



CO 001 EXACERBAÇÕES DE DPOC NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

Page3

CO 002 MORTALIDADE APÓS EXACERBAÇÃO AGUDA DE DPOC COM NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Page3

CO 003 O IMPACTO DAS TRÊS CLASSIFICAÇÕES DE GRAVIDADE DO GOLD (2001,2011 E 2017) NA MESMA POPULAÇÃO DE DOENTES COM DPOC

Page4

CO 004 EXACERBAÇÕES GRAVES DE DPOC: FATORES PREDITIVOS DE READMISSÃO

Page4

CO 005 AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS À DISTINÇÃO ENTRE AS ENTIDADES ACO E DPOC

Page5

CO 006 SERÁ O "SIT-TO-STAND TEST" UMA FERRAMENTA ÚTIL NA AVALIAÇÃO DA DESSATURAÇÃO NO ESFORÇO DO DOENTE COM DPOC?

Page6

CO 007 CORRELAÇÃO ENTRE A ESCALA MMRC E CADA UM DOS SUBDOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO CAT NUMA AMOSTRA MULTI-CÊNTRICA DE DOENTES COM DPOC CLASSIFICADOS DE ACORDO COM O GOLD 2017

Page7

CO 008 CAPACIDADE DE EXERCÍCIO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: PROVA DE ESFORÇO CARDIORRESPIRATÓRIA VERSUS PROVA DA MARCHA DOS 6 MINUTOS

Page8

CO 009 TUBERCULOSE PULMONAR E EXTRAPULMONAR - EVOLUÇÃO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Page8

CO 010 PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE - RETRATO DE 3 ANOS NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Page9

CO 011 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES PORTADORES DE ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS (CRE) INTERNADOS NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

Page10

CO 012 CARACTERIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - DO LABORATÓRIO À PRÁTICA CLÍNICA

Page11

CO 013 PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA - ANÁLISE DE 10 ANOS DE INTERNAMENTO NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Page12

CO 014 PNEUMONIA A *PNEUMOCYSTIS* EM DOENTES IMUNOSSUPRIMIDOS NÃO VIH

Page12

CO 015 PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Page13

CO 016 QUANDO O TUMOR NÃO É...

Page14

CO 017 PAPEL DA PET-TC NA ABORDAGEM DO NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO

Page14

CO 018 MESOTELIOMA - UMA SENTENÇA DE MORTE?

Page15

CO 019 CARCINOMA MALPIGHIANO DO TIMO - CASO CLÍNICO

Page15

CO 020 TUMOR CARCINÓIDE DO PULMÃO: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Page16

CO 021 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

Page17

CO 022 AZATIOPRINA NO TRATAMENTO DA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA

Page17

CO 023 SARCOIDOSE - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE FARO

Page18

CO 024 AVALIAÇÃO QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PORTUGUESAS COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

Page19

CO 025 EXACERBAÇÕES DE DOENÇA PULMONAR DIFUSA: ESTUDO RETROSPECTIVO

Page19

CO 026 MACRÓLIDOS COMO POTENCIAL TRATAMENTO NA PNEUMONIA ORGANIZATIVA

Page20

CO 027 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA E FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: TERÃO A MESMA EVOLUÇÃO APÓS O TRANSPLANTE PULMONAR?

Page20

CO 028 CURVA DE APRENDIZAGEM DA CRIOBIOPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA NAS DOENÇAS PULMONARES DIFUSAS

Page21

CO 029 ABORDAGEM DE DERRAMES PLEURAIIS POR TORACOSCOPIA MÉDICA: CASUÍSTICA DE 124 CASOS DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Page21

CO 030 EFECTIVIDADE E SEGURANÇA DA TORACOSCOPIA SEMI-FLEXÍVEL

Page22

CO 031 DIAGNÓSTICO DE LESÕES PULMONARES PERIFÉRICAS COM BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL E SONDA RADIAL DE EBUS

Page23

CO 032 EBUS-TBNA EM DOENTES COM NEOPLASIA PULMONAR SEM ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS OU HILARES EM TAC TORÁCICA

Page24

CO 033 BRONCOSCOPIA RÍGIDA: PRINCIPAIS INDICAÇÕES, FATORES DE RECIDIVA A CURTO PRAZO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Page25

CO 034 CARCINOMA BRONCOPULMONAR: CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA E SOBREVIDA APÓS TERAPÊUTICA DIRIGIDA

Page26



CO 035 SEQUENCIAÇÃO DE NOVA GERAÇÃO: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE MUTAÇÕES EM DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS

Page26

CO 036 NEUTROPENIA FEBRIL NA NEOPLASIA DO PULMÃO: FATORES ASSOCIADOS A MORTALIDADE E FALÊNCIA DA ANTIBIOTERAPIA

Page27

CO 037 NEUTROPENIA IATROGÉNICA AO TRATAMENTO DA NEOPLASIA DO PULMÃO E PLEURA COM QUIMIOTERAPIA

Page28

CO 038 SÍNDROME DE PIERRE-MARIE-BAMBERGER: MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Page29

CO 039 TOXICIDADE CUTÂNEA GRAVE SECUNDÁRIA A TKI - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Page30

CO 040 EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS A NIVOLUMAB - EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA

Page31

CO 041 ENCEFALITE AUTOIMUNE SECUNDÁRIA A NIVOLUMAB EM DOENTE COM ADENOCARCINOMA PULMONAR METASTÁTICO

Page32

CO 042 RELAÇÃO NEUTRÓFILOS-LINFÓCITOS NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: EFEITO DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA

Page33

CO 043 ASSOCIAÇÃO ENTRE A RELAÇÃO NEUTRÓFILOS-LINFÓCITOS E SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Page33

CO 044 HOMOCISTEÍNA NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: EFEITO DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA

Page34

CO 045 EFEITOS DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA NOS MARCADORES CARDIOVASCULARES E METABÓLICOS NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Page34

CO 046 VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO STOP-BANG COMO MÉTODO DE RASTREIO PARA A SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS) NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Page35

CO 047 TOLERÂNCIA E EFEITOS BENÉFICOS DA PRESSÃO POSITIVA NAS VIAS AÉREAS DOS DOENTES IDOSOS

Page35

CO 048 SEGUIMENTO DO TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: SEMELHANTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E NAS UNIDADES DE SONO?

