças cardiorrespiratórias de que exercícios com carga para membros superiores podem aumentar a demanda fisiológica em 16 a 24% em relação a exercícios mistos (membros superiores e inferiores) ou a exercícios de membros superiores sem carga, favorecendo a ocorrência de assincronia toracoabdominal, hiperinsuflação dinâmica e maior sobrecarga cardíaca. Vale destacar também que estes achados fortalecem o conceito de que simular AVD no ambiente hospitalar é seguro e representa resposta fisiológica positiva.

307 AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA EM CASOS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA ATRAVÉS DO ÍNDICE HACOR: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO

PINHEIRO JR., D B B , ROCHA, D G , ASSUNÇÃO, R P

Centro Universitário Padre Anchieta - Jundiaí - São Paulo - Brasil

Introdução: A insuficiência respiratória aguda (IRpA) associada à ventilação mecânica é uma condição clínica com alta mortalidade. Porém, os efeitos gerais da ventilação não invasiva (VNI) com relação à prevenção da intubação e à melhora do resultado são conflitantes, trazendo inconsistência em relação a efetividade e sucesso na aplicação de VNI. O escore HACOR (Heart rate, Acidosis, Consciousness, Oxygenation, Respiratory rate) é um instrumento que busca estimar o risco de falha da VNI na IRpA. **Objetivos:** Analisar se o Índice HACOR é capaz de prever falha na aplicação da VNI, em pacientes com IRpA. Especificamente, avaliar risco potencial para intubação em pacientes sobre uso de VNI, investigar os desfechos clínicos e a incidência de complicações respiratórias em indivíduos que falharam. **Métodos:** Estudo de caráter observacional analítico descritivo, prospectivo. A amostra foi composta por 62 indivíduos, de ambos os sexos que estiveram sob o uso de VNI no hospital São Vicente de Paulo, Jundiaí (SP). Os pesquisadores coletaram a idade, sexo, diagnóstico clínico de admissão na unidade, dispositivo de oxigenioterapia, dosagem de oxigênio utilizado, tempo de VNI, modo ventilatório, parâmetros do dispositivo, valores da gasometria e sinais vitais. Em seguida, foram classificados em IRpA tipo 1 (hipoxêmica) ou tipo 2 (hipercápnica) e avaliado o índice HACOR, onde a pontuação varia de 0 a 25 pontos. **Resultados:** Foram avaliados 62 voluntários, 36 do sexo feminino e 26 do sexo masculino, a mediana de idade foi 68 anos, onde 53% dos voluntários eram hipertensos, 19% diabéticos e 42% tabagistas e relação pO₂/FiO₂ com mediana de 186 (IQ 120-289). Por fim, o índice HACOR médio foi de 4 e considerando o valor de 5 como preditor de falha, após a utilização da VNI indicou um desfecho de 60% de sucesso e 40% de insucesso em pacientes com IRpA. **Conclusões:** A VNI pode ser considerada desvantagem quanto ao retardo a intubação, pois caso o método venha a falhar o espaço de tempo para tomada de decisão, mudança de protocolo e chance de melhora do paciente se tornam mais desfavoráveis, aumentando a morbimortalidade. Dessa forma, a utilização de índices preditivos para sucesso ou falha da terapia com VNI devem ser incluídos na rotina de equipes que atuam com quadros de IRpA. Um escore HACOR mais alto prevê uma alta probabilidade de falha da VNI.

- 513 **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E SINTOMATOLOGIA EM PACIENTES COM PRISM.**
ROLIM, J V, ROLIM, J V, SILVA, M M C, SILVA, M M C, MOTTA, J V, MOTTA, J V, SANT'ANA, N M,
SANT'ANA, N M, SCHAFHAUSER-SEGUNDO, N S, SCHAFHAUSER-SEGUNDO, N S, LEONARDI, N T, LEONARDI,
N T, OLIVEIRA, B S, OLIVEIRA, B S, OHARA, D G, OHARA, D G, CRUZ, N C R, CRUZ, N C R, KABBACH,
E Z, KABBACH, E Z, HURST, J R, HURST, J R, MENDES, R G, MENDES, R G
UFSCar - São Carlos - São Paulo - Brasil

Introdução: Preserved ratio impaired spirometry (PRISm) é uma alteração espirométrica encontrada em 8.5-15% da população, sendo caracterizada por redução do VEF1, abaixo de 80% do previsto, e relação VEF1/CVF preservada. Estudos anteriores mostram que 43% dos indivíduos com PRISm apresentam um ou mais sintomas, sendo a dispneia o principal. Devido se tratar de uma alteração recém definida, não existem estudos que avaliem os componentes da capacidade funcional dos membros inferiores destes indivíduos. **Objetivos:** Avaliar a capacidade funcional, através do teste SPPB (short physical performance Battery), e sintomas de pacientes com PRISm e comparar com indivíduos com função pulmonar normal. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, incluindo indivíduos com histórico de tabagismo, idade superior a 40 anos. Os pacientes foram divididos em 2 grupos de acordo com a função pulmonar, sendo o grupo PRISm (GP) composto por pacientes com o VEF1 menor que 80% do previsto e relação VEF1/CVF normal, e grupo controle (GC) composto por pacientes com espirometria normal. Realizada avaliação funcional utilizando o SPPB, que avalia a funcionalidade através de 3 testes: equilíbrio estático, força muscular através do teste de sentar e levantar e teste de velocidade da marcha. Para avaliação de sintomas foram utilizados a escala mMRC e CAAT. **Resultados:** Foram incluídos 58 indivíduos, sendo 40 no GC e 18 para o GP. Os grupos foram homogêneos quanto a idade, sexo, peso e hábitos tabágicos. O GP mostrou maior valor do CAAT comparado a GC (16.96 ± 7.45 vs 11.16 ± 8.31 , $p: 0.010$). Em relação a capacidade funcional, foi possível observar diferenças estatísticas em todos os aspectos do SPPB, principalmente na pontuação final (7 [7; 9] vs 10 [8; 11], $p = 0.003$). Em relação a estratificação do SPPB, pacientes do grupo controle se apresentaram com maior pontuação e com a melhor capacidade funcional, 52,5% deles se encontravam na pontuação entre 10-12 (melhor desempenho físico). Já os pacientes com PRISm se encontravam, predominantemente (77.8%), dentro da performance física moderada. O teste do qui-quadrado de Pearson indicou associação significativa entre as variáveis (ter ou não PRISm e resultados do SPPB) ($\chi^2 = 11.697$; $p = 0.003$). Além disso, a correlação ordinal de Kendall's tau-b demonstrou relação inversa significativa ($\hat{\theta}b = -0.386$; $p < 0.001$), indicando que a presença de PRISm está associada com menores valores no SPPB. **Conclusões:** Indivíduos com PRISm apresentam mais sintomas e pior capacidade funcional, evidenciado pelo teste SPPB, e que a presença desta alteração está associado com um pior desempenho funcional, na população estudada.

- 287 **DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE FATORES AMBIENTAIS EM CONDIÇÕES RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS COM BASE NO CRAIG HOSPITAL INVENTORY OF ENVIRONMENTAL FACTORS E NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE**
COSTA, L S, MELLO, G C, DA SILVA, W P, SILVA, J F, SAMPAIO, L M, SILVA, S M
Universidade Nove de Julho - SÃO PAULO - São Paulo - Brasil

Introdução: O Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) mensura a percepção do indivíduo sobre os fatores ambientais. Entretanto, não se sabe o quanto seu conteúdo se aproxima dos preceitos necessários para avaliar indivíduos com doenças pulmonares conforme os core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que é uma classificação de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) com linguagem padronizada e universal da funcionalidade e incapacidade. **Objetivos:** Mapear o conteúdo do Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) vinculando seus itens com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e examinando seu alinhamento com os core sets da CIF para doenças pulmonares. **Métodos:** Dois profissionais com conhecimento taxonômico adequado da CIF realizaram a vinculação inicial, seguindo regras de vinculação padronizadas e atualizadas. Os mesmos profissionais posteriormente vincularam os itens do CHIEF aos conjuntos básicos de categorias da CIF (core sets) para doenças cardiopulmonares pós-agudas, doenças pulmonares obstrutivas e doenças pulmonares intersticiais, a fim de mapear o alinhamento do CHIEF com os conceitos-chave abrangidos nas doenças pulmonares crônicas. O intuito foi identificar conceitos relevantes para avaliar o ambiente de pessoas com doenças pulmonares crônicas. **Resultados:** O CHIEF abrangeu uma ampla gama de fatores ambientais, com 25 categorias da CIF identificadas (21 primárias, 4 adicionais), cobrindo todos os cinco domínios da CIF. Várias categorias relevantes para indivíduos com condições pulmonares crônicas não foram incluídas no CHIEF, tais como: e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos, e245 Mudanças relacionadas ao tempo, e2450 Ciclos dia/noite, e260 Qualidade do ar, e320 Amigos, e340 Provedores de cuidados pessoais, e355 Profissionais de saúde, e420 Atitudes individuais de amigos e e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde. **Conclusões:** Embora o CHIEF esteja alinhado com a CIF, ele carece de elementos contextuais chave para condições pulmonares crônicas, sugerindo a necessidade de adaptações.

- 401 **CORRELAÇÃO DO TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS E VEF EM PESSOAS VIVENDO COM FIBROSE CÍSTICA**
BARRICO, G , LOVATO, P G , CASCALDI, M V D B , FUMAGALI, I A , DE ALENCAR, A L , CETLIN, A D C V A
USP - RIBEIRÃO PRETO - SÃO PAULO - BRASIL

Introdução: O teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) é uma ferramenta de fácil reprodutibilidade e baixo custo, útil na mensuração da capacidade funcional em diversos contextos clínicos. A fibrose Cística (FC) é uma doença genética multissistêmica causada pela mutação do gene Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator (CFTR). A avaliação funcional de pessoas vivendo com FC (PvFC) é importante no monitoramento da doença. **Objetivos:** Investigar a correlação entre a capacidade funcional, medida pelo TC6M, e a função pulmonar, representada pelo Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF), em adultos com FC. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva e observacional, com delineamento transversal, envolvendo 16 pacientes com diagnóstico clínico confirmado de FC por meio de teste genético e análise do cloro no suor. Os participantes eram maiores de 18 anos, de ambos os sexos, e realizavam acompanhamento clínico regular no serviço de FC do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Todos os indivíduos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O TC6M foi realizado em um corredor plano de 30 metros localizado no HCFMRP-USP, conforme diretrizes da American Thoracic Society (ATS). Após a execução do teste, foi calculada a distância percorrida por cada participante, bem como a porcentagem em relação ao predito do TC6M, e o prontuário eletrônico foi acessado para obter informações sobre o VEF atual. Para a análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva por meio do software R (versão 4.4.1), calculando medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (quartis e amplitude interquartil). A correlação entre VEF e TC6M foi avaliada pelo coeficiente de Pearson e o nível de significância adotado foi $p < 0,05$. **Resultados:** A amostra foi composta por 7 mulheres (43,8%) e 9 homens (56,2%), com média de idade de $25 \pm 6,87$ anos (18,37) e $30 \pm 10,27$ anos (19,46), respectivamente. O VEF médio foi de 57,3% ($\pm 26\%$) nas mulheres e 56,3% ($\pm 28\%$) nos homens. A distância média percorrida no TC6M foi de $464,3 \pm 136,1$ metros no grupo feminino e $544,9 \pm 107,0$ metros no masculino. Foi realizada uma análise de correlação de Pearson para investigar a associação entre o VEF e a distância percorrida. A correlação de Pearson entre VEF e a distância não foi estatisticamente significativa ($r = 0,47$; $p = 0,063$), embora tenha seja uma correlação fraca para moderada. **Conclusões:** Apesar da correlação entre a capacidade funcional (TC6M) e a função pulmonar (VEF) não tenha atingido significância estatística, os resultados sugerem algum grau de correlação. Isso reforça um potencial do TC6M como ferramenta complementar no acompanhamento clínico de adultos com FC. Recomenda-se a realização de estudos com amostras maiores para aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam a progressão e o prognóstico da doença.

tabagismo (trabalho original)

- 444 **AValiação DA CESSAÇÃO DE TABAGISMO APÓS INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO PROGRAMA “INSPIRE: SAÚDE RESPIRATÓRIA”**
RIOS, G R, DIAS, D A F, GONÇALES, V , MORAIS, J W D , HOLOUKA, G, DOS SANTOS, M S C, HRUSCHKA, G P, MAEHARA, V R N, MIYAMOTO, K K, XAVIER, F V F, PRUDENTE, R A , TANNI, S E
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo significativamente para o aumento da mortalidade populacional, além do expressivo impacto econômico decorrente do tratamento das doenças associadas. Diante desse cenário, os programas de cessação de tabagismo são fundamentais para a redução da carga dessas doenças e maior conscientização populacional. **Objetivos:** Avaliar os resultados obtidos em um ano após intervenções de cessação do tabagismo no âmbito do programa “INSPIRE: Saúde Respiratória”. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional longitudinal com inclusão de adultos com tabagismo ativo participantes do programa “INSPIRE: Saúde Respiratória”, na cidade de Botucatu, SP, entre os anos de 2023 e 2024. Após um ano da avaliação inicial, foram coletadas informações sobre comorbidades prévias, hábito tabágico corrente, adesão ao tratamento proposto, ocorrência de efeitos adversos, dificuldades de acesso às medicações e possíveis mudanças no consumo de tabaco. **Resultados:** Do total de 368 pacientes incluídos, obtiveram-se dados de seguimento de 150 indivíduos [53% sexo feminino, 53 (44-63) anos]. No momento basal a carga tabágica era de 34 (15-54) anos-maço e, quanto ao grau de dependência, a maior parte da amostra apresentava dependência alta (38%), seguida de dependência baixa (21%) e moderada (15%). Quanto aos métodos empregados para cessação, destaca-se a prescrição farmacológica em 72% dos casos, sendo que 39% utilizaram terapia de substituição de nicotina e 33% bupropiona. Além disso, 51% receberam abordagem psicossocial. Após um ano da abordagem, 34,7% relatam ter interrompido o tabagismo mesmo que temporariamente, enquanto 20,7% referiram ter cessado o hábito definitivamente. A prescrição de medicação e/ou abordagem psicossocial, isoladas ou combinadas, não influenciaram na cessação do hábito de fumar. Entretanto, observou-se que a proporção daqueles que mantiveram o tabagismo foi significativamente maior entre os indivíduos que não aderiram ao tratamento farmacológico prescrito ($\chi^2=16,2$; $gI=1$; $p<0,001$), sendo que os aderentes apresentaram 7,5 vezes mais chances de deixarem de fumar [OR: 7,5; 95%CI: 2,58-21,7]; $p<0,001$]. Entre os que não aderiram, as principais motivações referidas foram desmotivação (39%), custos relacionados (38%), efeitos colaterais (21%) e dificuldade de locomoção para aquisição da medicação (1,2%). Foram ainda relatados casos isolados de tontura, náusea, agitação, enjoo e ganho de peso. **Conclusões:** A taxa de cessação do tabagismo após um ano de intervenção no programa “INSPIRE: Saúde Respiratória” foi de 20,7%, compatível com a efetividade esperada. A adesão à terapia farmacológica foi o principal fator associado à cessação, enquanto a não adesão esteve relacionada à manutenção do tabagismo, destacando a importância de abordar barreiras como desmotivação, custo e efeitos adversos. Além disso, muitos participantes relataram redução no consumo, representando benefício em saúde pública.

446 **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS APÓS INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO PROGRAMA “INSPIRE: SAÚDE RESPIRATÓRIA”**

RIOS, G R , STEINMACHER, L D O , LOPES, Í C , COSTA, I J O , DE AGUIAR, I T , UZELOTO, J S , MIYAMOTO, K K , DORNA, M D S , MACHADO, M H D C , DOURADO, P L K , CALLEGARI, M A , TANNI, S E

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: O tabagismo, um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, aumenta tanto a mortalidade populacional quanto o impacto econômico dessas doenças. Assim, os programas de cessação de tabagismo são fundamentais para a redução da carga dessas doenças e maior conscientização populacional, sendo que a satisfação dos usuários é fundamental para aumentar a adesão e a efetividade das estratégias de cessação propostas. **Objetivos:** Avaliar a satisfação dos usuários um ano após intervenções de cessação do tabagismo no âmbito do programa “INSPIRE: Saúde Respiratória”. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional longitudinal com inclusão de adultos com tabagismo ativo participantes do programa “INSPIRE: Saúde Respiratória”, na cidade de Botucatu, SP, entre os anos de 2023 e 2024. Após um ano da avaliação inicial, foram coletadas informações de satisfação e intenção de recomendação do programa, por meio de escala numérica de 0 a 10, na qual 0 indica menor satisfação ou nenhuma chance de recomendação e 10 indica total satisfação ou plena chance de recomendar. **Resultados:** Do total de 368 pacientes incluídos, obtiveram-se dados de seguimento de 150 indivíduos [53% sexo feminino, 53 (44-63) anos]. No momento basal a carga tabágica era de 34 (15-54) anos-maço e, após um ano da intervenção, 34,7% relataram ter cessado o tabagismo, ainda que temporariamente. Entre esses, 9,6% mantiveram-se abstinentes por uma semana, 13,5% por um mês, 30,7% de um a seis meses, 15,4% de seis meses a um ano e 30,8% por mais de um ano. No grupo que cessou o tabagismo mesmo que de forma temporária (34,7%), 50% não apresentaram recaídas, 44,2% relataram uma recaída, 1,9% duas recaídas e 1,9% três recaídas. No total da amostra, 20,7% cessaram completamente o tabagismo, 39,3% referiram redução da quantidade de cigarros diários e 3,3% passaram a utilizar outro tipo de cigarro. Em relação à satisfação com o programa, mediana 10 (9-10) 71% atribuíram nota 10, 11% nota 9, 10% nota 8, 0,7% nota 7, 2% nota 6, 4% nota 5 e 0,7% nota 3. Quanto à indicação do programa a outras pessoas, mediana 10 (10-10), 88% atribuíram nota 10, 4% nota 9, 3% nota 8, 0,7% nota 7, 2% nota 5, 1% nota 4 e 0,7% nota 3. **Conclusões:** Após um ano da intervenção, 34,7% dos participantes relataram interrupção do tabagismo, sendo que mais da metade manteve abstinência por pelo menos seis meses. A maioria dos que cessaram apresentou nenhuma ou apenas uma recaída. Além disso, 39,3% referiram redução no consumo de cigarros, evidenciando impacto positivo mesmo entre os que não cessaram completamente. Em relação à satisfação, 92% atribuíram nota 9 ou 10 ao programa, e 88% afirmaram que o recomendariam com nota máxima, demonstrando ampla aprovação por parte dos usuários. Esses achados indicam não só os impactos favoráveis na cessação e redução do tabagismo, como também elevada aceitação entre os participantes, que reforça a eficácia e o potencial do programa “INSPIRE: Saúde Respiratória” como estratégia de saúde pública no enfrentamento do tabagismo.