Page36

CO 049 EFEITOS FISIOLÓGICOS DE TRÊS DIFERENTES MODOS VENTILATÓRIOS EM PACIENTES COM SÍNDROME DE HYPOVENTILAÇÃO OBESIDADE SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: UM ESTUDO PILOTO RANDOMIZADO

Page36

CO 050 PODEMOS VERDADEIRAMENTE MUDAR DE POLISSONOGRAFIA PARA POLIGRAFIA NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO? COMPARAÇÃO ENTRE ESTES NÍVEIS DE ESTUDOS DO SONO NUMA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Page37

CO 051 EMPIEMA PLEURAL - A REALIDADE DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Page38

CO 052 RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE METÁSTASES PULMONARES

Page38

CO 053 TRANSPLANTE PULMONAR E COLONIZAÇÃO DA VIA AÉREA NAS BRONQUIECTASIAS

Page39

CO 054 TRANSPLANTE PULMONAR LOBAR - A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

Page39

CO 055 O PRIMEIRO ANO DE CIRURGIA PULMONAR ROBÓTICA NO HOSPITAL DA LUZ

Page40

CO 056 AVALIAÇÃO DO ENFISEMA NO DÉFICE DE ALFA 1 - ANTITRIPSINA: ESTUDO FUNCIONAL RESPIRATÓRIO VS DENSITOMETRIA POR TC

Page40

CO 057 DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA NA CONSULTA DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE FARO

Page41

CO 058 DOENÇA DE POMPE: UM DESAFIO AO DIAGNÓSTICO

Page41

CO 059 HIPERINSUFLAÇÃO DINÂMICA - SERÁ A CHAVE DOS MECANISMOS DE INTOLERÂNCIA AO ESFORÇO?

Page42

CO 060 CAPACIDADE VITAL E MÁXIMA CAPACIDADE DE INSUFLAÇÃO EM DOENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: PROGNÓSTICO E RELAÇÃO COM A FUNÇÃO BULBAR

Page42

CO 061 RINITE ALÉRGICA LOCAL - CONTRIBUTO DOS TESTES *IN VIVO* E *IN VITRO* PARA O DIAGNÓSTICO

Page43

CO 062 CARACTERÍSTICAS E PROGRESSÃO LONGITUDINAL DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Page44

CO 063 CONCORDÂNCIA CAT/MMRC NA DPOC DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO GOLD 2017 - ANÁLISE DE UMA AMOSTRA MULTICÊNTRICA

Page44

CO 064 O IMPACTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM DPOC SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIA

Page45

CO 065 O USO INADEQUADO DOS INALADORES NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Page46

CO 066 FATORES DE RISCO DE INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS E EXACERBAÇÕES AGUDAS NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Page46

CO 067 INCONSTÂNCIA DOS SINTOMAS E RISCO ACRESCIDO DE EXACERBAÇÃO AGUDA NA DPOC

Page47



CO 001

EXACERBAÇÕES DE DPOC NUMA ENFERMARIA DE MEDICINA INTERNA

C Sousa, L Correia, A Barros, L Brazão, P Mendes, V Teixeira

Hospital Central do Funchal

Palavras-chave: DPOC, Internamentos, Seguimento, Abordagem, Indicadores

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) constitui uma causa *major* de morbilidade e mortalidade. A ocorrência de exacerbações agudas (EA) contribui para a gravidade da doença. Muitos destes casos são admitidos no serviço de Medicina Interna (SMI).

Objetivos: Caracterizar os internamentos motivados por EA da DPOC num SMI e verificar se há diferenças entre as características gerais, abordagem e seguimento dos doentes seguidos em consulta de Medicina Geral e Familiar/Medicina Interna e os seguidos em Consulta de Pneumologia.

Métodos: Estudo retrospectivo, transversal. Obtivemos os dados dos processos clínicos dos internamentos por EA de DPOC, admitidos num SMI do período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015. Avaliaram-se variáveis demográficas, número de internamentos, antecedentes pessoais, terapêutica instituída no internamento e ambulatório, ocorrência de óbito intra-hospitalar e seguimento em consulta. Utilizou-se o IBM SPSS 19 para análise estatística e usou-se o $p < 0.05$ como limite para significado estatístico.