371 **PERCEPÇÃO, USO E EXPOSIÇÃO AO TABACO E DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR ENTRE RESPONSÁVEIS POR ALUNOS DA REDE PÚBLICA DE BOTUCATU, SÃO PAULO**

DOURADO, P L K , HRUSCHKA, G P , MAEHARA, V R N , STEINMACHER, L O , COSTA, I J O , LOPES, Í C , OLIVEIRA, L A G , DORNA, M S , PRUDENTE, R A , FRANCO, E A T , TANNI, S E

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis causam milhões de mortes evitáveis, tendo o tabagismo como um dos principais fatores de risco. A exposição passiva à fumaça também é um grave problema de saúde pública, associada a doenças respiratórias, cardiovasculares e câncer. Apesar da redução do número de fumantes no Brasil nos últimos anos, cresce o uso de dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs) entre jovens. Nesse cenário, a escola é um espaço estratégico para ações educativas e preventivas voltadas à conscientização sobre o tabagismo na adolescência. **Objetivos:** Avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de cigarros convencionais e DEFs entre responsáveis por alunos do Ensino Fundamental II da rede pública municipal de Botucatu. **Métodos:** 2300 responsáveis pelos alunos foram convidados a participar do estudo. Os dados foram coletados por meio de dois questionários com base em instrumentos internacionais: o Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Core Questionnaire with Optional Questions, da OMS, e o National Youth Tobacco Survey (NYTS - 2020), do Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Resultados:** 346 responsáveis responderam ao questionário, sendo a maioria do sexo feminino (83%) e com idade mediana de 40 anos (35-45). 12,1% dos participantes declararam fumar ativamente algum tipo de cigarro e 22% das residências abrigavam mais de um tabagista. Em 13,5% dos lares com crianças havia o hábito de fumar no ambiente doméstico. O fumo interno de cigarro convencional foi relatado em 12% dos lares e 1,5% relataram o uso de DEFs dentro de casa. Fumar no carro foi mencionado por 4,9%, dos quais mais da metade mantinha o hábito com passageiros. Embora 78,9% reconhecessem os DEFs visualmente, 61,5% não sabiam identificar seu odor, e 10,4% relataram uso pessoal ou familiar. Sobre dependência, 47,7% consideraram os DEFs tão viciantes quanto cigarros comuns e 30,9%, mais aditivos. Em relação à exposição passiva, 76,3% sabiam que os danos são equivalentes ao uso ativo. A maioria (99,4%) rejeitava o uso de tabaco por seus dependentes. Por fim, 65,9% apoiavam a proibição geracional, refletindo elevada percepção de risco e apoio às políticas restritivas. **Conclusões:** A amostra foi majoritariamente composta por mulheres, sugerindo um perfil de cuidadoras no ambiente doméstico. Apesar do conhecimento sobre os riscos dos DEFs, há dificuldade na identificação precoce do uso, especialmente quanto ao odor. A presença de tabagistas em casas com crianças e em veículos revela exposição passiva em espaços privados. O apoio à proibição geracional e a rejeição ao uso por dependentes indicam receptividade a políticas públicas mais restritivas e alinhadas às evidências locais.

335 **EFEITOS DE DOIS PROTOCOLOS DE AUMENTO DE ATIVIDADE FÍSICA NA VIDA DIÁRIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE EXERCÍCIO DE TABAGISTAS: UM ESTUDO COMPARATIVO COM RESULTADOS PRELIMINARES**

LIMA, G P , GERONASSO, H , TETILA, M E , RIBEIRO, Â R C , SILVA , L A , RAMOS, E M C , SOUZA, K A S , MANTOANI, L C

FCT Unesp Júlio de Mesquita Filho - Presidente Prudente - São Paulo - Brasil

Introdução: O tabagismo reduz a capacidade funcional de exercício. Estratégias com metas de passos podem beneficiar tabagistas, mas os efeitos comparativos entre diferentes protocolos de atividade física de vida diária ainda são pouco investigados e carecem de evidências. **Objetivos:** Comparar os efeitos de dois protocolos distintos de aumento da AFVD na capacidade funcional de exercício de indivíduos tabagistas, por meio da avaliação pré e pós-intervenção com o teste de caminhada de seis minutos. **Métodos:** Trata-se de um estudo com tabagistas de 18 anos ou mais, randomicamente alocados em dois grupos de intervenção. O Grupo 1 (G1) seguiu um protocolo com metas diárias de passos ajustadas semanalmente, com incremento de 7% em relação à média basal. O Grupo 2 (G2) teve como meta fixa atingir pelo menos 10.000 passos/dia. Ambos os protocolos tiveram duração de oito semanas. A atividade física de vida diária (AFVD) foi monitorada com o pedômetro Yamax DigiWalker SW-200 e o acelerômetro Actigraph GT3x; a capacidade de exercício avaliada pelo Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6). Ao final do programa, todos os participantes foram convidados refazer as avaliações iniciais. A análise estatística foi conduzida no software GraphPad Prism 9.0.0, com verificação da normalidade dos dados pelo teste de Shapiro-Wilk. As comparações intra e intergrupos foram realizadas por meio dos testes t pareado ou Wilcoxon e t não pareado ou Mann-Whitney, respectivamente. As correlações entre as variáveis foram avaliadas pelos coeficientes de Pearson ou Spearman, considerando-se $p < 0,05$ como nível de significância estatística. **Resultados:** Foram incluídos 36 tabagistas no total, dos quais 19 foram alocados no G1 e 17 no G2. Os participantes do G1, com 11 homens, apresentaram idade de 48 [34–64] anos, índice de massa corporal (IMC) de 27 [25–30] kg/m² e índice anos-maço de 23 [10–48], com função pulmonar preservada (VEF: 90 [80–101] % do previsto) e mediana de 6.759 [6.198–9.004] passos/dia. Os indivíduos do G2, com 9 homens, apresentaram idade de 60 [43–67] anos, IMC de 27 [23–28] kg/m², índice anos-maço de 30 [19–48], função pulmonar preservada (VEF: 79 [66–103] % do previsto) e mediana de 5.253 [3.718–7.704] passos/dia. Em relação à capacidade funcional de exercício, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A variação da distância foi de 0 [–16 a 33] metros no G1 e de 0 [–40 a 18] metros no G2 ($p > 0,05$). Da mesma forma, a variação percentual em relação ao valor predito foi de 0 [–3 a 6] % no G1 e –3 [–5 a 5] % no G2, também não apresentou significância estatística ($p > 0,05$). **Conclusões:** Esses achados sugerem que, para essa população, intervenções baseadas exclusivamente em metas de passos podem não ser suficientes para impactar a capacidade funcional no curto prazo, destacando a necessidade de estratégias complementares ou intervenções de maior duração.

435 **CONHECIMENTO E CONSUMO DE CIGARROS ELETRÔNICOS ENTRE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE DA FMRP-USP**

ZAMPIERI, G S , DE PAULA, F C E , MARCINKEVICIUS, J , REIS, M L D A , ANTUNES, A D C V

Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: Nos últimos 30 anos, a prevalência do tabagismo no Brasil foi de 35% em 1989 para 12.8% em 2019, apesar de apresentar um número absoluto elevado (20.4 milhões de fumantes). No entanto, para perpetuar a cadeia de consumo de nicotina e se adequar às preferências do atual padrão de consumo, a indústria do tabaco desenvolve dispositivos eletrônicos para fumar, os cigarros eletrônicos (CE), que atraem sobretudo os jovens. **Objetivos:** Entender o conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre cigarros eletrônicos e obter o perfil sociodemográfico dos usuários, assim como padrões, preferências e motivos de consumo. **Métodos:** Todos os estudantes da área da saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) foram convidados a responder perguntas através de questionários físicos e digitais, com escala Likert de 5 pontos, variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. A divulgação da pesquisa ocorreu por aplicativos de mensagem, endereços eletrônicos institucionais e pôsteres em locais estratégicos da instituição, entre agosto de 2024 a fevereiro de 2025. O questionário foi dividido em 2 seções: a primeira focou em traçar o perfil sociodemográfico dos participantes e a segunda buscou entender seus conhecimentos sobre CE. **Resultados:** Obtivemos uma taxa de resposta de 18% do total dos estudantes dos cursos da FMRP-USP. Constatou-se que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (56.5%), com média de idade de 22 anos (± 3.34), brancos (75.5%) e na maior parcela (40.4%) a renda familiar foi superior a R\$10.303,00. Sobre as informações a respeito do CE, 16% tiveram dúvidas sobre a ilegalidade da comercialização no Brasil, 13% afirmaram ser legal, 61.7% confirmaram conhecer um ponto de venda e 53.9% acreditam que o CE possui algum papel na cessação do tabagismo. Sobre conhecimento, 63.5% tiveram alguma informação sobre CE na graduação, mas 40% afirmaram sentir-se seguros para responder perguntas de pacientes sobre o tema, com apenas 23.8% totalmente seguros. Sobre o consumo, 32.7% afirmaram já ter experimentado o CE de algum amigo e 19.1% já o havia comprado, enquanto 34% afirmaram sentir vontade, ao menos parcial, de consumi-lo. Ainda, 34.7% afirmaram ter mais vontade de experimentar CE que cigarro convencional e 97% não atrelaram a não experimentação do dispositivo ao fato de não conhecerem alguém que faça consumo. **Conclusões:** Apesar de um percentual baixo de resposta aos questionários, há um consumo relevante de CE entre os estudantes analisados e existem dúvidas e informações equivocadas sobre esses dispositivos. Foi possível documentar o padrão de consumo e o perfil de quem consome. Observou-se que o meio em que o estudante está inserido contribui de maneira relevante para o uso de CE. Conclui-se que o ensino sobre os malefícios do tabagismo, convencional e eletrônico, deve fazer parte da grade curricular de todas as áreas do conhecimento em saúde assim como o combate à desinformação sobre o tema.

403 EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES POR BRONQUIECTASIAS NO BRASIL, DE 2019 A 2024: PERFIL DEMOGRÁFICO, REGIONAL E MORTALIDADE

LOPES, L G , CESAR , L F G M , SILVA , G C P

Universidade Nove de Julho - Vergueiro - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A bronquiectasia é uma dilatação e engrossamento irreversível de partes dos ductos respiratórios ou vias aéreas (brônquios) resultante de lesão na parede das vias aéreas. O perfil epidemiológico dessa condição, pode variar de acordo com fatores demográficos, socioeconômicos e regionais, o que torna fundamental o estudo das internações hospitalares para compreender a distribuição da doença e seus desfechos. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico das internações por bronquiectasias no Brasil, entre 2019 e 2024, com ênfase na distribuição de variáveis sociodemográficas e assistenciais. **Métodos:** Consiste em um estudo epidemiológico, ecológico de base populacional, baseado em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH), disponibilizado pelo DATASUS. Analisou-se o perfil das internações por bronquiectasias no Brasil, registradas entre 2019 e 2024, considerando critérios como sexo, raça, faixa etária, região, caráter atendimento (eletivo e urgência) e os desfechos hospitalares, como mortalidade. **Resultados:** No período de 2019 a 2024, foram realizadas 6.326 internações por bronquiectasias no Brasil. O maior número foi observado em 2022 (n=1.573), enquanto o menor ocorreu em 2020 (n=709). Registrou-se valores equiparáveis em relação ao sexo, com 3.020 internações em homens e 3.306 em mulheres. Avaliados por faixa etária, a maioria das internações ocorreu em indivíduos acima de 50 a 59 anos, com 835 internações, e o menor número de 10 a 14 anos com 110 internações. Apesar disso, o número de óbitos por faixa etária revelou maior número para os 80 anos ou mais (n=55) e menor número para a faixa de 20 a 29 anos (n=4). Quanto à análise das internações por cor/raça, predominaram indivíduos pardos (n=3.024), seguidos por brancos (n=1.725) e menor ocorrência entre indígenas (n=7). O caráter atendimento foi analisado em urgência e eletivo, com 5.038 e 1.288, respectivamente. Regionalmente, o maior número de internações ocorreu no Nordeste (n=2.589), seguida pela região Sudeste (n=1.667), enquanto o Centro-Oeste apresentou a menor frequência (n=344). **Conclusões:** As internações por bronquiectasias no Brasil, entre 2019 e 2024, mostraram-se mais frequentes na região Nordeste, com predomínio em indivíduos acima de 50 anos e maior mortalidade nos idosos com 80 anos ou mais. Não houve diferença significativa da internação entre os sexos, e a maioria dos casos ocorreu em indivíduos pardos. A maior parte dos atendimentos foi em caráter de urgência, evidenciando a relevância da doença e a necessidade de estratégias para diagnóstico precoce e melhor manejo clínico.

358 O MANEJO DOS PORTADORES DE BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICAS TEM SIDO APROPRIADO NA REDE PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE?

LOPES, D V, MARQUES, I M B, ROBERTO, I M, CHIAVEGATO, L D, BEDIN, D C C, PINHEIRO, L, FARESIN, S M

Unifesp - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: Segundo o Consenso Brasileiro de bronquiectasias não fibrocísticas, portadores desta doença deveriam receber vacinação (influenza, pneumococo, coronavírus), evitar exposições ambientais nocivas e tabagismo, realizar fisioterapia diária/reabilitação pulmonar e utilizar agentes mucoativos para melhorar higiene brônquica. Casos especiais se beneficiariam com utilização de macrolídeos e ou antibiótico por via inalatória. O manejo adequado também inclui coleta de amostras do trato respiratório inferior em intervalos regulares. Tratamento cirúrgico potencialmente curativo seria para pacientes com doença localizada, mas poderia ser aplicado em casos refratários ao tratamento clínico ou com hemoptise. **Objetivos:** Avaliar a proporção de pacientes encaminhados para avaliação de tratamento cirúrgico que receberam o manejo clínico inicial indicado pelo Consenso Brasileiro. **Métodos:** Incluídos todos os pacientes encaminhados para avaliação cirúrgica de janeiro de 2023 a junho de 2025. Dados coletados da primeira consulta em serviço terciário: características clínicas dos pacientes; etiologia das bronquiectasias; proposta cirúrgica; vacinas recebidas; realização de fisioterapia/reabilitação pulmonar e de culturas seriadas de secreção traqueobrônquica antes de nova prescrição.

Resultados: Foram avaliados 18 pacientes, 17 deles encaminhados pela rede de atenção primária ou secundária, sendo 12 mulheres e seis homens com média de idade $47,4 \pm 15,9$ anos (16-72). Todos apresentavam supuração crônica com infecções de repetição, em cinco havia relato de hemoptoicos e em três hemoptise. Três pacientes eram tabagistas ativos, três ex-tabagistas e 12 não tabagistas. Etiologia infecciosa das bronquiectasias foi estabelecida em 15 pacientes, sendo seis decorrentes de tuberculose pulmonar, em duas a causa era indeterminada e um apresentava agenesia de artéria pulmonar. As propostas cirúrgicas incluíram cinco pneumonectomias, duas bilobectomias e 11 lobectomias. Nove pacientes (9/17; 53%) referiram terem sido vacinados, mas apenas três receberam vacina para influenza, pneumococo e coronavírus. Dezesesseis pacientes (94%) nunca realizaram fisioterapia respiratória e 100% desconheciam do que se tratava reabilitação pulmonar. Solicitação de cultura de escarro prévia foi evidenciada somente em três casos (17%). **Conclusões:** Os achados sugerem que as recomendações do Consenso Brasileiro sobre bronquiectasias não fibrocísticas não atingem aos clínicos e pneumologistas da rede básica e/ou que esta não dispõe de recursos mínimos. Para reduzir complicações e mortalidade, é necessário otimizar o estado clínico, identificar colonização, vacinar e cessar tabagismo, ações que podem levar seis meses e impactar o fluxo cirúrgico. A maioria dos portadores de bronquiectasias não fibrocísticas encaminhados para avaliação ao tratamento cirúrgico em serviço terciário não recebeu o manejo clínico minimamente adequado, bem como não recebeu fisioterapia respiratória/reabilitação pulmonar e chegou sem culturas de vigilância e vacinação adequada.

- 437 **USO DE ANTICOAGULANTES ORAIS DIRETOS NA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA: UM ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DE MATERIAL DE ENDARTERECTOMIA**
SALIBE-FILHO, W , SANCHES, F M , NASCIMENTO, Y P P , TATAGIBA, L S , AIELLO, V D , ALVES-JUNIOR , J L , JARDIM, C V P , FERNANDES, C J C , FREITAS-FILHO, O , JATENE, F B , TERRA-FILHO , M , SOUZA , R
Incor - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é uma causa potencialmente curável de hipertensão pulmonar, caracterizada por trombos organizados persistentes e microvasculopatia, resultando em aumento da resistência vascular pulmonar e falência ventricular direita. A endarterectomia pulmonar (PEA) é o tratamento de escolha em pacientes operáveis. Embora antagonistas da vitamina K (AVK) sejam tradicionalmente utilizados na anticoagulação por tempo indeterminado, os anticoagulantes orais diretos (DOACs) têm sido crescentemente empregados, apesar de evidências limitadas em HPTEC. A análise histopatológica dos trombos pode fornecer informações relevantes sobre a eficácia dessas drogas. **Objetivos:** Avaliar a associação entre o tipo de anticoagulante oral utilizado (AVK versus DOACs) e as características histopatológicas dos trombos removidos durante a endarterectomia pulmonar em pacientes com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica, bem como analisar possíveis impactos clínicos e hemodinâmicos no período pós-operatório. **Métodos:** Estudo retrospectivo de coorte incluindo 115 pacientes com HPTEC submetidos à PEA em centro nacional de referência (2018–2023). Os pacientes foram classificados conforme uso de DOACs ou AVK. Amostras cirúrgicas foram avaliadas macro e microscopicamente por patologista cego ao anticoagulante em uso. Foram analisados dados clínicos, hemodinâmicos e funcionais pré e pós-operatórios. **Resultados:** No total 115 pacientes foram avaliados, 61 (53%) estavam em uso de DOACs e 54 (47%) de AVK. A idade média e o perfil clínico foram semelhantes entre os grupos. A maioria estava em classe funcional II–III da NYHA. Na análise histopatológica, trombos recentes foram identificados em 26,2% dos pacientes em uso de DOACs versus 9,2% dos que usavam AVK ($p < 0,05$). Não houve diferenças significativas entre os grupos quanto ao tempo de circulação extracorpórea, tempo de parada cardíaca, débito cardíaco, pressão média da artéria pulmonar ou resistência vascular pulmonar no pós-operatório. A hipertensão pulmonar residual ocorreu em taxas semelhantes nos dois grupos, independentemente do ponto de corte utilizado para a Pressão da Artéria Pulmonar média (PAPm). **Conclusões:** A presença aumentada de trombos recentes em pacientes com HPTEC em uso de DOACs levanta questionamentos sobre a eficácia desses fármacos nesta população. Apesar disso, não foram observadas diferenças em parâmetros intraoperatórios ou na resposta hemodinâmica pós-cirurgia. A avaliação histopatológica demonstrou maior sensibilidade que a análise macroscópica para identificar trombos recentes, destacando seu valor na pesquisa clínica. Esses achados reforçam a necessidade de estudos prospectivos para determinar a estratégia ideal de anticoagulação em HPTEC.

doenças da circulação pulmonar (trabalho original)

- 389 **TENDÊNCIAS E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR EMBOLIA PULMONAR NO ESTADO DE SÃO PAULO: UM ESTUDO DE 2015 A 2025.**
COSTA, B S , DE MORAIS , J W , HOLOUKA, G , GONÇALES, V , RIOS, G R , ATENSIA, G R , COSTA, I J O , FERRARI, R

Universidade Nove de Julho- Campus Bauru - Bauru - São Paulo - Brasil

Introdução: A embolia pulmonar (EP) é uma condição potencialmente fatal, causada pela obstrução das artérias pulmonares por êmbolos, frequentemente provenientes de trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores. Essa condição está relacionada a fatores como lesão endotelial, hipercoagulabilidade e alterações do fluxo sanguíneo. Estima-se uma incidência anual de 39 a 115 casos por 100.000 habitantes, com manifestações clínicas como dispneia, dor torácica ventilatório-dependente e síncope. Devido à sua alta mortalidade, podendo atingir até 30% em pacientes não tratados, a EP representa um relevante problema de saúde pública. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico dos números de internações de EP no estado de São Paulo, no período de 2015 a 2025. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, que utilizou dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), acessados pela plataforma DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), por meio dos serviços TABNET. Os dados foram exportados e organizados no Microsoft Excel, além de que as análises estatísticas foram realizadas com auxílio da ferramenta OpenEpi versão 3.01. As variáveis analisadas foram: raça, faixa etária, sexo, internações, valores hospitalar, custo total e óbitos da doença. Por se tratar de dados públicos e de domínio aberto, a submissão ao comitê de ética não foi necessária. **Resultados:** Observou-se que entre 2015 a 2025, foram registradas 31.606 internações por embolia pulmonar. O ano de 2024 registrou o maior número de internações, com 4.094 casos (13%), seguido por 2022 com 3.728 casos (11,8%). O pico mensal de internações ocorreu em setembro de 2024, com 390 casos (1,23%). O perfil epidemiológico predominante foi de mulheres (60,74%) e faixa etária de 60 a 69 anos (6.533 internações). Quanto à raça, a branca correspondeu a 60,70% dos casos (19.186 internações), seguida pela parda com 7.010. Entre os internados, 5.909 pacientes (18,7%) evoluíram para óbito. As mulheres internadas apresentaram 10% menos chance de morte em relação aos homens (RR: 0,90; IC95%: 0,86–0,94). O custo total das internações foi de R\$ 67.683.589,74, com um custo médio de R\$ 2.141,48 e uma média de permanência hospitalar de 9,4 dias. **Conclusões:** A análise do perfil epidemiológico da embolia pulmonar no estado de São Paulo evidencia um impacto relevante nas taxas de internação, mortalidade e custos hospitalares. A tendência de crescimento nas internações, com um pico em 2024, destaca a relevância do tema para a saúde pública. Embora a metodologia não permita inferir causalidade para a tendência de crescimento observada, os achados reforçam a necessidade de um olhar atento à EP na saúde pública. Práticas preventivas, como atividade física regular, alimentação equilibrada e cessação do tabagismo, são fundamentais para redução nas internações e óbitos por EP.