Resultados: Dos 133 doentes identificados, 52 eram seguidos em Consulta de Pneumologia (grupo CP) e 81 doentes eram seguidos em consulta de Medicina Interna ou Medicina Geral e Familiar (grupo CM). A média de idades foi igual nos dois grupos (76.8 anos). No grupo CP, 57.7% dos doentes eram do sexo masculino vs. 51.9% no grupo CM. O grupo CM apresentava maior número de comorbilidades: média de 2.28 vs.1.92. No grupo CP foram encontrados mais fumadores: 53.8% vs. 37%; mais doentes sob Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD): 55.8% vs. 35.8%; e sob Ventilação Não Invasiva (VNI) no domicílio: 23.1% vs. 9.9%. Durante o internamento foi instituída terapêutica com VNI em maior número de doentes do grupo CP: 50.0% vs. 40.9% e foi instituída Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) em proporção semelhante entre os 2 grupos: 9.9% vs. 9.6%, respetivamente. O grupo CP tinha maior número de doentes com Provas de Função Respiratória (PFR): 73.0% vs. 19.8%, com doseamento de Alfa-1-Antitripsina (A1AT): 13.5% vs. 2.5% e com Enfisema documentado em Tomografia Computorizada (TAC): 25% vs. 4.9%. No grupo CP, havia mais doentes a fazer algum broncodilatador (BD): 92.3% vs. 75.0% e corticoterapia: 75.0% vs. 59.3%. Do grupo CP, 65.6% estavam sob vacinação para o vírus da gripe sazonal e 19.2% para o *streptococcus pneumoniae*, vs. 59.3% e 9.9% do grupo CM, respetivamente. A mortalidade intra-hospitalar foi de 17.3% no grupo CP e 8.6% no grupo CM.

Discussão: Foram encontradas diferenças com significado estatístico ($p < 0.05$) para a proporção de fumadores, de doentes sob OLD e VNI no domicílio, com presença de Enfisema em TAC, com PFR, com doseamento de A1AT, e sob BD entre os doentes de ambos os grupos. O grupo com seguimento em Pneumologia está mais próximo das recomendações para a abordagem e seguimento dos doentes DPOC mas está longe dos resultados expectáveis.

CO 002

MORTALIDADE APÓS EXACERBAÇÃO AGUDA DE DPOC COM NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

D Maia, D Silva, P Cravo, A Mineiro, J Cardoso

Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Palavras-chave: EADPOC, VNI, Mortalidade

Introdução: As exacerbações agudas de DPOC (EADPOC) são episódios graves na história natural da doença e estão associadas a mortalidade significativa. A ventilação não invasiva (VNI) é uma terapêutica bem estabelecida na EADPOC hipercápnica.

Objetivo: Analisar as características clínicas dos doentes submetidos a VNI no contexto de EADPOC hipercápnica numa enfermaria de pneumologia, mortalidade hospitalar e sobrevivência após a alta.

Métodos: Foram revistos os processos clínicos dos doentes internados no serviço de pneumologia durante os anos de 2013 e 2014 com o diagnóstico principal de EADPOC e submetidos a VNI. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS v24.

Resultados: Foram incluídos 55 doentes, 43 (78.2%) do sexo masculino, com idade média de 70 anos (DP 9). O estadió GOLD era D em 40 (76.9%) e B nos restantes. A mediana do FEV₁ previsto foi 34% (P₂₅=26%; P₇₅=45%). A maioria (89.1%; n=49) apresentava antecedentes de tabagismo, 37 (67.3%) hipertensão arterial, 22 (40%) dislipidémia, 16 (29.1%) insuficiência cardíaca, 13 (23.6%) diabetes mellitus, 12 (21.8%) fibrilhação auricular e 9 (16.4%) síndrome de apneia obstrutiva do sono. A média do índice de Charlson foi de 4.4 (DP 2). A maioria dos doentes era proveniente do Serviço de Urgência (SU) (49.1%; n=27), de enfermarias de medicina (20%; n=11) e da consulta de pneumologia (18.2%; n=10). A VNI foi instituída maioritariamente no SU (54.6%; n=30), seguido do serviço de pneumologia (SP) (29.1%; n=16). A média do pH prévio ao início de VNI foi de 7,3 (DP 0,08), mais elevada nos doentes que iniciaram VNI no SP/enfermaria de medicina em comparação com os outros (7,34 (DP 0,07) vs 7,28 (DP 0,07); $p=0.008$). A duração média do internamento foi de 15,1 (DP 8,5) dias, tendo-se verificado que nos doentes que iniciaram VNI no Serviço de Pneumologia esta foi mais curta (10,2 (DP 5,6) vs 17,1 (DP 8,7) dias; $p=0.005$).

A maioria dos doentes teve alta para o domicílio, 3,6% (n=2) foram transferidos para unidade de cuidados intensivos e 3,6% (n=2) faleceram no SP.

Durante o seguimento, verificaram-se 32 óbitos (58,2%), com causa respiratória em 81,3% (n=26) dos casos. A taxa de mortalidade aos 3 meses, 6 meses, 1 ano e 2 anos foi de 10,9%, 12,7%, 25,4% e 40%, respetivamente. Comparando indivíduos sobreviventes com falecidos ao final de um ano, verificou-se que os falecidos apresentavam IMC mais baixo (24,4 (DP 8,8) vs 27,6 (DP 7,4); $p=0.07$), rácio IC/TLC mais baixo (0,18 (DP 0,07) vs 0,25 (DP 0,10); $p=0.04$) e idade mais elevada (74 (DP 8,3) vs 68,7 anos (DP 9,6); $p=0.06$), relativamente aos sobreviventes.

Conclusões: Nesta amostra, verificou-se uma mortalidade intra-hospitalar baixa nos doentes com EADPOC submetidos a VNI na enfermaria de Pneumologia. O rácio IC/TLC diminuído associou-se a mortalidade mais elevada aos 12 meses. O prognóstico destes doentes é grave, com mortalidade de 25% após um ano e de 40% após 2 anos.



CO 003

O IMPACTO DAS TRÊS CLASSIFICAÇÕES DE GRAVIDADE DO GOLD (2001, 2011 E 2017) NA MESMA POPULAÇÃO DE DOENTES COM DPOC

C Oliveira, S Moreira, D Escalera, A Barros, J Valença, R Staats, C Bárbara

Hospital de Santa Maria

Palavras-chave: DPOC, gravidade, GOLD

Introdução: A primeira versão do GOLD, publicada em 2001, tinha como único parâmetro de gravidade da doença o FEV1. Em 2011, na sequência de uma revisão profunda do documento foi proposta uma nova classificação que introduziu o conceito ABCD e novos parâmetros de gravidade, como os sintomas, exacerbações e internamentos. Em 2017, o conceito ABCD do GOLD foi novamente alterado, e ao contrário das classificações anteriores a avaliação funcional por espirometria ficou confinada ao diagnóstico da doença e ao prognóstico e decisão de terapêutica não farmacológica.

O objectivo deste estudo foi comparar estas três classificações de gravidade aplicadas à mesma população de doentes.

Métodos: Foram analisadas 758 espirometrias de doentes fumadores activos ou ex-fumadores, com relação FEV1/FVC pos-broncodilatação > 0,7, bem como o mMRC e o número de exacerbações no ano anterior registados à data de realização da espirometria. Usando estes dados a gravidade da doença foi classificada de acordo com o GOLD 2001, 2011 e 2017.

Resultados: 35% dos doentes eram fumadores activos e 71% homens. De acordo com a classificação de 2001 49,9% dos doentes pertenciam à classe 1 (ligeiros); 41,9% à classe 2 (moderados); 7,4% à classe 3 (graves) e 0,8% à classe 4 (muito graves).

Com a classificação GOLD 2011, 77,4% dos doentes estavam no grupo A, 5% no grupo B, 13,2% no grupo C e 4,4% no grupo D. Usando o GOLD 2017, 82,7% dos doentes estavam no grupo A, 6,5% no grupo B, 7,9% no grupo C e 2,9% no grupo D.

Discussão: A maior diferença encontrada nesta comparação das três classificações é que nas classificações mais recentes os mesmos doentes passam a ser menos graves, uma tendência que é mais significativa na classificação de 2017. A consequência mais notória desta alteração é na decisão da terapêutica farmacológica a usar, ficando por esclarecer se existe lugar a descalar os tratamentos já iniciados.

CO 004

EXACERBAÇÕES GRAVES DE DPOC: FATORES PREDITIVOS DE READMISSÃO

AL Vieira, J Lages, R Pereira, F Aguiar, MJ Araújo, L Ferreira, B Fernandes, J Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga

Palavras-chave: DPOC; exacerbação; internamento; readmissão

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença heterogénea e complexa. O “exacerbador frequente” é considerado um fenótipo importante, pois as exacerbações agudas (EADPOC) acarretam morbilidade e são uma das principais causas de idas ao Serviço de Urgência (SU), internamento e readmissão hospitalar. Os fatores relacionados com as readmissões permanecem por esclarecer.

Objetivo: Identificar fatores preditivos de readmissão hospitalar após internamento por EADPOC.

Métodos: Este estudo retrospectivo analisou todos os doentes internados por EADPOC (n=113) no ano de 2016 num hospital central universitário. Foi efetuado um estudo comparativo entre os doentes readmitidos em 90 dias (n=32, 28%) e os não readmitidos. As variáveis demográficas, características dos doentes, dados relacionados com o internamento e *scores* de gravidade e prognóstico foram recolhidos a partir dos registos médicos.

As variáveis categóricas, apresentadas em percentagem, foram comparadas através do teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. As variáveis contínuas, apresentadas em média+-desvio-padrão, foram comparadas através do T-test para amostras independentes ou teste ANOVA.

Resultados: Foram incluídos 113 doentes, 68% (n=77) homens, com uma idade média de 76+-11 anos, principalmente fumadores ou ex-fumadores (83,7%). Mais de metade (56%) eram independentes nas atividades de vida diária (AVD) e 10% viviam em lares ou tinham apoio de centro de dia.

Com um FEV1 médio de 44+-20% (mediana 42%, P25-P75 32-56%), cerca de três quartos dos doentes foram classificados como GOLD classe D e 57% encontravam-se medicados com terapêutica inalatória tripla. A insuficiência respiratória crónica com necessidade de oxigenoterapia de longa duração ou ventilação não invasiva estava presente em 46%. 26 doentes tinham também um diagnóstico concomitante de bronquiectasias.

Praticamente metade dos doentes (n=52, 46%) tinha já sido internado no ano prévio ao estudo e mais de metade (n=68, 60%) tinha sofrido pelo menos 1 EADPOC nesse período temporal.

O tempo médio de internamento foi de 11+-8 dias (mediana 8 dias, P25-P75 6-12 dias). Foi calculada uma taxa de mortalidade hospitalar de 7% (n=8) e a 90 dias de 10% (n=11).

A taxa de readmissão hospitalar aos 90 dias foi de 28% (n=32). Relativamente a fatores preditivos de readmissão aos 90 dias, encontrou-se uma associação estatisticamente significativa com as seguintes variáveis: índice de independência nas AVD (p=0,039), internamento no ano prévio (p=0,002), 2 ou mais EADPOC no ano prévio (p=0,014), *score* PEARL (p=0,08) e *score* LACE (p=0,03).