533 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE EMBOLIA PULMONAR NO ESTADO DE SÃO PAULO ENTRE 2019 E 2024

ALBUQUERQUE, F F , ZAURISIO, L S

Universidade Paulista - UNIP Sorocaba - Sorocaba - São Paulo - Brasil

Introdução: A embolia pulmonar é caracterizada como a obstrução aguda da artéria pulmonar ou em algum de seus ramos, sendo resultado de um trombo originado na circulação venosa. De difícil diagnóstico, seus sintomas comuns são dispneia, dor torácica, hemoptise e síncope. Em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento da patologia estão a senilidade, neoplasias malignas, obesidade e gravidez. Dessa forma, devido a sua complexidade, atualmente é considerada uma emergência médica. **Objetivos:** Compreender o perfil epidemiológico de embolia pulmonar no estado de São Paulo entre janeiro de 2019 a dezembro de 2024.

Métodos: O devido projeto trata-se de estudo ecológico, retrospectivo e descritivo com dados obtidos através do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período de 2019 até 2024 em que foram analisados dados epidemiológicos de Embolia Pulmonar no estado de São Paulo, como: prevalência, morbidade, número de internações conforme sexo, idade, taxa de mortalidade e valores gastos com serviços hospitalares para tratamento. As variantes foram avaliadas por estatística descritiva. **Resultados:** A partir dos dados coletados via DATASUS, obteve-se 20.919 internações por embolia pulmonar durante o período de 2019 a 2024, predominando na faixa etária dos 60 a 69 anos, sendo 8.321 do gênero masculino (39,7%) e 12.598 do gênero feminino (60,3%). Além disso, observou-se um maior número de internações em brancos, com 12.548 (59,9%), seguido de pardos 4.915 (23,4%), pretos 1.521 (7,27%), amarelos 174 (0,8%), indígenas 8 (0,03). Por meio da análise da taxa de mortalidade foi destacado que o ano de 2021 (19,89) possui o maior índice, seguido por 2024 (18,98), 2020 (18,58), 2022 (18,45), 2019 (17,51) e 2023 (17,26). Em relação aos gastos públicos com a patologia, dentro desse período tivemos o total de R\$40.873.230,79, tendo um aumento principalmente no ano de 2024 com gastos avaliados em R\$9.042.478,27 mostrando uma variação de R\$4.161.686,52 com o ano de 2019.

Conclusões: A partir do estudo, evidenciou-se que o tromboembolismo é uma doença majoritariamente feminina, na faixa etária de 60-69 anos com etnia branca. Através da análise, mostrou-se um aumento no número de internações entre 2019 a 2024, tendo relação com a senilidade populacional - com maior desenvolvimento de problemas circulatórios - e com a pandemia do COVID-19, visto que a virose possui mecanismos ainda desconhecidos que contribui em coagulopatias e, por consequência em eventos tromboembólicos. Haja vista que o ano de 2023 apresentou uma queda nas internações, o ano de 2024 apresentou um aumento tanto em gastos quanto internações da patologia. Portanto, a embolia pulmonar vem se tornando uma das principais emergências médicas no sistema público de saúde, necessitando de um maior investimento na gestão dos internados para buscar tratamentos eficazes, impactando beneficemente o Sistema Único de Saúde (SUS).

386 ANÁLISE COMPARATIVA DAS INTERNAÇÕES POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO ESTADO DE SÃO PAULO NOS PERÍODOS PRÉ E PÓS-PANDEMIA DE COVID-19

RIOS, G R , CORBETA, C M , GONÇALES, V , COSTA, B S , DE MORAIS, J W , HOLOUKA, G , DE FARIAS, G B, FENERICK, G D O , MANECHINI, A L M , LEAL, Y I , FERRARI, R

Universidade Nove de Julho - UNINOVE - Campus Bauru-SP - Bauru - São Paulo - Brasil

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma condição potencialmente fatal, com múltiplos fatores de risco, incluindo estados de hipercoagulabilidade. A infecção por COVID-19, ao induzir inflamação sistêmica e hipercoagulabilidade, revelou um aumento significativo de eventos tromboembólicos, em especial o TEP. A análise desse cenário é crucial em regiões de alta densidade populacional, como o estado de São Paulo. No entanto, estudos sobre a tendência temporal das internações por TEP nesse contexto regional são escassos. Assim, este estudo busca fornecer dados essenciais para subsidiar estratégias de manejo e prevenção. **Objetivos:** Analisar a tendência temporal das internações por TEP no estado de São Paulo, comparando indicadores assistenciais e econômicos nos períodos pré-pandemia (2015–2019) e pós-pandemia (2020–2024). **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, observacional e retrospectivo. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), acessados via TABNET/DATASUS. Foram incluídas todas as internações com diagnóstico principal de TEP no estado de São Paulo, entre 2015 e 2024. As variáveis analisadas foram: número de internações, média de permanência hospitalar, número de óbitos e custo total das internações. Os dados foram organizados em séries anuais e analisados descritivamente. **Resultados:** Entre 2015 e 2019, foram registradas 12.516 internações por TEP. No período pós-pandemia (2020–2024), esse número aumentou significativamente para 17.877 casos, representando um acréscimo de 42,8%. Esse aumento foi acompanhado por um crescimento da mortalidade de 38% (de 2.411 para 3.328 óbitos) e dos custos hospitalares em 72% (de R\$ 23,3 milhões para R\$ 40 milhões). O sexo feminino predominou em, 60,6% das internações no período total. A média de permanência hospitalar reduziu de 9,8 para 9,2 dias. **Conclusões:** O estudo revela aumento significativo nas internações, mortalidade e custos hospitalares por TEP no estado de São Paulo no período pós-pandemia. Embora a metodologia não estabeleça causalidade, a coincidência temporal desses achados com a pandemia de COVID-19 sugere uma forte relação entre os eventos, destacando o agravamento da situação de saúde pública. A redução na permanência hospitalar, por sua vez, pode indicar alterações nos fluxos assistenciais e nos protocolos clínicos frente à sobrecarga dos serviços. Os achados ressaltam a necessidade de estratégias aprimoradas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do TEP, especialmente em cenários de elevada pressão sobre o sistema de saúde.

509 DOSAGEM SÉRICA DAS CITOCINAS TGF- β 1, IL-6 E IL-13 EM DIFERENTES TIPOS DE HIPERTENSÃO PULMONAR

SILVA, J N , ROQUE, A C , SILVA, C S R , PEREIRA, K R , ACENCIO, M M P , SOUZA, R , SALIBE-FILHO, W
Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coracao (InCor), Hospital das Clinicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, BR - Sao Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) é uma condição clínica heterogênea caracterizada por remodelamento vascular, aumento da resistência vascular pulmonar e, consequentemente, falência ventricular direita. Diversos mediadores inflamatórios e fibrogênicos estão implicados na fisiopatologia da doença, entre eles o fator de crescimento transformador beta (TGF- β), a interleucina 6 (IL-6) e a interleucina 13 (IL-13). A compreensão do papel dessas citocinas é relevante, pois sua expressão pode variar de acordo com o fenótipo clínico da HP, refletindo mecanismos fisiopatológicos distintos. Neste estudo, avaliamos as dosagens séricas destes marcadores em pacientes com hipertensão arterial pulmonar secundária à esquistossomose (HAP-Sch), hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPi) e hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC). **Objetivos:** Investigar os níveis séricos de TGF- β 1, IL-6 e IL-13 em diferentes etiologias de hipertensão pulmonar (HAP-Sch, HAPi e HPTEC), buscando identificar diferenças no perfil inflamatório e fibrogênico entre os grupos. **Métodos:** Foram avaliadas amostras sanguíneas coletadas durante cateterismo cardíaco direito realizado para diagnóstico ou seguimento. Os pacientes foram classificados em quatro grupos: HAP-Sch, HAPi e HPTEC. As concentrações séricas de TGF- β 1, IL-6 e IL-13 foram determinadas por ensaio imunoenzimático (ELISA). A análise estatística foi conduzida utilizando ANOVA para comparação entre os grupos. **Resultados:** Foram avaliados 74 pacientes, distribuídos em quatro grupos: 26 com hipertensão arterial pulmonar secundária à esquistossomose (HAP-Sch), 20 com hipertensão arterial pulmonar idiopática (HAPi), 28 com hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC). A média de idade e a proporção de mulheres foram, respectivamente: HAP-Sch (59,5 anos; 76% mulheres), HAPi (46,5 anos; 70% mulheres), HPTEC (53,2 anos; 67% mulheres). Na dosagem sérica de TGF- β 1, observou-se diferença significativa entre os grupos, com valores médios de 856,9 pg/mL (HAP-Sch), 678,4 pg/mL (HAPi), 536,2 pg/mL (HPTEC) ($p < 0,0001$). Para IL-6, as concentrações médias foram 75,4 pg/mL (HAP-Sch), 89,7 pg/mL (HAPi) e 65,0 pg/mL (HPTEC). Na avaliação de IL-13, os valores médios foram 1918,0 pg/mL (HAP-Sch), 922,5 pg/mL (HAPi) e 368,3 pg/mL (HPTEC), com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,0009$). **Conclusões:** Os níveis séricos de TGF- β 1 e IL-13 apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de hipertensão pulmonar, sugerindo participação desses mediadores na fisiopatologia da doença. Chama atenção o achado de níveis mais elevados de IL-13 nos pacientes com HAP-Sch, quando comparado aos outros tipos de HP, reforçando o papel de mecanismos imunológicos específicos nessa etiologia. Esses resultados destacam a relevância da avaliação de biomarcadores inflamatórios e fibrogênicos na caracterização dos diferentes tipos de hipertensão pulmonar.

504 PADRONIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO MODELO EXPERIMENTAL DE HIPERTENSÃO PULMONAR ASSOCIADA À ESQUISTOSSOMOSE

SALIBE-FILHO, W , ROQUE, A C , PEREIRA, K R , SILVA, C S R , CRAJOINAS, R O , MELO, L C V , FARIA, D P , ANDRADE, S S , ACENCIO, M M P , SOUZA, R

Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coracao (InCor), Hospital das Clinicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, BR - Sao Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A hipertensão pulmonar secundária a esquistossomose (HP-Sch) resulta da embolização e retenção de ovos nos vasos pulmonares, causando inflamação granulomatosa, remodelamento vascular e sobrecarga cardíaca direita. A padronização metodológica na indução e avaliação de um modelo experimental auxilia na comparação de resultados, validação de biomarcadores e desenvolvimento de terapias direcionadas. Assim, protocolos uniformes são essenciais para fortalecer a reprodutibilidade e relevância translacional. **Objetivos:** Padronizar e avaliar um modelo experimental de HP-Sch com uma ou múltiplas injeções de ovos de *Schistosoma mansoni*. **Métodos:** 35 camundongos Balb/C (CEUA 2011/2023) divididos em 4 grupos, sendo: 30 infectados (ovos de *S. mansoni*) e 5 controles. HP-Sch induzida por injeção intraperitoneal (240 ovos/g) e, posteriormente, 1, 2 ou 3 doses intravenosas (175 ovos/g). Após 21 e 50 dias, os animais passaram por cateterismo cardíaco direito para a pressão da artéria pulmonar (PAP), PET, coleta de pulmões e coração para histologia, e sangue para dosagem de IL-6 TGF- β 1. **Resultados:** Uma injeção induz resposta inflamatória aguda com produção de IL-6 ($577,8 \pm 330,5$ pg/mL) e TGF- β 1 ($1279,1 \pm 481,6$ pg/mL) após 21 dias com formação de granulomas perivascular, com regressão em 50 dias. No grupo de 3 injeções observamos níveis similares de IL-6 ($549,1 \pm 177,5$) e mais elevados de TGF- β 1 após 50 dias ($1944,8 \pm 144,5$ pg/mL) e remodelamento vascular mais severo e estável. Na avaliação hemodinâmica, 1 injeção de ovos de *S. mansoni* apresentou PAP de $31,38 \pm 1,08$ mmHg que regrediu significativamente após 50 dias ($17,8 \pm 3,4$ mmHg $p < 0,05$). Mesmo comportamento observado no grupo de 2 injeções. No grupo de 3 injeções a PAP permaneceu elevada ($39,3 \pm 8,3$ mmHg). Na análise do PET, também foi observado menor captação com 1 ou 2 injeções quando comparado ao grupo de 3 injeções após 50 dias. Contudo, os animais que receberam 3 injeções de ovos de *S. mansoni* apresentaram mortalidade superior aos que receberam 1 injeção (55%) e 2 injeções (40%). **Conclusões:** No modelo experimental de HP-Sch, a utilização de 1 injeção de ovos de *S. mansoni* promove resposta inflamatória predominantemente aguda, caracterizada pela formação inicial de granulomas perivascular e discreto remodelamento da vasculatura pulmonar, com tendência à regressão parcial ao longo do tempo. Em contraste, 3 injeções mantêm estímulo antigênico contínuo, resultando em inflamação crônica sustentada, granulomas persistentes e remodelamento vascular mais severo e estável, frequentemente associado a hipertrofia da camada média, adventícia e lesões plexiformes. Essa abordagem mimetiza de forma mais fidedigna a fisiopatologia crônica observada na HP-Sch humana, embora ocorreu maior mortalidade animal. A escolha entre esses protocolos deve, portanto, considerar os objetivos do estudo, equilibrando mimetismo humano e viabilidade experimental.

440 **EMBOLOGIAÇÕES DE MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES (MAVPS): UMA SÉRIE DE CASOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM HIPERTENSÃO PULMONAR**

CAUZZO, I S, CARVALHO, G G, ROSSETTO, N Z, SANCHES, F M, PILAN, B F, FONSECA, E K U N, ALVES JUNIOR, J L, JARDIM, C V P, FERNANDES, C J C, TERRA-FILHO, M, SOUZA, R, SALIBE-FILHO, W

Incor - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVPS) são anomalias vasculares raras, caracterizadas por comunicações diretas entre artérias e veias pulmonares, sem interposição capilar. Embora muitas vezes assintomáticas, podem gerar complicações graves, como hipoxemia, hemorragia, eventos embólicos paradoxais (incluindo acidente vascular cerebral) e infecções. O diagnóstico precoce e a intervenção adequada são essenciais para prevenir desfechos adversos. A embolização endovascular, quando indicada, é o tratamento de escolha, permitindo oclusão seletiva das comunicações anômalas, restauração da fisiologia vascular e melhora clínica.

Objetivos: Avaliar a segurança, eficácia e desfechos clínicos da embolização endovascular em pacientes com malformações arteriovenosas pulmonares, com ênfase na melhora da oxigenação, classe funcional e complicações. **Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo incluindo todos os pacientes com MAVP submetidos à embolização endovascular entre fevereiro de 2021 e abril de 2025. A escolha do dispositivo (plug Amplatzer, molas, microplug vascular MVP-5Q ou combinações) foi individualizada conforme anatomia e experiência do operador. Foram avaliadas saturação periférica de oxigênio (SpO₂), classe funcional (NYHA), complicações e redução do tamanho do nidus. As medidas dos vasos aferentes e eferentes foram obtidas por tomografia computadorizada (TC) de tórax e analisadas por radiologista torácico. **Resultados:** Oito pacientes (87% mulheres, idade média 37±22 anos) foram incluídos, totalizando 11 MAVPs tratadas. Sete tinham telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) e um caso era idiopático. Plug Amplatzer foi usado em seis procedimentos; molas e microplug em um caso cada; e combinação de dispositivos, em três. As lesões localizavam-se no lobo inferior direito (45.5%), lobo médio (27.3%), lobo superior direito (18.2%) e lobo inferior esquerdo (9.1%). Após a embolização, houve melhora clínica em todos os pacientes, com aumento médio de 4,07% na SpO₂ (de 93.3% para 97.1%) e melhora da classe funcional (NYHA II/III para I/II). As artérias nutridoras eram, em geral, únicas, com diâmetro médio de 0,6 cm. A redução média do nidus foi de 79.6%. Complicações ocorreram em três pacientes: infarto pulmonar com derrame pleural, hemoptise leve e trombose residual associada a nova MAVP no seguimento. Não houve óbitos relacionados ao procedimento. **Conclusões:** A embolização endovascular de MAVPs mostrou-se segura e eficaz, com baixa taxa de complicações e benefícios clínicos significativos, incluindo melhora da oxigenação e da classe funcional, ambos associados à melhor qualidade de vida. Vale ressaltar que a embolização também previne infecções mesmo na ausência de hipoxemia, ampliando sua relevância clínica e justificando sua indicação precoce em casos selecionados. A escolha individualizada do dispositivo e a análise detalhada por imagem foram determinantes para o sucesso técnico e clínico.

295 **IMPACTO CLÍNICO IMEDIATO DA SUBSTITUIÇÃO DE AMBRISENTANA POR BOSENTANA EM COORTE BRASILEIRA COM HAP**

NASCIMENTO, I A O, ROSSETTO, N Z, CARVALHO, G G, CAUZZO, I S, CRUZ, C R, SCABELLO, R T, JARDIM, C V P, ALVES-JR, J L, MARTINS, M A, SOUZA, R, FERNANDES, C J C S

InCor - Instituto do Coração do HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma condição grave, cujo tratamento é baseado em três vias: prostaciclina, óxido nítrico e endotelina. A via da endotelina tem papel central, sendo a ambrisentana amplamente utilizada por sua posologia conveniente e menor risco de hepatotoxicidade. Em 2025, devido a desabastecimento nacional, 86 pacientes com HAP (Grupo 1) foram submetidos à troca de ambrisentana por bosentana em um centro de referência. **Objetivos:** Este estudo avalia possíveis repercussões clínicas e laboratoriais dessa substituição. **Métodos:** Análise retrospectiva de dados clínicos, laboratoriais, hemodinâmicos e de risco. A descompensação clínica precoce foi definida como evento marcante de piora (síncope, dispneia ou edema com progressão de classe funcional) até 12 semanas após a troca. **Resultados:** Vinte e quatro pacientes (27,9%) apresentaram descompensação clínica precoce, com tempo médio de 52,9 ± 17,5 dias. Entre eles, 50% estavam em tripla terapia e 21% utilizavam oxigênio. Nove (10,5%) procuraram o pronto-socorro. Esses pacientes apresentaram BNP mais elevado (321,9 ± 335,0 vs 121,7 ± 148,6 pg/mL; p=0,0108), maior pressão do átrio direito (12,2 ± 4,7 vs 9,5 ± 4,8 mmHg; p=0,0223) e estratificação de risco menos favorável: apenas 29% estavam em baixo risco pelo COMPERA e 33% pelo REVEAL. Nenhum paciente apresentou elevação das transaminases acima de três vezes o limite superior da normalidade ou anemia. **Conclusões:** Na presente análise, a troca de ambrisentana por bosentana foi seguida de descompensação clínica precoce em parte dos pacientes. A estratificação de risco basal pode auxiliar na identificação daqueles que demandam acompanhamento mais próximo.