Discussão: Os doentes re-internados após uma admissão hospitalar por EADPOC necessitam de apoio nas AVD e têm um histórico de EADPOC frequentes e internamentos prévios. Para além disso, o *score* PEARL (internamentos prévios, *score* eMRCd, idade, insuficiência cardíaca direita e insuficiência cardíaca esquerda) e o *score* LACE (dias de internamento, proveniência da admissão



hospitalar, comorbilidades e idas ao SU) são ferramentas simples que predizem a readmissão hospitalar aos 90 dias após internamento por EADPOC.

A identificação dos doentes DPOC com alto risco de re-internamento é de extrema importância de modo a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a reduzir os custos hospitalares associados.

CO 005

AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS À DISTINÇÃO ENTRE AS ENTIDADES ACO E DPOC

AC Pimenta, A Carneiro, I Rodrigues, L Ribeiro, A Vale, D Apolinário, CS Pinto, R Noya, A Fernandes

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real

Palavras-chave: DPOC, ACO, diagnóstico diferencial, análise comparativa

Introdução: Na ausência de diretrizes claras para o diagnóstico da entidade de sobreposição Asma/Doença pulmonar obstrutiva crónica (ACO), trabalhos recentes admitem que a diferenciação entre ACO e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) se baseia, ainda, no julgamento clínico. Sabe-se, no entanto, que os grupos apresentam diferenças em termos de sintomas e prognóstico, e que esta distinção é um critério de estruturação do tratamento.

Objetivo: Caracterização dos doentes com diagnóstico de DPOC ou ACO em seguimento em Consulta de Pneumologia geral num hospital central, comparando variáveis clínicas e imagiológicas, e identificação de fatores relacionados com a diferenciação clínica entre as duas entidades. Avaliação de fatores potencialmente relacionados com *outcomes* adversos.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Amostra sequencial de doentes observados em Consulta de Pneumologia geral no primeiro semestre de 2017, com diagnóstico prévio de ACO ou DPOC (diagnóstico assumido pelo Pneumologista assistente) e com Tomografia Computorizada (TC) de tórax realizada nos dois anos prévios. Foram recolhidos dados clínicos (género, idade, IMC, história prévia de tabagismo, *score* mMRC, tratamento instituído e internamentos no último ano, o *end-point* considerado como evento adverso), laboratoriais (eosinofilia periférica, resposta a agonistas β_2 na espirometria, difusão de CO) e imagiológicos (diâmetros da artéria pulmonar (AP) e aorta (Ao) e presença de enfisema em TC tórax, ecocardiograma com sinais sugestivos de hipertensão pulmonar). Tratamento estatístico usando o *software IBM® SPSS® statistics* v19 e os testes estatísticos adequados.

Resultados: Foram incluídos 72 doentes ($n_{DPOC}=50$, $n_{ACO}=22$), com média de idades de $69(\pm 10,3)$ anos. No subgrupo de doentes com DPOC, houve maior frequência do género masculino (82% vs 32%; $\chi=17,31$; $p<0,01$; $df1$), e de história pessoal de tabagismo (84% vs 45%; $\chi=11,33$; $p<0,01$; $df1$). Excesso de peso (IMC médio de 27,7 vs 25,01; $t=-2,58$; $p<0,05$; $df22,5$) e critérios de resposta a broncodilatador inalado (75% vs 30%; $\chi=8,87$; $p<0,05$; $df1$) foram mais frequentes no grupo de ACO. A eosinofilia periférica, o *score* mMRC ou alterações da difusão de CO não diferiram significativamente entre os grupos. Imagiologicamente, a presença de enfisema foi mais comum nos doentes com DPOC (61%; $\chi=11,38$; $p<0,01$; $df1$). O rácio entre os diâmetros da AP e Ao foi tendencialmente superior no grupo de doentes com ACO, mas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

A terapêutica com corticosteroide inalado foi quase ubíqua nos doentes com diagnóstico de ACO (95% vs 58%; $\chi=23,66$; $p<0,01$; $df1$). Das variáveis investigadas, a ausência de história pessoal de tabagismo, IMC mais elevado, a resposta a agonista β e ausência de enfisema em TC de tórax demonstraram correlação com o diagnóstico de ACO. Não houve diferenças na frequência de *outcomes* adversos entre doentes com ACO e com DPOC e as variáveis



analisadas não mostraram associação significativa com a ocorrência de eventos adversos.

Discussão: Para além da prova de broncodilatação positiva, o perfil do doente com ACO parece caracterizar-se ainda por um IMC mais elevado e ausência de história pessoal de tabagismo ou de evidência imagiológica de enfisema. O incremento do tamanho amostral poderia permitir o reconhecimento de fatores preditivos do diagnóstico clínico de ACO e eventualmente auxiliar na identificação de critérios mais objetivos para o diagnóstico diferencial.

CO 006

SERÁ O “SIT-TO-STAND TEST” UMA FERRAMENTA ÚTIL NA AVALIAÇÃO DA DESSATURAÇÃO NO ESFORÇO DO DOENTE COM DPOC?

AL Fernandes, Z Camilo, G Luis, I Neves, J Ferreira, P Simão
Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Palavras-chave: DPOC, Prova da marcha dos 6 minutos, “Sit-to-stand test”

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) está frequentemente associada a dessaturação no esforço e, consequentemente, a redução da capacidade de exercício físico. Estes parâmetros geralmente são avaliados pela prova da marcha dos 6 minutos (PM6M), contudo, é um exame que consome recursos e tempo. O “Sit-to-Stand Test (STST)” é um teste mais simples para estimar a capacidade de exercício, já validado para a avaliação do estado funcional e do impacto da reabilitação respiratória na DPOC.

Objetivo: Comparar os testes STST e PM6M na avaliação da dessaturação no esforço de doentes com o diagnóstico de DPOC.

Métodos: Estudo exploratório que inclui amostra consecutiva de 15 doentes com DPOC estável (critérios GOLD), que realizaram PM6M e STST, no mesmo dia, com um intervalo de 30 minutos. Foram colhidos dados demográficos, de função pulmonar e gasimetria. Durante os testes, foram registados a distância percorrida e nº de repetições, parâmetros cardiorrespiratórios (pressão arterial (PA), frequência cardíaca) e escala de Borg de dispneia/fadiga dos membros inferiores. A saturação periférica de oxigénio (SpO₂) foi registada de forma contínua até 2 minutos após o término dos testes.

Resultados: Foram incluídos 11 homens (73,3%) e 4 mulheres (26,7%), com média de idade 70,1±7,7 anos (51-81 anos), IMC médio de 25,67±5,98 kg/m², VEMS médio de 1,23±0,43 L, CVF média 2,20±0,58 L, VR médio 4,36 ±1,64 L, CPT média 6,64 ±1,94 e DLCO média 46,38±24,6%. O BODE médio foi 3,13 ±1,9.

Durante a PM6M e STST, o aumento da PA sistólica, da FC, o decréscimo da spO₂, a variação da gravidade do Borg dispneia e do Borg fadiga apresentaram diferença estatisticamente significativa quando comparado com os valores iniciais de ambas as provas (p < 0,05).

A distância média percorrida na PM6M foi 385,00±91,56 metros e o número médio de repetições no STST foi de 16,73±3,67. Não existiu correlação significativa entre a distância percorrida PM6m e número de repetições no STST (p= 0,329).

A média da dessaturação de O₂ na PM6M foi de 9,53±1,30 % e no STST foi de 6,13±0,98 %. A dessaturação de oxigénio na PM6M e no STST apresentaram correlação forte e estatisticamente significativa (r =0,769; p< 0,001). O tempo de saturação inferior a 90% (T90) durante a PM6M e no STST mostrou uma correlação significativa do mesmo grau (r= 0,874; p<0,001).

O aumento da PA e da FC não foram correlacionáveis entre os testes, sendo o valor médio de aumento da PA e FC superior na PM6m.

Conclusão: Existem poucos estudos na literatura que correlacionem o grau de dessaturação de O₂ da PM6M e do STST na população DPOC. Apesar de se tratar de um estudo exploratório e com uma amostra pequena, neste grupo observamos uma correlação positiva, estatisticamente significativa e forte entre a dessaturação de O₂ e o T90 entre a PM6M e o STST.



CO 007

CORRELAÇÃO ENTRE A ESCALA MMRC E CADA UM DOS SUBDOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO CAT NUMA AMOSTRA MULTICÊNTRICA DE DOENTES COM DPOC CLASSIFICADOS DE ACORDO COM O GOLD 2017

D Rodrigues, A Marçôa, M Guimarães, AP Vaz

Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Palavras-chave: DPOC, avaliação, sintomas, CAT, mMRC, correlação, subdomínios

Introdução: O GOLD 2017 recomenda uma classificação na DPOC que enfatiza o papel dos sintomas e das exacerbações sobretudo no tratamento farmacológico. A escala mMRC e o questionário CAT continuam a ser recomendados para avaliação sintomática. O mMRC é uma escala unidimensional com 5 níveis que avalia a dispneia enquanto que o CAT integra 8 subdomínios diferentes com igual peso relativo na pontuação final.

A concordância entre ambas as ferramentas pode ser influenciada pela correlação individual entre a escala mMRC e cada um dos subdomínios do CAT.

Objetivos: Analisar os subdomínios do CAT e averiguar a correlação de cada um com a escala mMRC numa amostra de doentes com DPOC classificados de acordo com o GOLD 2017.

Métodos: Estudo observacional com inclusão de 200 doentes com DPOC estável seguidos em dois hospitais de referência. Preenchimento da escala mMRC e do questionário CAT na mesma consulta. Determinação da concordância CAT/mMRC através do coeficiente Kappa de Cohen. Análise dos subdomínios do CAT e determinação da sua correlação com o mMRC através do coeficiente de correlação de Spearman (ρ).

Resultados: Dos 200 doentes incluídos, 88% ($n = 176$) eram do sexo masculino; a idade média foi de 69 ± 10 anos e o FEV1 médio foi de $2,08 \pm 0,85$ L ($51 \pm 19\%$); 59 doentes (29,5%) eram exacerbadores frequentes.

A concordância global CAT/mMRC foi de grau moderado ($K = 0,462$). Em relação ao questionário CAT, os subdomínios "dispneia", "energia" e "limitação das atividades em casa" obtiveram, em média, pontuações mais elevadas ($3,39 \pm 1,40$, $2,89 \pm 1,20$ e $2,16 \pm 1,61$, respetivamente).

Verificou-se uma significativa variabilidade na associação entre a escala mMRC e cada um dos subdomínios CAT (tabela 1), verificando-se uma correlação "forte" (definida por um valor de ρ entre 0,60-0,79) com os subdomínios dispneia ($\rho = 0,672$) e limitação nas atividades em casa ($\rho = 0,675$) e uma correlação "muito fraca" (definida por um valor de ρ entre 0,00-0,19) com os subdomínios tosse ($\rho = 0,153$) e expectoração ($\rho = 0,161$).