506 **PAPEL DOS BIOMARCADORES DÍMERO-D E FATOR VIII E SUA CORRELAÇÃO NA RECORRÊNCIA DE TROMBOEMBOLIA VENOSA E DE DEFEITO PERFUSIONAL RESIDUAL APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA**

SILVA, V W D S , DA SILVA, M M C A , GREGÓRIO, K S , FARIA, J F G , YAMAUCHI, F K , NUNES, H R D C , YOO, H H B

Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: Pacientes com primeiro episódio de tromboembolismo venoso (TEV) estão sujeitos à recorrência, cujo risco é mais elevado nos primeiros 6 a 12 meses após o diagnóstico. Após a interrupção do tratamento, as taxas de recorrência são de 11,7% nos casos idiopáticos, 4,3% nos associados a fatores de risco temporários e 23,7% nos relacionados a fatores de risco não removíveis. Mesmo entre grupos semelhantes, considerando episódios de TEV provocados ou não provocados, observam-se diferenças no risco de recorrência, sugerindo a influência de outros fatores pouco conhecidos ou pouco estudados, como dímero-D (DD) persistentemente elevado, elevação do fator VIII e defeito perfusional residual (DPR) à cintilografia pulmonar após o término do tratamento. **Objetivos:** Avaliar o papel do DD, Fator VIII e sua correlação na recorrência de TEV e persistência de DPR acima de 10% após o término do tratamento de tromboembolia pulmonar (TEP) aguda. **Métodos:** Estudo de corte histórico de pacientes consecutivos com TEP (2015-2024). Foram resgatados os dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e de cintilografia pulmonar. Realizou-se análise exploratória visando a identificação de outliers e a devida limpeza. Em seguida, realizou-se análise descritiva e modelagem dos dados para investigar os fatores associados aos eventos TEV e DPR por meio de regressão linear com resposta Poisson. Associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. As análises foram feitas com o software SPSS 21. **Resultados:** Dos 152 pacientes que terminaram o tratamento houve 11 recorrências de TEV (7,2%). Destes o tabagismo (RR=4,44; IC=1,37-14,36; $p=0,013$) e TEV prévia (RR=6,33; IC=2,16-18,60; $p=0,001$) foram os preditores significativos para recorrência de TEV. Entretanto, não houve associação com o grau de DPR (RR=1,32; IC= 0,37-4,75; $p=0,671$). Dos 152 pacientes, 100 pacientes apresentaram DPR acima de 10% (65,8%). Destes, o dímero-D > 500 $\mu\text{g/ml}$ (RR=1,26; IC=1,00-1,58; $p=0,048$) foi identificado como preditor significativo para persistência de DPR acima 10%, mas não para recorrência de TEV (RR=2,65; IC=0,51-13,62; $p=0,224$). Já o Fator VIII >150 UI/dL não foi identificado como preditor de recorrência de TEV (RR=0,51; IC=0,12-2,16; $p=0,359$) e nem como persistência de DPR acima de 10% (RR=1,24; IC=0,95-1,61; $p=0,114$). **Conclusões:** Níveis elevados de DD foram identificados como preditores de persistência de DPR acima de 10%, mas não como preditores de recorrência de TEV. Por outro lado, níveis elevados de fator VIII não apresentaram associação nem com a recorrência de TEV nem com a persistência de DPR após o término do tratamento anticoagulante da TEP aguda.

431 **FRAGMENTAÇÃO DE TROMBOS EM PACIENTES COM HPTEC: IMPLICAÇÕES PARA A TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR**

SANCHES, F M , CARVALHO, G G , ROSSETTO, N Z , CAUZZO, I S , ALVES-JUNIOR, J L , JARDIM, C V P , FERNANDES, C J C , FREITAS-FILHO , O , JATENE, F B , TERRA-FILHO , M , SOUZA , R , SALIBE-FILHO, W Incor - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é uma complicação potencialmente tratável do tromboembolismo pulmonar agudo, caracterizada por obstrução vascular persistente por trombos organizados e remodelamento vascular secundário, levando ao aumento da resistência vascular pulmonar e risco de falência ventricular direita. A tromboendarterectomia pulmonar (TEAP) é o tratamento de escolha em centros de referência, com impacto significativo em sobrevida. Entretanto, pouco se conhece sobre a relação entre a morfologia macroscópica dos trombos ressecados e os desfechos perioperatórios. **Objetivos:** Avaliar a associação entre a fragmentação macroscópica dos trombos extraídos na TEAP e parâmetros clínicos, hemodinâmicos e cirúrgicos em pacientes com HPTEC. **Métodos:** Estudo retrospectivo, conduzido em centro de referência nacional, incluindo 151 pacientes submetidos à TEAP entre 2018 e 2024, todos com imagens macroscópicas dos trombos disponíveis. Dois examinadores cegos classificaram as peças em trombos fragmentados ou não fragmentados. Foram analisadas características demográficas, pressões pulmonares e parâmetros perioperatórios, com testes estatísticos (t de Student e F-test, GraphPad Prism). **Resultados:** Dos 151 pacientes, 122 (80,8%) foram classificados como não fragmentados e 29 (19,2%) como fragmentados. Grupo não fragmentado: idade média de 44 anos; 76 pacientes do sexo feminino (62,3%). Grupo fragmentado: idade média de 47 anos; 12 pacientes do sexo feminino (41,4%). O tempo médio de circulação extracorpórea foi significativamente maior no grupo fragmentado (310,7 vs. 273,0 min; $p<0,0001$). O tempo de parada cardiorrespiratória também foi mais prolongado (59,1 vs. 44,0 min; $p<0,0001$). Além disso, a pressão média da artéria pulmonar (PmAP) pré-operatória foi superior no grupo fragmentado (52,6 vs. 46,6 mmHg; $p=0,0169$). **Conclusões:** A presença de trombos fragmentados esteve associada a maior pressão pulmonar pré-operatória, além de aumento do tempo cirúrgico e da parada cardiorrespiratória durante a TEAP. Esses achados sugerem que a morfologia trombótica pode refletir maior complexidade hemodinâmica e técnica, com potenciais implicações prognósticas. Estudos futuros devem explorar se a fragmentação macroscópica pode atuar como marcador de risco perioperatório, auxiliando na estratificação e no manejo desses pacientes.

422 **PREDITORES DE RECORRÊNCIA DE TROMBOEMBOLIA VENOSA E DE DEFEITO PERFUSIONAL RESIDUAL APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA**

SILVA, M M C A, SILVA, V W D S, GREGÓRIO, K S, FARIA, J F G, YAMAUCHI, F K, NUNES, H R D C, YOO, H H B
Universidade Estadual Paulista - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: Tromboembolia venosa (TEV) é uma condição cardiovascular que se manifesta como duas entidades clínicas: trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolia pulmonar (TEP). Pacientes com primeiro episódio de TEV estão sujeitos à recorrência. O risco de recorrência é mais elevado nos primeiros 6 a 12 meses após o diagnóstico. Pacientes que tiveram TEV com fator de risco conhecido e temporário tendem a apresentar baixo risco de recorrência e necessitam de período menor de anticoagulação em relação aos que tiveram TEV não provocada (idiopática) ou com fator de risco permanente. A taxa cumulativa de recorrência é cerca de 25% e 30% aos 5 e 10 anos respectivamente. Aproximadamente de 15-50% dos pacientes com episódio agudo de TEP podem apresentar defeito perfusional residual (DPR) após a anticoagulação prolongada. Os preditores e significado de DPR após término do tratamento anticoagulante ainda são pouco conhecidos. **Objetivos:** Identificar os preditores de recorrência de TEV e DPR após o término do tratamento anticoagulante. **Métodos:** Estudo de coorte histórico de pacientes consecutivos com TEP (2015-2024). Foram resgatados os dados epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e de cintilografia pulmonar. Realizou-se análise exploratória visando a identificação de outliers e a devida limpeza. Em seguida, realizou-se análise descritiva e modelagem dos dados para investigar os fatores associados aos eventos TEV e DPR por meio de regressão linear com resposta Poisson. Associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. As análises foram feitas com o software SPSS 21. **Resultados:** Dos 152 pacientes que terminaram o tratamento houve 11 recorrências de TEV (7,2%). Destes o tabagismo ($RR=4,44$; $IC=1,37-14,36$; $p=0,013$) e TEV prévia ($RR=6,33$; $IC=2,16-18,60$; $p=0,001$) foram os preditores significativos para recorrência de TEV. Entretanto, não houve associação com o grau de DPR ($RR=1,32$; $IC=0,37-4,75$; $p=0,671$). Dos 152 pacientes, 100 pacientes apresentaram DPR acima de 10% (65,8%). Destes foram preditores significativos para DPR acima de 10%: idade > 70 anos ($RR=1,32$; $IC=1,06-1,64$; $p=0,013$), raça não branca ($RR=1,49$; $IC=1,23-1,79$; $p=0,000$), dímero-D > 500 $\mu g/ml$ ($RR=1,26$; $IC=1,00-1,58$; $p=0,048$), colagenose ($RR=1,53$; $IC=1,36-1,71$; $p=0,000$), DPOC ($RR=1,34$; $IC=1,05-1,72$; $p=0,019$), tabagismo ($RR=1,38$; $IC=1,13-1,72$; $p=0,002$), varizes de pernas ($RR=1,55$; $IC=1,38-1,75$; $p=0,000$) e viagem longa ($RR=1,54$; $IC=1,37-1,74$; $p=0,000$). **Conclusões:** Os principais preditores de recorrência de TEV após o término do tratamento anticoagulante da TEP aguda foram o tabagismo e a história prévia de TEV. A persistência de DPR acima de 10% após o tratamento da TEP é um fenômeno multifatorial e não apresentou associação com a recorrência de TEV.

288 **MORTALIDADE POR HIPERTENSÃO PULMONAR EM DIFERENTES SISTEMAS DE SAÚDE: IMPACTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA DISPONIBILIDADE TERAPÊUTICA ENTRE 1991 E 2023**

NASCIMENTO, I A O, CRUZ, C R, SCABELLO, R T, JORGE, I M S, FERNANDES, C J C S
InCor - Instituto do Coração do HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) é uma condição grave e progressiva, cuja mortalidade pode refletir tanto a efetividade terapêutica quanto o acesso ao diagnóstico e tratamento especializado.

Objetivos: Comparamos a evolução destas taxas na Inglaterra (dados disponíveis desde 2013), Estados Unidos, Brasil e no estado de São Paulo (SP) entre 1990 e 2023. **Métodos:** Foram analisadas séries temporais de mortalidade por HP (CID-10: I27), estratificadas por faixas etárias, com base em dados oficiais e corrigidas por população. Avaliaram-se internações hospitalares por HP como potenciais indicadores de acesso e manejo clínico. Marcos terapêuticos e políticas públicas (ex: sildenafil no SUS) foram destacados na linha do tempo. **Resultados:** Na Inglaterra, a mortalidade no grupo ≥ 65 anos manteve-se estável (4,4/100 mil hab. em 2013 e 4,9 em 2023). Nos EUA, houve aumento de 1,6 para 14,3/100 mil entre 1991 e 2023. No Brasil, a taxa ≥ 65 anos caiu de 16,5 para 3,0/100 mil, com queda mais acentuada em SP (22,0 para 3,4). Apesar da redução da mortalidade, as internações aumentaram no Brasil e em SP, sugerindo potenciais maiores taxas de detecção e sobrevida. A queda da mortalidade média em SP após 2019 (1,25 para 0,64/100 mil) coincidiu com a incorporação do iloprostá ($p < 0,01$). Houve em todas as regiões um decréscimo relativo nas taxas no período pandêmico, fenômeno também observado para outras condições pulmonares crônicas. **Conclusões:** A mortalidade por HP evoluiu de forma divergente entre os países. No Brasil, os dados sugerem impacto positivo das políticas públicas, com aumento de internações refletindo maior acesso e sobrevida.

296 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E IMPACTO DA TERAPIA COMBINADA EM COORTE CONTEMPORÂNEA BRASILEIRA COM HAP

NASCIMENTO, I A O , ROSSETTO, N Z , CAUZZO, I S , CARVALHO, G G , CRUZ, C R , SCABELLO, R T , JARDIM, C V P , ALVES-JR, J L , MARTINS, M A , SOUZA, R , FERNANDES, C J C S

InCor - Instituto do Coração do HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A caracterização de coortes contemporâneas com hipertensão arterial pulmonar (HAP) permite avaliar a efetividade terapêutica. **Objetivos:** Descrever pacientes acompanhados em um centro de referência, em diferentes tipos de terapia. **Métodos:** Estudo descritivo com 196 adultos com HAP, analisando etiologia, classe funcional (CF), teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), BNP, parâmetros hemodinâmicos, tipo de terapia específica e estratificação de risco pelo COMPERA 2.0 (4 estratos). **Resultados:** O tempo mediano de diagnóstico foi de 5.3 anos (IQR 2.2 – 8.2), 157 pacientes eram mulheres (80,1%), idade $49,6 \pm 14,3$ anos e IMC $26,6 \pm 5,6$ kg/m². As etiologias foram HAP idiopática (45,9%), doenças do tecido conjuntivo (19,9%), cardiopatias congênitas (11,2%), esquistossomose (10,2%), HIV e Porto pulmonar (5,6%) cada. BNP $170,3 \pm 234,4$ pg/mL e distância no TC6M, $415,0 \pm 91,0$ m. Quanto à CF, 75,5% estavam em I ou II. Pressão do átrio direito (PAD) $10,0 \pm 5,8$ mmHg, pressão capilar pulmonar $11,3 \pm 4,5$ mmHg, índice cardíaco (IC) $2,7 \pm 0,9$ L/min/m², resistência vascular pulmonar (RVP) $9,6 \pm 6,0$ UW, saturação venosa $67,2 \pm 12,1\%$ e pressão média da artéria pulmonar (PAPm) $49,0 \pm 15,6$ mmHg. Pelo COMPERA 2.0 (4 estratos), 55,6% dos pacientes estavam fora do baixo risco. Setenta e quatro pacientes (37,8%) estavam em terapia tripla, com BNP mais alto ($p=0,0016$), menor TC6M ($p=0,038$), maior PAD ($p=0,0048$), menor IC ($p=0,0008$), maior RVP ($p<0,0001$), menor SvO₂ ($p=0,0159$) e maior PAPm ($p<0,0001$) em comparação aos demais. **Conclusões:** Mesmo com terapia tripla, uma proporção relevante de pacientes com HAP permanece fora da zona de baixo risco.

546 CORRELAÇÃO ENTRE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR – NOVA FERRAMENTA PARA ESTRATIFICAÇÃO?

FRANCO, C R , LIMA BINDÁ, A G , SILVEIRA, E P , FERREIRA ANDRADE PAIVA, R L , FELICIANO SOUZA SANTOS, A B , FELIX DA SILVA, T A , VIEIRA, T M , MARTINS, M D A

Irmandade Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A qualidade de vida é desfecho central para tratamento de qualquer patologia. Em hipertensão pulmonar (HP) o escore EmphaSis-10 é instrumento validado para avaliação de qualidade de vida (QV), sensível a mudanças e com valor prognóstico. As recomendações do 7º Simpósio Mundial de Hipertensão Pulmonar (WSPH 2024) enfatizam a incorporação de resultados diretamente avaliados pelo paciente ao manejo e à definição de metas terapêuticas e manejo medicamentoso. Em HP tromboembólica crônica (HPTEC), a tromboendarterectomia (PEA) permanece sendo o tratamento padrão-ouro, porém angioplastia por balão e terapia medicamentosa têm papéis importantes, com evidência de desfechos a consistentes porém ainda limitados.

Objetivos: Correlacionar diagnóstico e escore de risco REVEAL-Lite pré e pós tratamento com a variação do EmphaSis-10 pré e pós tratamento, correlacionando melhora de estratificação de risco e QV com terapia medicamentosa. **Métodos:** Coorte retrospectiva de dois centros de alta complexidade em atendimento pneumológico com pacientes com HAP ou HPTEC com medidas pareadas de EmphaSis-10 e REVEAL-Lite pré e pós tratamento. Definimos Δ (pré–pós); Δ positivo = melhora. Desfecho primário: correlação entre ΔEmphaSis-10 e ΔREVEAL-Lite (Pearson e Spearman, IC95%). Secundários: 1) Comparação das magnitudes de melhora por etiologia (HPTEC vs HAP; Mann-Whitney); 2) Comparação por regime medicamentoso, classificado em dupla, e tripla terapia. Testes bicaudais; B=0,05. **Resultados:** Incluídos 17 pacientes com dados pareados (HAP=11; HPTEC=6). Observou-se tendência de correlação entre melhora de QV e redução de risco no conjunto total (índice Pearson $r=0,397$; $p=0,114$; Spearman $\tilde{r}=0,306$; $p=0,232$). Por etiologia, as melhoras medianas foram: EmphaSis-10 27,0 (IQR 18,5–28,5) em HAP e 17,0 (11,75–25,25) em HPTEC; REVEAL-Lite 3,0 (2,5–4,0) e 3,0 (2,25–3,0), respectivamente (“p” entre etiologias: 0,36 para EmphaSis-10; 0,29 para REVEAL-Lite). Na HPTEC, houve correlação forte entre ΔEmphaSis-10 e ΔREVEAL-Lite ($r=0,913$; $p=0,011$; $\tilde{r}=0,820$; $p=0,046$). Na análise por regime terapêutico, dupla ($n=10$) vs tripla ($n=4$): - Δ EmphaSis-10 – mediana 22,0 (11,75–27,00) vs 18,5 (7,75–24,75); $U=24,5$; $p=0,569$. Δ REVEAL-Lite – mediana 3,0 (2,25–3,00) vs 4,0 (3,25–4,00); $U=13,0$; $p=0,334$. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre dupla e tripla terapia.

Conclusões: No cenário clínico real, observamos melhora significativa de QV (EmphaSis-10) associada a ganhos concordantes em REVEAL-Lite, com correlação robusta na HPTEC. Conforme o WSPH 2024, nossos achados reforçam a utilidade de desfechos reportados pelo paciente para orientar o cuidado. A PEA permanece como tratamento de escolha quando disponível, mas terapias medicamentosas com iPDE5 e ARE vêm sendo empregadas na ausência de opção cirúrgica, mostrando tendência à melhora de QV, hipótese que requer validação em estudos. A principal limitação é o pequeno tamanho amostral, sendo importante ensaios clínicos maiores e prospectivos para mudança de paradigmas.

412 **PERFIL CLÍNICO, HEMODINÂMICO E EVOLUTIVO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CATETERIZAÇÃO CARDÍACA POR SUSPEITA DE HIPERTENSÃO PULMONAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO NO BRASIL, DE JANEIRO DE 2016 A DEZEMBRO DE 2019**

LIMA, L P , MENEZES, M B , LEMOS, D C , ROMANO, M M D , VIANNA, E O , PADUA, A I , SILVA, M G M , CHIERICE, J R A , MARIN NETO, J A

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil

Introdução: O diagnóstico de hipertensão pulmonar (HP) é suscitado por sintomas e sinais clínicos e confirmado por cateterismo cardíaco direito (CCD). A sua descrição na literatura brasileira é escassa, especialmente com os limites recentemente adotados de pressão pulmonar média > 20 mmHg e resistência vascular ≥ 2 UW. Relatamos as características de todos os casos encaminhados a um hospital de alta complexidade devido à suspeita de HP entre 2016 e 2019, com acompanhamento da mortalidade por ao menos 1 ano. **Objetivos:** Descrever aspectos clínicos, hemodinâmicos e evolutivos de todos os pacientes avaliados por CCD para investigação de HP no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) entre os anos de 2016 e 2019, com ênfase nos indivíduos classificados etiológicamente como grupo 1. **Métodos:** Foram incluídos todos indivíduos com suspeita de HP encaminhados ao HCFMRP-USP para avaliação invasiva através de CCD. Foram realizados exames hemodinâmicos basais, testes de reatividade vascular pulmonar e/ou de sobrecarga volêmica, a fim de descrever este perfil de paciente nessa amostra, segundo classificações atualizadas. Os indivíduos foram acompanhados por pelo menos 1 ano após a cateterização cardíaca direita. **Resultados:** Foram estudados 251 indivíduos, 64,5% do sexo feminino, com mediana de idade de 55 anos e IMC mediano de 26,8. Trinta e cinco por cento eram tabagistas atuais. Os indivíduos do grupo 1 eram particularmente mais proeminentes nessa amostra (90 indivíduos), dos quais 60 eram portadores de doença do tecido conjuntivo. Vinte por cento do total de indivíduos estudados já estavam recebendo tratamento específico para HP mesmo antes da cateterização cardíaca direita. Os grupos 1 e 2 foram os mais prevalentes (36% e 37% da amostra, respectivamente). Sessenta por cento dos indivíduos realizaram testes complementares (de sobrecarga volêmica e/ou de óxido nítrico). Identificou-se HP exclusivamente pré-capilar em 33% dos casos, exclusivamente pós-capilar em 34% e combinada (pré e pós-capilar) em 20%. O teste de sobrecarga volêmica revelou hipertensão venosa pulmonar oculta em 17 indivíduos. A mortalidade foi de 23% em um seguimento mediano de 21 meses. A pressão média na artéria pulmonar, antes dos testes complementares, foi de 47mmHg. **Conclusões:** Os indivíduos avaliados por cateterismo cardíaco direito entre 2016 e 2019 em um hospital terciário eram predominantemente mulheres de meia-idade, com alta prevalência de comorbidades, índice de massa corporal elevado e uso de múltiplos medicamentos. A suspeita baseada em métodos não invasivos de HP foi confirmada pela cateterização cardíaca basal complementada por testes complementares (sobrecarga volêmica e óxido nítrico) na maioria dos casos. As doenças do tecido conjuntivo e as patologias do coração esquerdo são as etiologias mais prevalentes, com alta mortalidade em curto prazo.

doenças intersticiais pulmonares (trabalho original)

332 **EXPLORANDO BARREIRAS E FACILITADORES DA TELEAVALIAÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL EM UM PAÍS DE RENDA MÉDIA ATRAVÉS DA ANÁLISE QUALITATIVA**

CAMARGO MELLO, G , PEREIRA SILVA, W , COSTA, L T , SILVA ROCHA, W T , PEREIRA MADEU, D , MALOSA SAMPAIO, L M , SILVA, S M

Universidade Nove de Julho - SP - São Paulo - Brasil

Introdução: A teleavaliação tornou-se uma ferramenta essencial para garantir a continuidade do cuidado a pacientes com Doença Pulmonar Intersticial (DPI), especialmente diante das limitações no acesso presencial aos serviços de saúde. As chamadas por vídeo, em particular, demonstraram mais de 90% de satisfação dos pacientes em serviços de tele-saúde em países de baixa e média renda, devido à sua acessibilidade e facilidade de uso. No entanto, as barreiras e os facilitadores específicos da teleavaliação por vídeo nesses contextos ainda são pouco explorados. **Objetivos:** Identificar os desafios e facilitadores relatados por pacientes na teleavaliação realizada por videochamada em indivíduos com DPI, dentro do contexto do sistema de saúde brasileiro, um país de renda média com limitações estruturais distintas. **Métodos:** Foi realizado um estudo qualitativo por meio de entrevistas individuais em profundidade, conduzidas por videochamada, com 19 pacientes diagnosticados com diferentes subtipos de DPI. Utilizou-se um roteiro semiestruturado e aplicou-se a análise temática para codificar, categorizar e identificar temas e subtemas centrais relacionados às barreiras e aos facilitadores relatados pelos pacientes no processo de teleavaliação. **Resultados:** Participaram do estudo 19 pacientes com DPI provenientes de diferentes regiões do Brasil. A análise temática revelou dois temas principais: barreiras e facilitadores da teleavaliação por vídeo. As barreiras incluíam problemas de conectividade, acesso limitado à internet, ausência do exame físico, baixo letramento digital e preocupações com a segurança digital. Entre os facilitadores, destacaram-se economia de tempo e custos, percepção de viabilidade, comunicação eficaz com os profissionais, familiaridade com recursos digitais e apoio de cuidadores. A análise lexical reforçou esses achados, com termos de alta frequência relacionados a acesso, usabilidade e à centralidade da interação entre paciente e profissional. **Conclusões:** A teleavaliação por videochamada foi percebida como uma alternativa viável e aceitável por indivíduos com DPI em um país de renda média. Embora barreiras estruturais, tecnológicas e relacionadas ao letramento digital possam dificultar sua implementação, os participantes também identificaram facilitadores importantes, como conveniência, comunicação efetiva e percepção de equivalência clínica em relação ao atendimento presencial. Esses achados destacam a necessidade de estratégias direcionadas para ampliar a inclusão digital, preparar os usuários e fortalecer a infraestrutura da tele-saúde, a fim de otimizar o engajamento dos pacientes e a continuidade do cuidado.

- 491 **AVALIAÇÃO DE PREVALÊNCIA DE DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS DENTRO DO PROGRAMA DE RASTREIO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS-PROGRAMA INSPIRE**
SOZA, J V D , LOPES, I C , TORRES, L L , DE MORAES, M L F , SACARDO , G M , BRAIT, A B F , BRIZOLA, L F P , FRANCO, E T , PRUDENTE , R , DUSSO, H G , TANNI, S E
FMB - Unesp - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: O Programa INSPIRE é um projeto multidisciplinar de rastreamento de doenças respiratórias crônicas que integra a rede de saúde primária e especializada, com foco na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e seguimento para a população residente do interior de São Paulo. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de doenças pulmonares intersticiais na população assistida no Programa INSPIRE. **Métodos:** Estudo longitudinal de avaliação clínica, diagnóstica e de seguimento de pessoas com sintomas respiratórios ou com fatores de risco para desenvolvimento de doenças respiratórias. Dados avaliados entre as pessoas incluídas entre março de 2023 a abril de 2025. No momento basal são realizadas avaliações demográficas, clínicas e espirometria. Os pacientes são avaliados por equipe multiprofissional e médica para diagnóstico e condutas, tendo a inclusão da rede primária em referência e contrarreferência. Para este estudo, foram considerados as análises dos pacientes que tiveram a condição clínica definida como PRISM e também que necessitaram de avaliação complementar diagnóstica. **Resultados:** Entre os 760 pacientes incluídos no período, foram considerados 7% de PRISM e 11% estiveram em investigação complementar diagnóstica de doenças respiratórias. Em sua maioria eram mulheres (51%) brancas (58,5%), sendo que 100% já tinham exposição prévia ao tabaco, 62% eram tabagistas atuais com exposição mínima de 35 anos. 71% apresentavam sintomas respiratórios (64% tosse / 58% dispneia / 51% expectoração). Após avaliação complementar de imagens por tomografia de tórax e/ou pletismografia e difusão de monóxido de carbono, foi diagnosticada prevalência de 2% de doenças pulmonares intersticiais. A média de início dos sintomas até a avaliação no INSPIRE foi de 2 anos. Destes, foram realizados diagnósticos de pneumonite por hipersensibilidade, fibrose com enfisema, fibrose pós-COVID, pneumonia em organização e fibrose pulmonar típica. Salienta-se que houve diagnósticos de outras doenças graves, como câncer pulmonar (2 pacientes), os quais tiveram diagnóstico em 40 dias desde a primeira avaliação. **Conclusões:** O diagnóstico de doenças pulmonares intersticiais dentro da rede de saúde pública pode ser auxiliado por programas de rastreio de doenças respiratórias de forma sustentável e com redução do tempo de evolução.

- 507 **IMPACTO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 3D NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS PULMONARES**
DE OLIVEIRA, G A R
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A interpretação de imagens é essencial no diagnóstico médico, mas a tomografia axial convencional pode limitar a visualização anatômica. A reconstrução multiplanar 3D permite melhor compreensão espacial e pode reduzir erros diagnósticos, ainda pouco explorados na prática clínica e na formação médica. **Objetivos:** Comparar a compreensão diagnóstica entre a tomografia axial e a reconstrução multiplanar 3D, avaliando acurácia, localização anatômica e confiança dos médicos, além de identificar o formato de laudo preferido. **Métodos:** Ensaio clínico prospectivo e randomizado, realizado no Hospital São Paulo em 2023, com 50 residentes de Clínica Médica, Radiologia, Cirurgia e Neurologia. Dois grupos analisaram quatro casos (nódulo, tuberculose, linfonodomegalia e COVID-19). O grupo F1 avaliou imagens axiais e o F2 reconstruções 3D. Após cada questão, registraram confiança na resposta. Análise estatística pelo qui-quadrado, $p < 0,05$. **Resultados:** Em ambos os grupos, 80% preferiram laudos descritivos com imagens nos três planos e hipóteses diagnósticas. A reconstrução 3D mostrou maior acurácia: nódulo (96% vs. 68%, $p = 0,02$), linfonodomegalia (91,7% vs. 75%, $p = 0,18$; localização 83,3% vs. 50%, $p = 0,01$) e COVID-19 (83,3% vs. 62,5%, $p = 0,003$). A confiança também foi superior no grupo 3D. **Conclusões:** A TC tridimensional apresentou melhor desempenho diagnóstico e maior confiança em comparação à axial. O laudo ideal deve incluir descrição detalhada com imagens multiplanares e hipóteses diagnósticas, reforçando o valor da 3D na prática clínica.

doenças pleurais (trabalho original)

425 METROTEXATO ASSOCIADO À NANOPARTICULAS NA ADJUVÂNCIA AO TRATAMENTO DO DERRAME PLEURAL MALIGNO EXPERIMENTAL

PINCINATO, L P , FERNANDEZ, G N , SILVA, A O , PEREIRA, K R , SILVA, C S R , ANDRADE, S S , SANTOS, L S N , SALES, R K B , FORTUNATO, E , MARANHÃO, R C , TEIXEIRA, L R , ACENCIO, M M P

Disciplina de Pneumologia, Instituto do Coracao (InCor), Hospital das Clinicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, SP, BR - Sao Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: O metotrexato (MTX), embora tenha sido desenvolvido originalmente como um agente antineoplásico, é amplamente utilizado em doses baixas pelo seu efeito anti-inflamatório, reduzindo a produção de citocinas, como TNF- α , IL-6 e IL-1, e suprimindo a ativação de linfócitos T e B. O uso de anti-inflamatórios no controle do derrame pleural maligno pode ser considerado adjuvante ao tratamento principal, ajudando a reduzir sintomas, como dor pleurítica ou inflamação local causada pelo tumor ou pelo acúmulo de líquido. A administração intrapleural de anti-inflamatórios encapsulados em nanopartículas lipídicas oferece uma abordagem direcionada e eficiente para o manejo da inflamação pleural. As nanopartículas lipídicas aumentam a retenção local e a penetração desses fármacos na cavidade pleural, permitindo uma liberação sustentada e controlada no sítio da inflamação. Essa administração localizada eleva a eficácia terapêutica ao mesmo tempo em que minimiza a exposição sistêmica e os efeitos colaterais associados aos tratamentos anti-inflamatórios convencionais.

Objetivos: Estudar a ação da administração intrapleural de Metotrexato associado a nanopartículas em modelo experimental de derrame pleural maligno. **Métodos:** Quarenta camundongos C57/BL6 foram obtidos do Biotério Central da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e os procedimentos experimentais aprovados pelo Comitê de Ética da Universidade (CEUA 1455/2020). Os animais foram divididos em dois grupos que receberam injeções intrapleurais de células LLC (Lewis Lung Carcinoma). Após 7 e 14 dias receberam tratamentos intrapleurais com Metotrexato associado a nanopartículas lipídicas (nab MTX) ou Salina (Controle). Dez animais de cada grupo foram semanalmente pesados (g), avaliados a mobilidade (escore 0-4) e acompanhados até a morte (curva de sobrevida). Cinco animais de cada grupo foram eutanasiados no 14º e 21º dia para a avaliação do volume de líquido pleural (μ L) e análise citológica. Estatística: One Way ANOVA, Curva de Kaplan-Meier curve, $p < 0,05$. **Resultados:** A carcinomatose pleural foi letal em ambos os grupos, não apresentando diferenças significativas na redução de peso e mobilidade entre os grupos. O volume do líquido pleural foi menor no grupo que recebeu nab MTX intrapleural ($p < 0,05$). A análise citológica do derrame pleural apresentou um intenso infiltrado inflamatório, com macrófagos intercalados com células neoplásicas nos dois grupos experimentais.

Conclusões: Neste modelo experimental de derrame pleural maligno com células de adenocarcinoma de pulmão com mutação do KRAS, o tratamento intrapleural utilizando nab MTX reduziu o volume de líquido pleural, sem alteração no tempo de sobrevida dos camundongos. Esses achados sugerem sua utilização como adjuvante ao tratamento da neoplasia nos casos avançados da doença quando apresentam derrame pleural. Suporte: CNPq

infecções respiratórias (trabalho original)

291 AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DA REINTRODUÇÃO DE ETAMBUTOL EM PACIENTES COM NEUROPATIA ÓPTICA TÓXICA PRÉVIA DURANTE O TRATAMENTO DA DOENÇA PULMONAR CAUSADA PELO COMPLEXO MYCOBACTERIUM AVIUM

CARVALHO DE PAULA DA SILVA, G , MARTINS TEIXEIRA, C , GARCIA LOPES, L

Universidade Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A toxicidade do nervo óptico induzida pelo etambutol (EMB) é um efeito adverso bem conhecido, caracterizado pela redução significativa da visão de cores e defeito cecocentral bilateral nos campos visuais, geralmente sem alterações detectáveis ao exame de fundo de olho. Essa toxicidade representa obstáculo à continuidade da terapia antimicrobiana combinada e, consequentemente, à eficácia do tratamento. Segundo diretrizes internacionais, o regime de primeira linha para infecções pulmonares por micobactérias não tuberculosas (MNT) combina um macrolídeo, EMB e uma rifampicina. A incidência de neuropatia óptica associada ao EMB é estimada em 5% a 6% dos pacientes em uso de 25 mg/kg/dia, sendo que aproximadamente 10% evoluem com déficit visual permanente, por administração de doses altas e não descontinuação do tratamento. Entre as espécies de MNT, o complexo *Mycobacterium avium* (MAC) é o agente mais frequentemente isolado em nível global. **Objetivos:** Avaliar a segurança da reintrodução do EMB no tratamento de infecções pelo complexo *Mycobacterium avium*, tanto em casos de reinfecção após 10 anos quanto na retomada de tratamento previamente iniciado. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa sistemática nas bases PUBMED e CAPES, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): ocular toxicity, ethambutol e mycobacterium avium. As buscas foram filtradas para incluir apenas ensaios clínicos publicados nos últimos 10 anos. O ensaio clínico de maior relevância foi publicado em 2025. No total, foram encontrados 20 resultados, dos quais 8 foram selecionados para análise específica. Palavras-chave: OCULAR TOXICITY; ETHAMBUTOL; MYCOBACTERIUM AVIUM. **Resultados:** RESULTADOS: Foram avaliados 349 pacientes tratados com esquema contendo EMB. Destes, 168 receberam 15 mg/kg/dia; 41 usaram regime intermitente de 25 mg/kg (3x/semana); 1 foi tratado com 22 mg/kg/dia (10 anos antes da reinfecção); e 139 iniciaram com 25 mg/kg/dia por dois meses, reduzido para 15 mg/kg/dia posteriormente. Entre os 349 pacientes, 26 (7,44%) desenvolveram neuropatia óptica tóxica associada ao EMB. Desses, 13 foram reexpostos ao fármaco: 12 com 25 mg/kg (3x/semana) e 1 com 15 mg/kg no mesmo regime intermitente. Entre os 13, 12 (92,3%) não apresentaram recorrência da toxicidade, inclusive a paciente com reinfecção. Apenas 1 (7,7%), em esquema de 25 mg/kg (3x/semana), apresentou recidiva da neuropatia óptica, com perda assimétrica do campo visual bitemporal, que regrediu após nova suspensão do EMB. A paciente com reinfecção também recebeu (2 mg/dia) de cobre, visando possível proteção contra recorrência da neuropatia óptica, já que o EMB é um agente quelante de íon cobre. **Conclusões:** A substituição do regime diário de 15 mg/kg por esquema intermitente de 25 mg/kg (3x/semana) reduz a dose semanal de 105 mg/kg para 75 mg/kg, tornando o tratamento potencialmente mais seguro e, muitas vezes, eficaz. Destaca-se o benefício da suplementação de cobre como estratégia coadjuvante na prevenção da recorrência da toxicidade óptica.

372 **IMPACTO DO USO DE TOCILIZUMABE NA MORTALIDADE DE PACIENTES CRÍTICOS COM COVID-19 INTERNADOS EM HOSPITAIS DO SUL DO BRASIL**

GRAVA, S , PEREIRA, N T , BRAGA, M , DE SOUZA, V H , SELA, A F , NEVES, J S F , SIMÃO, A N C , PINTO, L D B , DE LIMA NETO, Q A , VISENTAINER, J E L

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - MARINGÁ - Paraná - Brasil

Introdução: A tempestade de citocinas associada à COVID-19 grave está relacionada a desfechos desfavoráveis, incluindo maior mortalidade. O tocilizumabe, um anticorpo monoclonal antagonista do receptor de interleucina-6, tem sido utilizado como terapia adjuvante em pacientes com síndrome respiratória aguda grave, porém os resultados na prática clínica ainda são variáveis. **Objetivos:** Avaliar o impacto do uso de tocilizumabe na mortalidade de pacientes críticos hospitalizados por COVID-19. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo incluindo 260 pacientes adultos com COVID-19 confirmada, admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI) do Hospital Universitário de Londrina – Universidade Estadual de Londrina e do Hospital Paraná, Maringá (Sul do Brasil), entre março de 2020 e dezembro de 2022. Os pacientes foram divididos em dois grupos segundo desfecho hospitalar: sobreviventes (n = 135) e não sobreviventes (n = 125). Foram coletadas variáveis demográficas, comorbidades e terapêutica. A associação entre uso de tocilizumabe e mortalidade foi avaliada por regressão logística multivariada. **Resultados:** A idade média foi significativamente maior nos óbitos ($71,63 \pm 14,70$ anos) do que nos sobreviventes ($57,20 \pm 15,34$ anos). Na análise multivariada ajustada, a idade acima de 50 anos mostrou-se um preditor independente de maior risco de óbito, com aumento de quase duas vezes na razão de chance de morte (OR = 2,81; IC95%: 1,38 – 5,97; P = 0,005). O sexo masculino (OR = 1,08; P = 0,80) e a presença de doença cardiovascular (OR = 1,25; P = 0,40) não demonstraram associação estatisticamente significativa com a mortalidade após ajuste. Em contrapartida, o diagnóstico de diabetes esteve associado a um aumento de, aproximadamente, 88% na razão de chance de óbito (OR = 1,88; IC95%: 1,05 – 3,37; P = 0,034). O uso de tocilizumabe apresentou associação independente com redução de 55% na razão de chance de morte (OR = 0,45; IC95%: 0,23 – 0,86; P = 0,016), sugerindo um potencial efeito protetor. **Conclusões:** Na presente coorte de pacientes críticos com COVID-19, o uso de tocilizumabe esteve associado de forma independente com menor mortalidade hospitalar, após ajuste dos principais fatores de confusão. Esses achados sustentam o possível benefício do tocilizumabe em contexto selecionado, contudo estudos prospectivos randomizados continuam necessários para confirmar eficácia e orientar protocolos terapêuticos.