Conclusão: Na amostra analisada os subdomínios do CAT não se correlacionaram igualmente com a escala de dispneia mMRC. O mMRC mostrou uma correlação forte com os subdomínios dispneia e limitação nas atividades em casa e uma correlação muito fraca com os subdomínios tosse e expectoração. A modificação do peso relativo de cada subdomínio do CAT na pontuação final poderia favorecer a homogeneidade entre as duas ferramentas, contribuindo para uniformizar os métodos de avaliação sintomática na DPOC.

Subdomínios do CAT		mMRC	
		Coefficiente de correlação de Spearman (ρ)	Valor de P
Tosse		0,153	<0,005
Expectoração		0,161	<0,005
Aperto torácico		0,304	<0,005
Dispneia		0,672	<0,005
Limitação nas atividades em casa		0,675	<0,005
Confiança para sair de casa		0,578	<0,005
Sono		0,347	<0,005
Nível de energia		0,596	<0,005

Tabela 1: Correlação da escala mMRC com cada um dos subdomínios do questionário CAT.



CO 008

CAPACIDADE DE EXERCÍCIO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: PROVA DE ESFORÇO CARDIORRESPIRATÓRIA VERSUS PROVA DA MARCHA DOS 6 MINUTOS

JN Machado¹, JC Costa¹, T Costa¹, C Rodrigues¹

¹Serviço de Pneumologia do CHUC - Hospital Geral

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica; prova esforço cardiopulmonar; prova da marcha dos 6 minutos; exacerbações

Introdução: Na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a avaliação da função pulmonar tem utilidade limitada na determinação da capacidade de exercício, dado que a gravidade da obstrução medida por volume expiratório máximo no primeiro segundo (FEV1) não reflete diretamente o grau de hiperinsuflação estática e dinâmica. A prova de esforço cardiopulmonar (PECP) é uma ferramenta completa na avaliação da capacidade de exercício mas carece de recursos especializados. Já a prova da marcha de 6 minutos (PM6M) é um exame simples ao dispor da maioria dos centros.

Objetivos: Comparar a PECP em cicloergómetro e a PM6M na avaliação de capacidade de exercício de doentes com DPOC e correlacioná-la com o número de exacerbações no último ano.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo, com análise dos processos clínicos dos doentes com DPOC submetidos a PECP no Serviço de Pneumologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre Janeiro de 2014 e Julho de 2017. Foram analisados os dados demográficos e clínicos utilizando o SPSS®.

Resultados: Amostra constituída por 37 indivíduos, 73,0% do sexo masculino, média de idades de 64,9 anos. Do total, 67,6% eram classe B, 21,6% classe D e 10,8% classe A. O FEV1 médio foi 56,1%, sendo que 8,1% dos doentes eram GOLD 1, 51,4% GOLD 2, 37,8% GOLD 3 e 2,7% GOLD 4. As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (43,2%), dislipidémia (21,6%) e insuficiência cardíaca (10,8%). A média de exacerbações no último ano foi de 0,78. Na PECP, o consumo de oxigénio (VO2) médio foi 16,2 ml/Kg/min, a duração média de exercício foi 5:59 minutos, com 86,5% dos doentes com limitação ventilatória e 86,5% com limitação das trocas gasosas. Verificou-se hiperinsuflação dinâmica em 67,7%. A distância (Dt) média percorrida na PM6M foi de 423,2 metros. Quando comparados os dois exames, verificou-se correlação positiva moderada entre o VO2 e a Dt ($p=0.009$) e também uma correlação positiva moderada entre FEV1 e VO2 ($p=0.005$), mas não entre FEV1 e Dt. Tanto a limitação ventilatória como das trocas gasosas se correlacionaram com o número de exacerbações ($p=0.048$). Também o FEV1 apresentou uma correlação negativa moderada com o número de exacerbações ($p=0.01$). Não se verificou diferença significativa entre a presença de hiperinsuflação dinâmica ou da capacidade de exercício (VO2 ou Dt) e a classe de DPOC ou o número de exacerbações.

Conclusão: Da análise conclui-se que, para esta amostra, apesar de existir correlação entre VO2 e Dt, não existe entre estes e o número de exacerbações. Contudo, quando presente limitação ventilatória e/ou das trocas gasosas, estas correlacionam-se com o número de exacerbações. O VO2 também se relaciona com a gravidade da obstrução e esta última com o número de exacerbações. A PM6M não distingue doentes com diferente gravidade de obstrução. A PECP, ao identificar a natureza da limitação ao exercício, tem um papel útil na avaliação do doente com DPOC.

CO 009

TUBERCULOSE PULMONAR E EXTRAPULMONAR - EVOLUÇÃO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

CC Sousa¹; C Simão¹; S Gonçalves²; M Villar³

1.Serviço de Pneumologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 2.Unidade de Saúde Pública; 3.Coordenador do Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar, extrapulmonar, VIH, Imigração

Introdução: De acordo com Sandgren *et al*¹, nos últimos anos assistiu-se, na Região Europa da OMS, a uma diminuição progressiva dos casos de tuberculose pulmonar (TP) e a uma estabilização na evolução do número de casos de tuberculose extrapulmonar (TEP) (3,4:100.000 em 2002 e 3,2:100.000 em 2011), tendência que, naturalmente, traduz-se num aumento do peso da TEP nos casos totais de tuberculose (16,4% em 2002 para 22,4% em 2011).