329 **CONTROLE DA COQUELUCHE EM CONTEXTO URBANO: PERSPECTIVAS PATOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO EM CANOAS-RS**

SACHET AFFONSO, M E , MOLSKI WOJCICKI, M , SAFFER FORSTER, M

Ulbra - Canoas - Rio Grande do Sul - Brasil

Introdução: A coqueluche, também conhecida como “tosse comprida”, é uma infecção respiratória altamente contagiosa causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. A transmissão ocorre de forma horizontal, por contato direto com indivíduos infectados ou por inalação de gotículas expelidas ao falar, tossir ou espirrar. A doença apresenta evolução clássica em três estágios clínicos: a fase catarral (1–2 semanas), com sintomas leves e alta transmissibilidade; a fase paroxística, com intensos acessos de tosse seguidos de guincho inspiratório, vômitos e cansaço (até 6 semanas); e a fase de convalescença, em que há melhora gradual, embora a tosse possa persistir por meses. Apesar da vacinação ser a melhor forma de prevenção, a coqueluche ainda representa um desafio à saúde pública, especialmente em crianças pequenas. **Objetivos:** O objetivo da pesquisa é abordar a patologia da Coqueluche e analisar o comportamento da doença em pacientes pediátricos do município de Canoas-RS, comparando os aspectos da infecção em crianças com o esquema vacinal completo e incompleto. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo e analítico, com base em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes aos casos registrados entre outubro de 2023 e março de 2025. A análise estatística foi realizada por meio do teste exato de Fisher, utilizando o software IBM SPSS®, versão 25.0. Paralelamente, foi conduzida uma revisão de literatura científica entre os anos de 2016 a 2024, em português e inglês, utilizando as bases Google Acadêmico, PubMed e SciELO, com os descritores “Coqueluche”, “Prevenção de doenças” e “Vacina contra a coqueluche”. **Resultados:** Os dados demonstraram maior incidência em crianças de 0 a 11 anos, com predominância dos sintomas de tosse paroxística e vômitos pós-tosse. Observou-se que crianças com vacinação completa apresentaram quadros menos graves e menor necessidade de hospitalização. Houve significância estatística entre as variáveis faixa etária ($p=0,02$), vômitos pós-tosse ($p=0,02$) e hospitalização ($p=0,01$). A maioria dos pacientes não relatou contato direto com casos suspeitos, dificultando a identificação da cadeia de transmissão. **Conclusões:** A vacinação demonstrou ser eficaz na redução da gravidade clínica da coqueluche, reforçando a importância da ampliação da cobertura vacinal, bem como do fortalecimento das estratégias de prevenção, vigilância e educação em saúde.

bronquiectasias e cuidados paliativos (trabalho original)

380 REDUÇÃO DO NÚMERO DE TRANSPLANTES PULMONARES RELACIONADOS À FIBROSE CÍSTICA NO BRASIL APÓS INCORPORAÇÃO DOS MODULADORES DA CFTR

ATHANAZIO, R A , CAMPOS, S V , CARRARO, R M , NASCIMENTO, D Z , SVARTMAN , F M
InCor - USP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: As terapias moduladoras da CFTR altamente efetivas como a terapia tripla (elexacaftor + tezacaftor + ivacaftor – ETI) revolucionaram o tratamento da fibrose cística (FC). Dentre os benefícios comprovados incluem-se ganho de função pulmonar, redução de exacerbações e melhora nutricional. No Brasil, a terapia com ETI foi disponibilizada no SUS a partir de junho de 2024, porém diversos pacientes iniciaram seu uso anteriormente através de acesso judicial. **Objetivos:** Avaliar o impacto da introdução da terapia com ETI em relação ao número de transplantes de pulmão por fibrose cística e a percepção dos centros transplantadores sobre a mudança na dinâmica de atendimentos destes indivíduos. **Métodos:** Estudo de inquérito incluindo os 4 principais centros de transplante de pulmão no Brasil, responsáveis por mais 90% dos procedimentos realizados no país. Um representante de cada centro foi convidado a responder um questionário sobre a percepção de mudança na dinâmica de atendimento dos indivíduos com FC após introdução de ETI, assim como os números de transplantes de pulmão (total e por FC) no período de janeiro de 2018 a junho de 2025. Os dados foram coletados de forma agrupada e sem identificação individual de pacientes. Análise comparativa do impacto do ETI sobre o número de transplantes foi realizada através da comparação entre os anos de 2018/2019 e 2024/2025, evitando-se o período da pandemia da COVID-19. Para o ano de 2025 foi realizada uma conversão anualizada dos dados uma vez que foram coletadas informações apenas do primeiro semestre deste ano. **Resultados:** Todos os centros referiram uma redução no número de encaminhamentos de indivíduos com FC para transplante pulmonar e 75% relataram retirada de lista de alguns pacientes após início de ETI. No período de 2018/2019, em média, 129 pacientes foram incluídos em lista por ano, sendo 29 com FC (22,5%) enquanto no período de 2024/2025 foram listados 124 pacientes sendo apenas 13 portadores de FC (10,5%) – redução de 53% de indivíduos com FC entre os pacientes incluídos em lista. Em relação aos transplantes de pulmão realizados, no período de 2018/2019 foram transplantados, em média, 102 pacientes por ano, sendo 20 com FC (19,6%) enquanto no período de 2024/2025 foram transplantados 88 pacientes, sendo 7 com FC (8,0%) – redução de 59% de indivíduos com FC entre os transplantados de pulmão. Houve, ainda, uma redução de 83% no número de óbitos por FC nos pacientes em lista de espera para transplante (6 pacientes/ano em 2018/2019 x 1 paciente/ano em 2024/2025). **Conclusões:** A introdução da terapia com moduladores da CFTR no Brasil foi associada a uma expressiva redução na participação de indivíduos com FC entre os pacientes listados, transplantados e em óbito na lista de espera para transplante pulmonar. Esses achados sugerem um impacto clínico relevante, com potencial mudança no perfil de demanda dos programas de transplante e reforçam o papel transformador do ETI no manejo da fibrose cística.

câncer de pulmão (trabalho original)

361 RASTREAMENTO DE CÂNCER DE PULMÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO - RESULTADOS PARCIAIS

HASIMOTO, E N , AGUIAR, I T , REIS, T A , XIMENES, A M G , CEZARE, T J , BATISTA, D R , OLIVEIRA, K M , MACHADO, M H C , PRUDENTE, R A , FRANCO, E A T , RIBEIRO, S M , TANNI, S E
Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP e Hospital das Clínicas da FMB - Botucatu - São Paulo - Brasil

Introdução: O câncer de pulmão (CP) é a principal causa de morte por câncer no mundo. Na maioria dos casos, o diagnóstico é tardio, com pequena possibilidade de tratamento curativo. Um dos principais fatores relacionados com a alta mortalidade da doença é o diagnóstico tardio, pois 85% dos casos são diagnosticados em estágios avançados onde a taxa de cura é baixa, a sobrevida é menor e o custo com tratamento acaba sendo maior. Estudos realizados nas últimas décadas mostraram benefício na realização do rastreamento do CP em população de alto risco, utilizando tomografia computadorizada de tórax com baixa dose de radiação (TCBD), com redução da mortalidade em torno de 20%, com benefícios ainda maiores quando associados com programas de cessação de tabagismo. **Objetivos:** Apresentar os resultados parciais de um programa de rastreamento de CP desenvolvido em um hospital público no interior do Estado de São Paulo. **Métodos:** Em fevereiro de 2022 foi iniciado o programa de rastreamento de CP em conjunto com o ambulatório de cessação de tabagismo, por uma equipe multiprofissional composta por cirurgiões torácicos, pneumologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Pacientes de 45 a 75 anos incompletos, tabagistas ou ex-tabagistas há menos de 15 anos, que fumaram pelo menos 30 anos-maço, sem antecedente pessoal de neoplasia prévia e tratamento atual de doença granulomatosa, foram convidados a responder um questionário e realizar uma TCBD. **Resultados:** Foram incluídos até o momento 734 pacientes, a média de idade foi de 61 anos, com predomínio do sexo feminino (53%) e da raça branca (71%), com 45% dos pacientes analfabetos ou com o ensino fundamental incompleto e 54% desses recebendo até 2 salários mínimos. A doença crônica mais prevalente foi a hipertensão arterial (50%), seguida pela diabetes mellitus (23%), e a doença pulmonar obstrutiva crônica (18%). Com relação à história tabágica, 79% eram tabagistas ativos e 21% ex-tabagistas com tempo médio de abstinência de 4 anos, o início do tabagismo foi em média com $14,7 \pm 4,76$ anos e mediana de carga tabágica de 50 anos-maço (IQ 39-75). Das TCBD realizadas, 31% dos exames foram positivos para nódulos pulmonares, porém somente em 13 pacientes foi necessária a realização de biópsia transtorácica (1,77%), sendo 3 casos diagnosticados como nódulos benignos (aspergilose, hamartoma e necrose caseosa) e 10 casos diagnosticados como malignos (um carcinoma de pulmão de pequenas células e nove de carcinoma de pulmão de não pequenas células), resultando numa prevalência de CP de 1,36%. **Conclusões:** A implementação do rastreamento de CP no sistema público de saúde é factível e pode melhorar a médio prazo os índices de sobrevida, reduzir a mortalidade, aumentar as taxas de cura e diminuir os gastos com o tratamento oncológico, porém necessita de planejamento estratégico de diversos setores e o trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional. Financiamento: Astrapenca LTDA, estudo observacional: D5162R00036.

doenças da circulação pulmonar (trabalho original)

434 - USO DE MEDICAÇÃO ESPECÍFICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA DE PACIENTES SUBMETIDOS À TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR: ANÁLISE DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM HIPERTENSÃO PULMONAR

CORRÊA, N F , CARVALHO, G G , SANCHES, F M , CAUZZO, I S , ROSSETTO , N Z , ALVES-JUNIOR, J L , JARDIM, C V P , FERNANDES , C J C F J C , TERRA-FILHO, M , SOUZA, R , SALIBE-FILHO, W
Incor - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica (HPTEC) é uma complicação da embolia pulmonar aguda, caracterizada por obstruções trombóticas persistentes e microvasculopatia, mesmo após uso adequado de anticoagulação por, no mínimo, 3 meses. A Tromboendarterectomia Pulmonar (TEAP) é o tratamento de escolha e potencialmente curativo para pacientes com trombos proximais. O uso de medicações vasodilatadoras pulmonares no pré-operatório permanece controverso, sendo fundamental compreender seu impacto nos desfechos pós-operatórios. **Objetivos:** Avaliar pacientes submetidos à TEAP entre 2018 e 2024, analisando o uso de terapia vasodilatadora específica no pré e pós-operatório. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo envolvendo 154 pacientes submetidos à TEAP para tratamento de HPTEC, entre 2018 e 2024, em um centro de referência nacional. **Resultados:** Dos 154 pacientes operados, 99 (64%) usavam medicações vasodilatadoras específicas no pré-operatório e 54 (35%) não utilizavam. As drogas incluíram inibidores da PDE5 (Sildenafil, Tadalafil), antagonistas dos receptores de endotelina (Ambrisentana, Bosentana), estimuladores da guanilato ciclase solúvel (Riociguat) e prostaciclina (Iloprost). Distribuição anual: 2018: 60% tratados (60% monoterapia, 40% dupla), 2019: 42% tratados (40% mono, 60% dupla), 2020: 50% tratados (25% mono, 75% tripla), 2021: 80% tratados (100% dupla), 2022: 78% tratados (68% dupla, 22% mono, 10% tripla), 2023: 60% tratados (72% dupla, 24% mono, 4% tripla), 2024: 80% tratados (84% dupla, 16% tripla). No total, 92 pacientes (93%) usavam Sildenafil, 64 (65%) Ambrisentana, 10 (11%) Bosentana, 6 (6%) Iloprost e 4 (4%) Riociguat. A combinação Sildenafil + Ambrisentana foi a mais frequente, utilizada por 53 pacientes (54%). No pós-operatório, apenas 30 (19%) dos pacientes que usavam terapia específica mantiveram a necessidade de medicação, devido à hipertensão pulmonar residual significativa. **Conclusões:** Observou-se tendência crescente no uso de vasodilatadores específicos no pré-operatório da TEAP, especialmente a combinação Sildenafil-Ambrisentana, influenciada pela limitação de acesso ao Riociguat. Após a cirurgia, houve redução expressiva no número de pacientes que necessitaram manter a terapia, reforçando o potencial curativo da TEAP. Apesar disso, o uso pré-operatório dessas drogas deve ser criterioso, direcionado a pacientes com maior probabilidade de benefício.

dpoc (trabalho original)

319 DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS E FUNCIONALIDADE: O QUE FALTA NOS INSTRUMENTOS ATUAIS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE?

CAMARGO MELLO, G , COSTA, L T , PEREIRA SILVA, W , DA SILVA, J F , MALOSA SAMPAIO, L M , SILVA, S M
Universidade Nove de Julho - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: As doenças respiratórias obstrutivas (DRO) provocam alterações progressivas que comprometem a função pulmonar e a qualidade de vida, exigindo avaliação fundamentada no modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Instrumentos genéricos, como a Ferramenta de Informação Clínica sobre Funcionalidade (ClinFIT) e o Questionário de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde (WHODAS 2.0), já foram aplicados a essa população, mas apresentam limitações para captar suas especificidades. Por outro lado, instrumentos específicos, como o Questionário Respiratório de Saint George (SGRQ), a Escala de Dispneia Modificada do Medical Research Council (mMRC) e o Teste de Avaliação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (CAT), não contemplam integralmente os domínios propostos pela CIF. Nesse contexto, torna-se necessário identificar as lacunas em relação aos conjuntos elementares da CIF para doenças respiratórias obstrutivas (core sets), que representam as recomendações internacionais para avaliação padronizada. **Objetivos:** Mapear o conteúdo de instrumentos específicos e genéricos aplicados em DRO, relacionando-os ao core set da CIF para DRO. A vinculação busca identificar categorias relevantes da CIF não contempladas nos instrumentos comumente utilizados. **Métodos:** Estudo metodológico desenvolvido por dois especialistas em taxonomia da CIF, que realizaram, de forma independente, o mapeamento dos conteúdos dos instrumentos com a CIF, seguindo regras padronizadas e atualizadas. **Resultados:** A análise dos instrumentos revelou que, embora amplamente utilizados, eles apresentam baixa correspondência com o core set da CIF para DRO. O WHODAS 2.0 apresentou vinculação com apenas 10 categorias da CIF, enquanto o CAT foi associado a 8 categorias, o mMRC a apenas 1 categoria, e o ClinFIT a 16 categorias. O instrumento que apresentou maior correspondência foi o SGRQ, com 26 categorias da CIF vinculadas, sendo também o único que contemplou fatores ambientais. Apesar disso, diversas categorias consideradas importantes para indivíduos com DRO não foram identificadas: b460 (sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias), atividades e participação como d330 (falar), d410 (mudar a posição do corpo), d430 (levantar e carregar objetos), d510 (lavar-se), d540 (vestir-se), d640 (fazer tarefas domésticas), d650 (cuidar de objetos domésticos), d770 (relacionamentos íntimos), d845 (conseguir, manter e deixar um emprego) e d910 (vida comunitária), além de fatores ambientais como e110 (produtos ou substâncias para consumo pessoal), e225 (clima) e e260 (qualidade do ar). **Conclusões:** Apesar da existência de instrumentos específicos, a ausência de categorias relevantes compromete uma avaliação biopsicossocial. Os achados reforçam a necessidade de desenvolver um novo instrumento, de fácil aplicação, com maior especificidade e fundamentação na CIF, voltado à avaliação da funcionalidade em DRO.

322 ASSOCIAÇÃO ENTRE MARCADORES INFLAMATÓRIOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR DE PACIENTES COM COVID-19 COM A NECESSIDADE DO USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

SCHMITT LOBO SOARES, L , DUGOLIN CECCATO, H , DE OLIVEIRA CONTERNO, L , CORSO PEREIRA, M
Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Campinas - São Paulo - Brasil

Introdução: Há evidências de que vários marcadores inflamatórios laboratoriais detectados à admissão hospitalar e algumas variáveis clínicas e gasométricas têm associação com evolução para insuficiência respiratória e desfechos desfavoráveis em indivíduos com covid-19. **Objetivos:** Investigar se existe correlação entre marcadores inflamatórios, variáveis clínicas e gasométricas à admissão de pacientes hospitalizados com covid-19 com a evolução para necessidade de uso de ventilação mecânica (VM) (desfecho). **Métodos:** Trata-se de estudo epidemiológico de coorte retrospectivo, observacional, unicêntrico, feito entre março de 2020 e março de 2021, com pacientes maiores que 18 anos hospitalizados com diagnóstico de covid-19 (confirmado pela técnica de Reação em Cadeia de Polimerase) no Hospital das Clínicas da Unicamp. Coletaram-se dados clínicos, laboratoriais e considerado o desfecho do uso de VM (G1) ou do não uso de VM (G2). Analisou-se a comparação entre G1 e G2 e as associações entre as variáveis mencionadas e o desfecho (VM). Os métodos estatísticos utilizados foram: testes χ^2 , de Student não pareado e U de Mann-Whitney; coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman; e regressões logística univariada e múltipla. **Resultados:** Foram avaliados dados de 650 pacientes, sendo 267 (41,1%) mulheres, idade de 58,0 ($\pm$ 14,7) anos, tempo de hospitalização 15,8 ($\pm$ 15,9) dias, e 8,6 dias ($\pm$ 4,1) desde o início dos sintomas até a admissão hospitalar. Dentre a amostra analisada, 402 (61,8%) não necessitaram de VM e 248 (38,2%) precisaram utilizar VM. Os pacientes do G2 eram mais velhos, e tinham à admissão maiores níveis de leucócitos totais, neutrófilos, linfócitos, relação neutrófilo-linfócito (RNL), LDH, proteína C reativa, ferritina, glicose, D-dímero, tempo de protrombina, razão normalizada internacional, pressão parcial de gás carbônico, e menores níveis de saturação periférica de oxigênio (SpO₂), hemoglobina, hematócrito e pH ($p < 0,05$) (resultados mostrados em tabela). Na análise de regressão univariada, quase todos os marcadores inflamatórios aumentaram a chance de VM (exceto plaquetas) com Odds ratio (OR) entre 1,01 e 1,073. Diabetes mellitus (DM) (OR 1,789; IC95% 1,284-2,491) e hipertensão arterial (OR 1,629; IC95% 1,183-2,244) aumentaram a chance de uso de VM. Ocorrência de evento trombótico teve um OR 5,478 (IC95% 3,319-9,042) para VM, e de tromboembolismo pulmonar teve um OR 2,798 (IC95% 1,615-4,847). Na análise de regressão múltipla, as variáveis que mantiveram significância estatística foram: pH (OR 0,343; IC95% 0,231-0,510), SpO₂ na admissão $< 88\%$ (OR 2,188; IC95% 1,221-3,959) e de 88 a 92% (OR 0,872; IC95% 0,496-1,538), uso de ventilação não invasiva (OR 5,359; IC95% 1,972-15,583), ocorrência de evento trombótico (OR 4,572; IC95% 2,374-9,039) e DM (OR 2,140; IC95% 1,308-3,501). **Conclusões:** Os marcadores inflamatórios e a RNL à admissão tiveram associação com VM, mas na regressão múltipla apenas variáveis gasométricas e comorbidades permaneceram significativamente associados ao desfecho analisado.

- 537 **ACOPLAMENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL COMO PREDITOR DE VASORREATIVIDADE AO ÓXIDO NÍTRICO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA**
PIZZUTTO, B S , TATAGIBA, L S , NASCIMENTO, Y P P , SANCHES, F M , SALIBE-FILHO, W , JARDIM, C V P ,
FERNANDES, C J C D S , CARVALHO, G G , ROSSETTO, N Z , CAUZZO, I S , SOUZA, R , ALVES-JR, J L
InCor HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar Idiopática (HAPI) é uma doença progressiva, na qual uma subpopulação de pacientes demonstra vasorreatividade positiva ao óxido nítrico inalatório (NOi). A identificação desses pacientes é de suma importância, uma vez que o tratamento e o prognóstico diferem significativamente. O teste de vasorreatividade com NOi realizado durante o cateterismo cardíaco direito é o padrão-ouro para identificar a chamada 'HAPI respondedora', uma variante com implicações terapêuticas e prognósticas distintas.

Objetivos: Identificar preditores clínicos, hemodinâmicos e ecocardiográficos, incluindo o acoplamento ventrículo-arterial, da resposta ao NOi em pacientes com HAPI. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva no InCor HCFMUSP de pacientes com diagnóstico de HAPI submetidos a cateterismo cardíaco direito com teste de vasorreatividade ao NOi. Os pacientes foram estratificados em dois grupos (respondedores e não respondedores ao NOi), de acordo com a definição de resposta de Sitbon: queda superior a 10 mmHg na pressão arterial pulmonar média, atingindo valores inferiores a 40 mmHg sem diminuição do débito cardíaco. As características clínicas, hemodinâmicas e ecocardiográficas basais foram comparadas entre esses grupos. Foram utilizados testes estatísticos apropriados (teste t de Student para variáveis contínuas e teste do qui-quadrado para categóricas) com significância estabelecida em $p < 0,05$. **Resultados:** Foram incluídos 112 pacientes, cuja média de idade no momento do cateterismo foi de 39,31 anos e, dos quais 18 (16,1%) eram do sexo masculino. O acoplamento ventrículo-arterial não-invasivo, avaliado pelo ecocardiograma com a razão TAPSE/PSAP, apresentou diferença significativa entre os grupos ($p < 0,001$), sendo maior no grupo respondedor ao NOi. Na análise da curva ROC, valores de TAPSE/PSAP inferiores a 15 demonstraram sensibilidade elevada para exclusão da resposta ao NOi, não sendo observados nos pacientes respondedores da amostra estudada.. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos respondedores e não respondedores em relação à idade e aos demais parâmetros hemodinâmicos basais, incluindo pressão arterial pulmonar média, pressão do átrio direito, pressão de oclusão da artéria pulmonar, débito cardíaco, frequência cardíaca, volume sistólico, resistência vascular pulmonar e complacência arterial pulmonar. **Conclusões:** A razão TAPSE/PSAP demonstrou potencial como marcador ecocardiográfico de resposta vasorreativa ao NOi. Um valor ≤ 15 pode auxiliar na seleção de pacientes para o teste de vasorreatividade e interpretação de respostas limítrofes, sobretudo na ausência de preditores hemodinâmicos significativos. A análise dos parâmetros hemodinâmicos do paciente não foi capaz de prever resposta ao NOi, dessa forma, reforçamos a necessidade da análise cuidadosa ao fazer o teste com NOi durante o cateterismo para a distinção entre pacientes respondedores e não respondedores.

doenças intersticiais pulmonares (trabalho original)

502 PREVALÊNCIA E PADRÕES TOMOGRÁFICOS DE ALTERAÇÕES INTERSTICIAIS EM TOMOGRAFIAS DE TÓRAX REALIZADAS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DE MINAS GERAIS

LANDGRAF, R M , CHAGAS, J D O , CARVALHO, P L , MARTINS, M D A , VIEIRA, T M
UNIVAS - Pouso Alegre - Mg - Minas Gerais - Brasil

Introdução: As doenças pulmonares intersticiais (DPIs) e as Interstitial Lung Abnormalities (ILAs) (alterações detectadas por tomografia computadorizada (TC) que podem preceder doença clínica manifesta, estando associadas a risco aumentado de progressão e mortalidade). Estudos populacionais internacionais reportam prevalência entre 2% e 9%), mas dados brasileiros permanecem escassos. Este estudo buscou estimar a prevalência e descrever os principais padrões tomográficos de alterações intersticiais em exames realizados em um hospital terciário do interior de Minas Gerais. **Objetivos:** Determinar a prevalência de alterações intersticiais em tomografias de tórax, caracterizar seus padrões radiológicos. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e retrospectivo. Foram incluídas todas as TCs de tórax realizadas entre janeiro e dezembro de 2024 (n=3.954). Os laudos foram triados por termos sugestivos de doença intersticial ((espessamento septal, faveolamento, cistos, reticulado, vidro fosco, bronquiectasias de tração, PIU, PINE, fibrose). Os exames selecionados foram revisados por dois pneumologistas experientes em doenças intersticiais, cegos entre si, com desempate por radiologista torácico. As alterações foram classificadas em: incipiente, alternativo a PIU, possível PIU, inespecífico, síndrome enfisema-fibrose, padrão intersticial não específico (PINE), doença cística, bronquiolite e PIU clássico. A análise estatística incluiu cálculo de prevalência com IC95% (método de Wilson) e concordância interobservador pelo Kappa de Cohen. **Resultados:** Dos 3.954 exames, 920 foram selecionados para revisão detalhada; destes, 646 apresentaram alterações intersticiais, resultando em prevalência de 16,3% (646/3.954; IC95%: 15,2–17,5). O rendimento da triagem foi de 70,2%. A concordância entre pneumologistas foi excelente (Kappa=0,981; IC95%: 0,966–0,994). Os padrões mais frequentes foram: alternativo a PIU (n=215; 33,3%), incipiente (n=200; 31,0%), doença cística (n=66; 10,3%), possível PIU (n=56; 8,6%) e PIU clássico (n=37; 5,7%). **Conclusões:** Alterações intersticiais foram detectadas em 16,3% das TCs realizadas no período, valor superior ao descrito em coortes populacionais, possivelmente pela natureza hospitalar da amostra e pelo uso de triagem baseada em laudos. Predominaram padrões incipientes e alternativos a PIU, sugerindo potencial detecção precoce de doença intersticial. A alta concordância entre avaliadores reforça a robustez metodológica. Os achados ressaltam a relevância da avaliação sistemática de imagens e a viabilidade de protocolos de rastreamento direcionado, embora estudos prospectivos com dados clínicos e de exposição sejam necessários para validar o impacto na prática assistencial. Uma outra consideração é a de que a população observada é tipicamente de cidades pequenas e com predomínio de atividades laborais na área rural.

dpoc (trabalho original)

350 PREVALÊNCIA DE INFLAMAÇÃO T2 EM PACIENTES COM DPOC EM AMBULATÓRIO DE ALTA COMPLEXIDADE EM SÃO PAULO-SP.

BINDÁ, A G L , FRANCO, C R , SANTOS, A B F S , MARTINS, M A
Hapvida - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a 3ª causa de morte no mundo, com significativo impacto clínico e socioeconômico. Os custos da doença são expressivos, sobretudo devido às exacerbações, que representam os principais eventos de descompensação, levando a hospitalizações, declínio da função pulmonar e maior morbimortalidade. A prevenção e o manejo adequado das exacerbações constituem pilares do tratamento. Nas últimas décadas, os eosinófilos séricos emergiram como biomarcador relevante na DPOC, inicialmente como preditor de resposta ao uso de corticosteroides inalatórios e recentemente, como critério de seleção para o uso de terapias biológicas. Ensaios clínicos como BOREAS, NOTUS e MATINEE reforçam a importância do fenótipo eosinofílico (e 300 células/ μ L) como alvo terapêutico, com escassez de dados brasileiros sobre esse perfil populacional. **Objetivos:** Identificar correlações entre fenótipos inflamatórios, função pulmonar e alterações em TC de tórax que possam representar marcadores de risco exacerbador. **Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, exploratório com 72 pacientes diagnosticados com DPOC e acompanhados entre junho/2022 a junho/2025, coletando dados como: idade, sexo e histórico tabágico, função pulmonar (VEF1 absoluto e % previsto), eosinófilos séricos, análise seriada ao longo do acompanhamento, exacerbações moderadas e graves, achados tomográficos - “broncopatia inflamatória” e “plug mucoso” analisados por radiologista e confirmado por observação independente e classificação eosinofílica: Sempre <300 células/ μ L, sempre e 300 células/ μ L e oscilantes e/<300 células/ μ L. Foram realizadas análises descritivas e de correlação (Pearson) entre exacerbações, VEF1 e eosinófilos, além da associação entre eosinofilia e 300 e TC tórax. **Resultados:** A média de exames-eos/pct foi 2,77 (mediana 3 coletas; IQR 2–4). Eosinofilia (e 300 em algum momento) presente 26/72 (36,11%). VEF1: entre broncopatia/plug em 15/26 (57,7%) eosinofílicos vs 17/46 (36,9%) não-eosinofílicos (dif. prop. 19,9 pp=0,804) e VEF1% (46,48% vs 43,27%; Δ 3,21 pp; IC95% 6,78 a 13,20; p=0,520), sem diferença significativa. Exacerbações e TC com broncopatia em 15/26 (57,7%) eosinofílicos IC95% 0,014 a 1,388; p=0,054 (tendência maior em eosinofílico). TC: broncopatia em 15/26 (57,7%) eosinofílicos vs 17/46 (36,9%) não-eosinofílicos (dif. de prop. 19,9 pp; IC95% 3,8 a 43,6; p(Fisher)=0,139). **Conclusões:** Aproximadamente 1/3 de pacientes com DPOC apresentou eosinofilia (e 300) em algum momento, reforçando a necessidade de dosagem seriada do biomarcador. Não observou-se associação significativa entre eosinofilia e VEF1; tendência a mais exacerbações no grupo eosinofílico. Achados inflamatórios na TC foram numericamente mais frequentes nos eosinofílicos, porém sem significância estatística. Em suma, os dados sugerem que fenotipagem eosinofílica seriada pode identificar subgrupo com maior risco clínico, justificando validação prospectiva e avaliação de estratégias terapêuticas dirigidas.

304 DESCRIÇÃO DA FIBROSE CÍSTICA EM CRIANÇAS BRASILEIRAS DE 2 A 5 ANOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS E CARGA DA DOENÇA

SILVA-FILHO, L V R, SATURNINO, L, PROCIANOY, E, MONTE, L F V, LAPER, I Z, BORGES, R L, VITORASSO, R, CARREIRA, A, PAFUNDI, P C, BAXTER, C A, VEGA-HERNANDEZ, G

Instituto da Criança e do Adolescente HCFMUSP - São Paulo - São Paulo - Brasil

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética rara, presente desde o nascimento. Sem intervenção precoce e persistente, leva a declínio clínico progressivo e morte prematura. No Brasil, não há dados publicados que descrevam o perfil clínico e epidemiológico de crianças de 2 a 5 anos com FC.

Objetivos: Descrever as características clínicas e demográficas, além da carga da doença em crianças de 2 a 5 anos com FC e com uma ou mais mutações F508del no gene CFTR (F/qualquer) ou nenhuma mutação F508del em ambos os alelos (não F) no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal múltiplo, retrospectivo, descritivo, com dados do Registro Brasileiro de FC. Foram incluídos indivíduos com idade de 2 a 5 anos, com diagnóstico confirmado de FC por meio de critérios clínicos e testes genéticos, e cujos cuidadores consentiram com a coleta de dados. Os dados de cada população (F/qualquer ou não F) foram analisados independentemente em cinco anos transversais de 2018 a 2022. A carga da doença foi avaliada em termos de exacerbações pulmonares (EP), parâmetros nutricionais e tratamento da FC. **Resultados:** O número de indivíduos na população F/qualquer variou de 273 (2018) a 290 (2022), com média de idade consistente de 3.5 anos e média de idade ao diagnóstico de 0.3 ano. A distribuição por gênero foi equilibrada, e mais de 50% dos indivíduos eram da região Sudeste. Os níveis médios de cloro no suor no diagnóstico variaram de 92.0 mmol/L (DP: 20.3) a 100.2 mmol/L (DP: 21.8). Os parâmetros nutricionais permaneceram abaixo dos valores de referência para crianças saudáveis da mesma idade e sexo. A terapia de reposição enzimática pancreática (PERT) foi utilizada por $\geq 90\%$ dos pacientes, seguida por suplementos nutricionais ($\geq 55\%$), mucolíticos ($\geq 50\%$), antibióticos inalatórios ($>20\%$) e macrolídeos orais crônicos ($\geq 20\%$). Ao menos uma EP por ano foi relatada em $\geq 60\%$ dos pacientes. Na população não F, o número de indivíduos variou de 76 (2018) a 82 (2022), com média de idade de 3.5 anos e média de idade ao diagnóstico de 0.4 anos. As distribuições de gênero e regionais foram semelhantes às do grupo F/qualquer. Os níveis médios de cloro no suor no momento do diagnóstico variaram de 89.1 mmol/L (DP: 22.3) a 104.1 mmol/L (DP: 25.6). Os parâmetros nutricionais também ficaram abaixo dos valores de referência saudáveis. A PERT foi usada por $\geq 85\%$ dos pacientes, seguida por suplementos nutricionais ($>50\%$), mucolíticos ($\geq 50\%$) e antibióticos inalatórios ($\geq 38\%$). Ao menos uma EP por ano foi relatada em $\geq 55\%$ dos pacientes. **Conclusões:** Este estudo mostra que tanto os indivíduos F/qualquer quanto os não F de 2 a 5 anos apresentam déficits nutricionais que requerem suplementação nutricional. O alto uso de PERT é indicativo de insuficiência pancreática. O uso de mucolíticos e antibióticos inalatórios reflete o início precoce e a gravidade da doença pulmonar, o que é ainda mais marcado pela alta proporção de pacientes com ao menos uma EP por ano.

tuberculose (trabalho original)

524 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE PULMONAR NO ESTADO DE SÃO PAULO ENTRE 2019 E 2024

ZAURISIO, L S, ALBUQUERQUE, F F

Universidade Paulista - Sorocaba - São Paulo - Brasil

Introdução: A tuberculose (TB) é uma enfermidade infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizada por manifestações como tosse persistente, hemoptise, sudorese noturna e febre. Entretanto, parcela significativa dos casos pode evoluir de forma assintomática, o que dificulta o rastreamento precoce e contribui para a manutenção da cadeia de transmissão. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico de pacientes internados por tuberculose no estado de São Paulo, no período de 2019 a 2024, evidenciando sua relevância para o planejamento de ações em saúde pública. **Objetivos:** Compreender o perfil epidemiológico de tuberculose pulmonar no estado de São Paulo entre janeiro de 2019 a dezembro de 2024. **Métodos:** O presente estudo trata-se de um delineamento ecológico, retrospectivo e descritivo, com dados obtidos por meio do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2019 a 2024. Como critérios de inclusão, consideraram-se os seguintes indicadores epidemiológicos de tuberculose pulmonar no estado de São Paulo: prevalência, morbidade, número de internações segundo sexo e idade, taxa de mortalidade e valores gastos com serviços hospitalares. As variáveis foram analisadas por estatística descritiva. **Resultados:** A partir dos dados coletados via DATASUS, obteve-se 14.248 internações por tuberculose durante o período de 2019 a 2024, predominando na faixa etária de 40 a 49 anos, sendo 10.941 (76,7%) do gênero masculino e 3.307 (23,3%) do gênero feminino. Além disso, observou-se um maior número de internações em pardos, com 6.008 (42,1%), seguido de brancos 5.319 (37,3%), pretos 1.559 (10,9%), amarelos 138 (0,96%), indígenas 1 (0,007%). Por meio da análise da taxa de mortalidade foi evidenciado que o ano de 2021 possui o maior índice (9,62), seguido por 2022 (9,52), 2023 (9,38), 2020 (8,88), 2024 (7,73) e 2019 (7,46). Em relação aos gastos públicos com a patologia, dentro desse período tivemos o total de R\$196.282,34, tendo um destaque no ano de 2022 com gastos avaliados em R\$62.868,23, ano marcado por um aumento da patologia em caráter mundial. **Conclusões:** Com base nesse estudo, destacou-se que a tuberculose pulmonar é uma patologia que acomete em maior índice o gênero masculino, na faixa etária de 40 a 49 anos com etnia parda. Através da análise, também se verificou um aumento nos gastos em serviço público, especialmente no ano de 2022 com um maior número de casos da doença. Sob esse viés, é essencial ressaltar a importância da vacinação contra a tuberculose e incentivar o crescimento dos números de vacinados no estado de São Paulo, visto que é a principal forma de prevenção da doença. Conclui-se que a tuberculose representa uma emergência em saúde pública, demandando maior investimento na gestão hospitalar, no aprimoramento das estratégias terapêuticas e no fortalecimento de campanhas de prevenção e controle.

índice de autores

a

ABENSUR A, R	29	BARRICO, G	74,81
ABOU-HALA-CORRÊA, A Z	67	BARROS, S D S	6,26,27,30
ABREU B, V	66	BARROS, S S	52
ABREU N, M	40	BASSETTI, I D	54
ACENCIO, M M P	48,49,87,94	BATALHA, C M D	9,12
AGUIAR, I T	14,82,96	BATISTA, D R	96
AIELLO, V D	85	BATISTA, F M V	50
AIROLDI, B S	78	BATISTA, F S	22,56
AKIRA, E F	60,62	BAXTER, C A	101
ALBUQUERQUE, A L P	8,11	BAYEUX, G V L	23,42,55,58
ALBUQUERQUE, F F	86, 101	BEDIN, D C C	9,12,16,33,84
ALEMIDA, G C	54	BELLO, F P S	77
ALENCAR, A L	81	BENACCHIO, I G	66
ALENCAR, A L D	74	BENATTI, M N	40
ALEXANDRE, J R S	48	BERTINE, R H	63
ALMEIDA, B C	47	BIAGI, R Y	23
ALMEIDA, G C	29,42,44,45,51,55,57,61	BINDÁ, A G L	23,45,101
ALMEIDA, M A	13	BONATTO, I G	6
ALMEIDA, M A D	10	BORGES, P	60,62
ALMEIDA, M L D	13	BORGES, R L	101
ALVARENGA, A	78	BORGES, V B	38
ALVES JUNIOR, J L	33,88	BORGHI, D	77
ALVES, L R	37,58	BORGHI-SILVA, A	68
ALVES, T M	64	BRAGA, M	95
ALVES-JR, J L	85,88,89,91,97,99	BRAIT, A B F	93
AMORIM P P D I	72	BRAIT, L	55,58
ANDRADE, P T	37	BRANDÃO, J P C R	30
ANDRADE, S S	47,87,94	BRAYNER, B L	34,35,38
ANDRADE, L G A R	25	BREVIGLIERI, L R C	45
ANTUNES, A D C V	83	BRITO, J J R	70
AOKI, R K	50,54	BRIZOLA, L F P	67,96,70,73,93
AOUDE, C L	50	BUENO CAPELLI, M R	60
APARECIDA S, J	70	BUENO, C M	60,62
APARECIDA, T F E	76	BUENO, L K S	7,18,39
ARAKAKI, J S O	35	BUENO, L K S	7,18,39
ARAUJO, G H G	61,68	BULGARÃO R, S	60,62
ARRUDA, F N	32	BUZATTO, L B	9,12
ARRUDA, K A	71		
ARTIGA, G D G	69,70		
ASSUNÇÃO, R P	79		
ATENSIA, G R	78,85		
ATHANAZIO, R	6,7,26,27,30,52,57,96		
AUGUSTINI, H J	61		
AUGUSTO, M C C	77		
AVELINO, G H F	77		
AYRES, L R	35,37,58		
AZEVEDO, F V A	40		
AZEVEDO, M I	66		

b

BAISCH, E Q	59	BARRICO, G	74,81
BAPTISTA, A D S L	75,76	BARROS, S D S	6,26,27,30
BARBOSA, B, V	9,12	BARROS, S S	52
BARBOSA, C D B	44	BASSETTI, I D	54
BARBOSA, R K S	53	BATALHA, C M D	9,12
BARBOSA, S R K	50	BATISTA, D R	96
BARREIRO, V A	5,39,46,73	BATISTA, F M V	50
BARRETO, J	48	BATISTA, F S	22,56
		BAXTER, C A	101
		BAYEUX, G V L	23,42,55,58
		BEDIN, D C C	9,12,16,33,84
		BELLO, F P S	77
		BENACCHIO, I G	66
		BENATTI, M N	40
		BERTINE, R H	63
		BIAGI, R Y	23
		BINDÁ, A G L	23,45,101
		BONATTO, I G	6
		BORGES, P	60,62
		BORGES, R L	101
		BORGES, V B	38
		BORGHI, D	77
		BORGHI-SILVA, A	68
		BRAGA, M	95
		BRAIT, A B F	93
		BRAIT, L	55,58
		BRANDÃO, J P C R	30
		BRAYNER, B L	34,35,38
		BREVIGLIERI, L R C	45
		BRITO, J J R	70
		BRIZOLA, L F P	67,96,70,73,93
		BUENO CAPELLI, M R	60
		BUENO, C M	60,62
		BUENO, L K S	7,18,39
		BULGARÃO R, S	60,62
		BUZATTO, L B	9,12

c

CAETANO, L B	7
CALETTI, L D	28
CALIL, C T	67
CALLEGARI, M A	67,73,82
CAMARGO, M G	92,97
CAMARGO, M T	14
CAMPOS, C F	41
CAMPOS, D Z	78
CAMPOS, S V	96
CANÇADO, J E	6
CÂNOVAS, T D R	61,63
CANZIAN, M	8,11
CAPITANI, E M	41,48,55,58
CARCILO, L R R	54
CARDINALLI, B L R	56
CARDOSO, A D R O	20
CARDOSO, M N	60
CARLET, L P C	5
CARMO, L P	34
CARNELOSSI, M J C	29,42,44,45,51,55,57
CARRARO, R M	96
CARRASCOSA, T D	35,40,58

CARREIRA, A	101	CUKIER, A	6,27
CARRIEL, F A	17	CUNHA, N G M D	5,39,46,53
CARVALHAL, G	28		
CARVALHO M, L C	66	d	
CARVALHO P R M	6		
CARVALHO P S, G	94	DARTE, B F	24
CARVALHO P, R	7,29	DEHEINZELIN, J R	26,54,57
CARVALHO, E V	44	DELLA, R C T	64
CARVALHO, G G	88,89,91,97,99	DELTREGGIA, L	55
CARVALHO, G G H	29,42,44,45,51,55,57	DEMARZO, S	21
CARVALHO, L M A O	30	DEMARZO, S E	21
CARVALHO, P L	100	DIAS D A F	81
CASCALDI, M V D B	81	DIB, A V R E	20
CASTELLANO, M V C O	10	DORNA, M D S	82
CASTELLANO, M V C D O	73	DORNA, M S	82
CASTELLO-SIMÕES, V	68,71	DOSSI S, J V	76
CASTRO P, C A	43	DOURADO, P L K	70,80,82
CATANEO, A J M	14	DRUMOND, G V	49
CATANEO, D C	14	DUARTE, I	60,62
CAUZZO, I S	88,89,91,97,99	DUARTE, L G A	28
CAVALCANTE NETO, P M	10,37,43	DUGOLIN C, H	98
CAZULA B, B	50	DUSSO, H G	93
CERANTO, M D O	38		
CERQUEIRA, E M F P	58	e	
CESAR, L F G M	84		
CETLIN, A A	27,28,30	ECROVI, L S	19
CETLIN, A D C V A	81	ELLER, M N	77
CEZARE, T J	96	EMILIO G A, D	20,70
CHAGAS, J D O	100	ESPINDULA, B F	10
CHATE, R C	54	ESPINOSA, L D	29,42,44,45,51,55,57
CHIAVEGATO, L D	16,84	ESTEVES, F D O	31,32
CHIERICE, J R A	92	EVANGELISTA NETO, E	16
CIPULLO R E M	62		
CITRO, G M	61	f	
COLARES, P D F B	29,45		
COLDIBELLI, L H	65	FAGUNDES, T T D S	74
COLETTA, E N	39	FARESIN, S M	9,12,15,16,22,33,84
COLETTA, E N A M	10,43,46,53	FARIA, C M N	63
COLOGNESE, B A	25	FARIA, C M N M	61,63
COLUCCI, M G 68	72	FARIA, D P	87
CORBETA, C M	86	FARIA, I A D	20
CORDEIRO, A	34	FARIA, J F G	89,90
CORDONI, P K	67	FARIA, S R I	64
CORRÊA, N F	97	FARIAS, G B	86
CORSO PEREIRA, M	98	FECCHIO, P H	22
COSTA JÚNIOR, J R	21	FEITOZA, S V 72	
COSTA, A N	50,51,53	FELICIANO, S S A B	6,25,31,56,91
COSTA, B S	62,67,70,73,78,85,86	FELIX S T A	91
COSTA, C S	63	FELIX, S A L C	74
COSTA, I J O	69, 82,85	FENERICK, G D O	86
COSTA, L S	80	FERNANDES, C J C	33,85,88,89
COSTA, L T	92,97	FERNANDES, C J C S	88,90,91,99
COSTA, M D B	38	FERNANDES, F L A	27
COUTINHO, H M	53	FERNANDES, N G	10,13,36,43
CRAJOINAS, R O	87	FERNANDES, S C L	72
CRISTÓFANI C, A	60,62	FERNANDEZ, G N	94
CRUVINEL, M D C	43,53	FERNDANDES, P M P	64
CRUZ, C R	88,90,91	FERRARI D, D A	70
CRUZ, C T	14	FERRARI, R	62,85,86
CRUZ, N C R	71,80	FERRARI, V	72
CRUZ, O M V	66	FERRAZ, G P L	61,63

FERREIRA A P R L	91
FERREIRA R, M	72
FERREIRA, A P	22
FERREIRA, G D S	59
FERREIRA, I P	23,48,58
FERREIRA, L A	35,37,40,58
FERREIRA, R A	71
FERREIRA, R G	52
FERREIRA, Y M S F	19
FIGUEIREDO, G P	27
FIGUEIREDO, S O	13
FILHO, F S S	38
FILHO, J A P P	29,42,44,45,51,55
FINOTI, F P	41
FISS, E	67,69,72
FOLETO B, A B	76
FONINI, J S	64
FONSECA, E K U N	54,88
FORTH, R	59
FORTUNATO, E	47,48,49,94
FRANCESCHINI, J	70
FRANCO, C R	6,23,31,45,56,91,101
FRANCO, E A T	67,69,73,82,96
FRANCO, E T	93
FRANCO, F J B Z	71
FRATELLI, L	10
FREIRE, V C C	15,34
FREITAS, I M M	68
FREITAS-FILHO, O	85,89
FUCUTA, M M L	76
FUMAGALI, I A	81
FUTOSHI, R M	53
FUZI, C E	66

g

GALEGO, P H C	42,48
GALLIGANI, L	67
GARCIA L, L	94
GARCIA, L C	27
GAZOLA, D H	76
GERONASSO, H	83
GERONUTTI, J A A	70
GODINHO F, N	37
GODINHO, N	66
GODOY, J M	63
GOMES, M C, N	66
GOMES, M L	64
GOMES, M P, L	72
GONÇALES, V	62,67,73,78,81,85,86
GONÇALVES, M R	72
GRANGEIRO, A M	54,61,63
GRAVA, S	95
GREGÓRIO, K S	89,90
GRIMALDI, A B	52
GUERRA, J M	53
GUERRA, R V V	36
GUIMARÃES, A G H	72
HASIMOTO, E N	14,96
HEUBEL, A D	68
HOLANDA, T S R	13

h

HLOUKA, G	62,67,70,73,78,81,85,86
HONDA S, A	70
HOULY, S G D B	38
HRUSCHKA, G P 6	9,81,82
HURST, J R	71,80

i

ISHIZAKI, T	75
ISOLANI, R E	47

j

JACKSON, D J	59
JACOMELLI, M	21
JAMNIK, S	9,12,52
JARDIM, C V P	85,88,89,91,97,99
JATENE, F B	85,89
JELEZOGLO, B A	72
JORGE, I M S	90
JUNHO, M F S	34
JUNIOR, C A C T	22
JUNIOR, J R V D C	21
JÚNIOR, L M B	67

k

KABBACH, E Z	68,71,80
KALIL, M E	17,19,47
KARLOH, M	68,72
KAWAKAMI, D M O	68
KAZUHIRO, R A	53
KUMAGAI, L M	34
KWIATEK, J	59

l

LAFETA, M	8,11,35
LAFETA, M L T	32
LALLI, C A	48
LANDGRAF, R M	100
LAPER, I Z	101
LARA, R T	56
LAZARINI, A	72
LEAL R, C M	50
LEAL, Y I	86
LEMONS, D C 92	
LEONARDI, N T	68,71,80
LESSA, I M	22,56
LIMA NETO, Q A	95
LIMA, B A G	25
LIMA, B, A G	6,31,56,91,
LIMA, B, B	9,12
LIMA, F S	16,17,18,34,43
LIMA, G P	83
LIMA, L P	35,37,40,58,92
LIMA, R M	6
LIN, C J	66

LIRA, M J T	33,54	MATIAS, F C M N	64
LOPES, D V	8,11	MAYUMI, N F	37
LOPES BAPTISTA, A D S	73	MEIRA, S G	76
LOPES FERRAZ, G P	61	MELLO, A J	47
LOPES, C L	64	MELLO, G C	80
LOPES, D V	9,12,15,16,22,32,33,35,84	MELO, G C D S	48
LOPES, F G P	63	MELO, G C S	23
LOPES, Í C	82,93	MELO, L C	77
LOPES, L G	84	MELO, L C V	87
LOPES, T L	76	MENDES, P R A	25,41
LORENZO, V	72	MENDES, R G	61,68,80,71
LORO, F R	5,46	MENDONÇA, A F	69
LOSSO, L M	21	MENDONÇA, L G	61,63,68
LOVATO, P G	74,81	MENEZES, D V	15
LUIS REIS, J L R	47	MENEZES, M B	35,92
LUNA-MELLO, L. I	17,18	MESQUITA, C E B	13
LUZ, L C	75,76	MESQUITA, G A	64
LYRA, A C	10,13	MESQUITA, V T	14
LYRA, R D M	43	MILINAVICIUS, R	13
		MIOTTO, A	8,11,65
		MIRANDA, L R	7
		MIRANDA, T D	15,34
		MIYAMOTO, K K	81,82
		MOLSKI WOJCICKI, M	95
		MONTE, L F V	101
		MONTEIRO, R M	37
		<u>MORAES</u> , M L F	93
		MORAIS, J W	62,67,78,85,86
		MORAIS, J W D	73,81
		MOREIRA G X, A	14
		MOREIRA, J S	57
		MORI, V	76
		MORONI, M A	59
		MOTTA, J V	80
		MOURA, I D A	36,46
		MUCCINO, D	59
		MUSOLINO, R S	42,44,51,55

m

MACEDO, R F	41,55,58		
MACHADO, M H C	96		
MACHADO, M H D C	69,82		
MAEHARA, V R N	69,81,82		
MAGALHÃES A L	25		
MAGALHÃES R, R	10		
MAIA, A L P	30		
MALOSA S, L M	92,97		
MALUF, G C	77		
MANECHINI, A L M	78,86		
MANSANO, J S	68		
MANTOANI, L C	83		
MANTOVANI, B M	26,36		
MARA C R, E	60		
MARANGONI, E	71		
MARANHÃO, R C	94		
MARCINKEVICIUS, J	83		
MARI, J F	57		
MARIANI, A W	64		
MARIANO, L O L	5,36,39,46		
MARIN NETO, J A	92		
MARINHO, M D F D	68		
MARQUES F, I M	72		
MARQUES, I M B	9,12,16,18,22,24,32,33,84		
MARQUES, I M D B	8,11,35		
MARQUES, J M	8,11,18,24,32		
MARQUES, M A	41		
MARSON, F	77		
MARTINEZ, J A B	5		
MARTINS, B D O	30,57		
MARTINS, B O	52		
MARTINS, C E N A	10		
MARTINS, L F L	17		
MARTINS, M A	88,91,101		
MARTINS, M D A	91,100		
MARTINS, T C	94		
MARTINS, V M C	29,42,44,45,51,55,57		
MASCARI, J M J	56		
MASUCH, M H	67		
		NARDOCCI, M A D	27
		NASCIMENTO, D Z	96
		NASCIMENTO, I A O	88,90,91
		NASCIMENTO, Y P P	85,99
		NATHAN, A C	54
		NEFFÁ, P P	5
		NERI, J L S	24
		NETO, E E	15,22
		NETO, J D S M	64
		NETO, J J S	13
		NETO, R F C	13
		NETTO, M C M	8,11
		NEVES, J S F	95
		NIETMANN, H	61,63,64
		NISHIDA, H E	14
		NISINAGA, J M G C	5,46
		NOGUEIRA, A T	26,36
		NOGUEIRA, I O C	65
		NOMURA, F M	46
		NUNES C, D	28
		NUNES C, M	20,70

n

NUNES, H R D C	89,90	PINHEIRO FILHO, J A P	54,57
		PINHEIRO JR, D B B	79
		PINHEIRO, B D V	44
		PINHEIRO, L	16,33,84
OHARA, D G	71,80	PINHEIRO, L G	64
OLIVEIRA C, L	98	PINHO, A B C D A	47
OLIVEIRA K, D M D O K	72	PINTO, L D B	95
OLIVEIRA M, B	29	PIRES, L C	42
OLIVEIRA, A H B B	31	PIRES, L V A	68
OLIVEIRA, A V	35,37,58	PIZZUTTO, B S	99
OLIVEIRA, B S	80	POEYS, S M V	10,37,66
OLIVEIRA, F L S	23,42	PONCHI, I	78
OLIVEIRA, F R	51	PRADO, F D O	15,34
OLIVEIRA, G A R	93	PROCHNOV D G, S	28
OLIVEIRA, G M R	41	PROCIANOY, E	101
OLIVEIRA, I M	17,19,47	PROENÇA C B A	20,70
OLIVEIRA, K M	96	PRUDENTE, R	93
OLIVEIRA, L A G	82	PRUDENTE, R A	67,69,70,73,76,81,82,96
OLIVEIRA, T L	74	PUGLIESI, T B	17,47
OTA-ARAKAKI, J	34	PURGATO JUNIOR, E A	25

p

PADUA, A I	92
PÁDUA, S	35,40
PÁDUA, S	37
PAFUNDI, P C	101
PAIVA M M, S	7,50
PAIVA, R L F A	19
PAIVA, S M	53
PANETTIERI, R A	59
PANIAGO, P H O A	20
PARDINI, R M	54
PASSINI, V V	69
PASSOS, H R	26,27,30,52,57
PAUDA, M	78
PAULA, A A	5,17,18,34,38,43
PAULA, F C E	83
PAULA, K C	78
PAULA, T A	10,13,66
PAULA, T D A	36,73
PEDRINI, F F	47
PEIXOTO, A	77
PEIXOTO, M F	68
PENA, M C P	41
PEREIRA, A A L	75
PEREIRA, B L F	76
PEREIRA, C A D C	38
PEREIRA, D M	23
PEREIRA, J D	25
PEREIRA, K R	87,94
PEREIRA, M C	23,42
PEREIRA, M D	92
PEREIRA, N T	95
PEREIRA, S W	92,97
PEREZ, P S	32
PEREZ, R	50
PERFEITO, J A J	65
PERON, S F	19
PILAN, B F	88
PINCINATO, L P	49,94

q

QUAGLIO, L S	19
QUEIROZ, G S D	28
QUEIROZ, M S	79
QUEIROZ, S A D	30

r

RABAHI, M	28
RABAHI, M F	20
RACHED, S Z	6,26,27,30
RAMOS, E M C	83
RÊGO, C O	43
REIS, F L	41,48
REIS, M L D A	83
REIS, T A	14,96
RESENDE S, J	64
RESENDE, A C L	38
REZENDE, E D F	28
RIBEIRO F C G	25
RIBEIRO, Â R C	83
RIBEIRO, C P R	20
RIBEIRO, J D	77
RIBEIRO, R M R	13,39,43,53
RIBEIRO, S M	96
RIOS, G R	62,67,73,78,81,82,85,86
RIZZATTI, F P G	17,18
ROBERTO, I D M	8,11,35
ROBERTO, I M	12,16,18,22,24,32,33,84,9
ROCHA, D G 79	
RODRIGUES P, H	29
RODRIGUES, B A S	56
RODRIGUES, I D F S	63
RODRIGUES, I F S	54,61,63
RODRIGUES, M M	39,46
RODRIGUES, S C	36
RODRIGUES, S C S	17,39,46,53,75,76
ROLIM, J V	71,79,80
ROMALDINI, J G B	31,45

ROMANO, M M D	92	SILVA, A O	94
ROQUE R C, L	50	SILVA, A S D	28
ROQUE, A C	49,87	SILVA, C L F	68
ROQUE, L C R	53	SILVA, C S R	87,94
ROSA FILHO, A S	74	SILVA, D G S T	20
ROSA, C L B	50,59	SILVA, F C D	55,58
ROSOLEM, R E	78	SILVA, G C P	84
ROSSETTO, N Z	88,89,91,97,99	SILVA, G S	16,17,18,34,43
ROSSI L, F	66	SILVA, H V	69
RUIZ JÚNIOR, R L	14	SILVA, I L A	61
		SILVA, J F	80,97
		SILVA, J N	87
		SILVA, J R	61,63
		SILVA, M A O B	52
		SILVA, M C	13
		SILVA, M G M	92
		SILVA, M L F	23
		SILVA, M M C	71,79,80
		SILVA, M M C A	89,90
		SILVA, M P	50
		SILVA, M S R	32
		SILVA, S E	60,62
		SILVA, S M	80,92,97
		SILVA, V W D S	89,90
		SILVA, W P	80
		SILVA-FILHO, L V R	101
		SILVEIRA, E P	19,41,91
		SILVEIRA, L M	72
		SIMÃO, A N C	95
		SIQUEIRA, L T B	8,66, 11
		SIVELLO P L L	66
		SOARES, C D A	67
		SOARES, F M C	22,56
		SOARES, G S	27,33,55
		SOARES, M R	38,43
		SOARES, P H P	30
		SÔNEGO P, I	20,70
		SOUSA B, S	29
		SOUSA R, S C	37
		SOUSA, M C F F	37,40,58
		SOUSA, P A B D	48
		SOUZA , B V P	8,11
		SOUZA M, T D S	44
		SOUZA S, N	72
		SOUZA, A H	60
		SOUZA, B V P	15
		SOUZA, B V P	18,24,33,25,38,52
		SOUZA, C C	64
		SOUZA, G S	5
		SOUZA, K	60,62
		SOUZA, K A S	83
		SOUZA, R	85,87,88,89,91,97,99
		SOUZA, R N	44
		SOUZA, V H	95
		SOZA, J V D	93
		SPAGNUOLO, B F	14
		SQUASSONI, S D	67,69
		STANZANI, F	17
		STEINMACHER, L D O	82
		SVARTMAN, F M 96	

S

SACARDO, G M	93		
SACHET, A M E	95		
SAFFER, F M	95		
SAFI, C	77		
SAKAMOTO, B A	22		
SALERNO, G	42		
SALES, R K B	47,94		
SALES, R K B D	48		
SALIBE-FILHO, W	85,87,88,89,97,99		
SALLUM B G, M	20,70		
SALUM M, J	72		
SAMPAIO, L M	80		
SAN MARTIN, S R	24		
SANCHES, F M	33,85,88,89,97,99		
SANT'ANA, N M	80		
SANTA, L P A A D B	74		
SANTALIZ, M G M	53		
SANTIAGO, M V P	13,36,73		
SANTOS, A B F S	23,45,101		
SANTOS, B V A	79		
SANTOS, F H R	25		
SANTOS, G A D C	26,52		
SANTOS, J V A	24		
SANTOS, L P	9,12		
SANTOS, L S N	48,94		
SANTOS, M K	71		
SANTOS, M S C	67,81		
SANTOS, M S C D	73		
SATURI, F M	50		
SATURNINO, L	101		
SCABELLO, R T	88,90,91		
SCHAFAUSER-SEGUNDO, N S	68,71,80		
SCHEIBELER, V	17,19		
SCHICARIOL, G N	49		
SCHMIELE NAMUR, C	36		
SCHMITT L S, L	98		
SEABRA, A M	20,70		
SELA, A F	95		
SELICANI, L 77			
SERRETTI-MENDES, G M	51		
SERTÓRIO, L S	44		
SHINTAKU, D N	76		
SIDDHARTHAN, T	71		
SILVA, L A	83		
SILVA C, J D	50		
SILVA CARVALHO, J D	7		
SILVA FILHO, L V R F	77		
SILVA R, W T	92		

t

TAMASHIRO, E	30
TANAKA, S O T	77
TANNI, S E	67,69,70,73,76,81,82,93,96
TASSI, A C	25,41
TATAGIBA, L S	85,99
TAVARES, T F	27
TEIXEIRA JÚNIOR, C A C	16
TEIXEIRA, A I	14
TEIXEIRA, C A C	52
TEIXEIRA, F O	47
TEIXEIRA, F V	79
TEIXEIRA, L R	47,48,49,94
TEIXEIRA, M A	61,63
TENCONI, L A D	8,11,15
TEÓFILO, L D S	21
TERRA-FILHO, M	85,88,89,97
TETILA, M E	83
THOME FRANCO, E A	70
THONYA R R, I	20,70
TOAIARI S, G	10
TOGNILOLO, M L L	38
TOLEDO CRUZ, C	14
TONIOLI, L P	72
TORO, A	77
TORRES S C G	25
TORRES, C S	23
TORRES, L L	93
TORRES, S C	26,36
TREVISAN, A	22,56
TREVISAN, D J M	22

u

UZELOTO, J S	69,70,82
--------------	----------

v

VALENTE, D C A	64
VASCONCELOS A I C	26,36
VASCONCELOS G R V	66
VASCONCELOS, B B	77
VASCONCELOS, Y	32
VAZ, L E	26,57
VEGA-HERNANDEZ, G	101
VERNIER, A C A D C	74
VERRASTRO, C G Y	52
VIANNA, E O	92
VICENTE, G N S	52
VICHIENDILOKKUL, A	59
VIEIRA, P C B	5
VIEIRA P, V	40
VIEIRA, P C B	24,39
VIEIRA, T M	15,19,34,34,41,91,100
VILAS BOAS, O L	60,62
VILELA, S O A J	72
VISENTAINER, J E L	95
VITORASSO, R	101

w

WARD LEITE, G	75
WECHSLER, M E	59
WESTPHAL, L	5,16,17,18,34,38,43

x

XAVIER, F V F	73,81
XIMENES, A M G	96

y

YAMACITA, J S	25,41
YAMAUCHI, F K	89,90
YOO, H H B	89,90

z

ZAHÍ, R S	7, 29
ZAMPIERI, G S	83
ZAPATA G M D	25
ZAURISIO, L S	86, 101