Objetivos: Analisar as taxas de notificação de TP e TEP no Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova (CDPVN) e comparar os casos registados nesta unidade com a realidade nacional. O objectivo secundário foi avaliar a proporção de casos de grupos de risco desta área de influência.

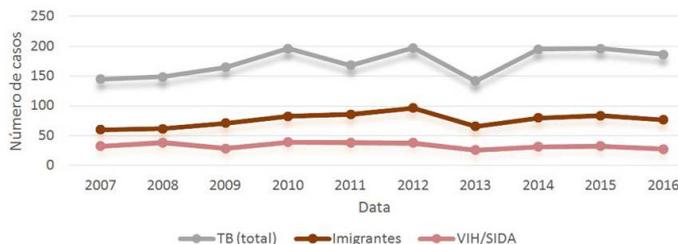
Métodos: Estudo observacional, descritivo e transversal dos casos notificados de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, seguidos no CDPVN, de Janeiro de 2007 a Dezembro 2016.

Resultados: A taxa de notificação de tuberculose no CDPVN foi de 36,2:100.000 em 2007 e 31,5:100.000 em 2016, atingindo um máximo de 49,1:100.000 em 2012, não traduzindo uma variação linear ao longo dos anos (gráfico 1). A análise dos grupos de risco sugere existir uma relação entre as taxas de notificação de TB e imigração e VIH/SIDA (gráfico 2).

Gráfico 1. Taxa de notificação de tuberculose no CDPVN

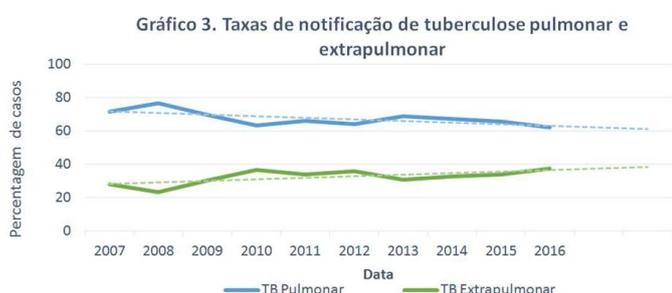


Gráfico 2. Tuberculose, Imigrantes e VIH/SIDA



Verificou-se também uma maior percentagem de imigração (valor médio: 44,4%) e doentes com VIH/SIDA (valor médio: 18,6%) no CPDVN quando comparados com os dados nacionais (valor médio: 14,5% e 11,8% respetivamente).

Relativamente à TP *versus* TEP, observou-se uma tendência crescente do número relativo de TEP nos últimos 4 anos (31% em 2013 para 37,6% em 2016; gráfico 3).



Comparativamente, a nível nacional o número de casos de tuberculose diminuiu de forma regular na última década (29,2:100.000 em 2007; 17,8:100.000 em 2016). Esta redução é traduzida quer por uma diminuição de casos de TP, quer de TEP, sendo que a proporção de cada um destes tipos de tuberculose manteve-se relativamente constante ao longo dos últimos 10 anos (70-73% no caso da TP; e 27-29% no caso de TEP).

Conclusão: Apesar de não linear, parece haver uma tendência para a diminuição da taxa de notificação de tuberculose do CDPVN. Nos últimos 4 anos assistiu-se a um aumento relativo de TEP e uma diminuição proporcional de TP. Os dados parecem sugerir que a componente migratória e o número de doentes com VIH/SIDA têm impacto na manutenção dos elevados níveis de tuberculose no CDPVN, quando comparados com as tendências verificadas à escala nacional e europeia.

Bibliografia:

¹ Sandgren A, Hollo V, van der Werf MJ. Extrapulmonary tuberculosis in the European Union and European Economic Area, 2002 to 2011. Euro Surveill. 2013;18(12):pii=20431.

CO 010

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE - RETRATO DE 3 ANOS NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

MI Costa, A Cipriano, FV Santos, S Valdoleiros, I Furtado, A Machado, HN Bastos, J Gomes, MA Abreu
Centro Hospitalar do Porto

Palavras-chave: Pneumonia adquirida na comunidade; Incidência; Mortalidade; Diagnóstico etiológico

Introdução: Segundo o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) de 2016, as pneumonias foram a principal causa de internamento de causa respiratória, observando-se um número crescente de casos nos últimos 10 anos, principalmente nos mais idosos. Apesar do acesso a meios de diagnóstico e fármacos eficazes, a pneumonia mantém elevados índices de mortalidade que impõem estudo e reflexão.

Métodos: Análise retrospectiva dos casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em adultos internados no Centro Hospitalar do Porto (CHP) entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2015.

Resultados: Dos 1901 casos registados de PAC, 55% ocorreram em doentes do sexo masculino. A média de idades foi de 72±16 anos e em apenas 5% dos casos os doentes tinham menos de 40 anos. As comorbilidades mais comuns incluíram história de tabagismo em 34,2% dos casos, diabetes mellitus em 22%, 21% de cardiopatia, 18,8% de doença pulmonar obstrutiva crónica, 11% de doença renal crónica, demência em 10,5% dos doentes e neoplasia ativa em 7,6%. A infeção VIH foi identificada em 6,4% dos casos e 4,2% da amostra encontrava-se sob terapêutica imunossupressora. Coincidentemente com os dados nacionais, o maior número de diagnósticos foi feito em 2014, representando esse ano 40% de todos os casos. De igual forma, em todos os anos estudados, Janeiro foi o mês de maior incidência, a variar entre os 19 e os 22%. O tempo médio de internamento foi de 8±10 dias, sendo superior a 10 dias em apenas 37% dos casos.

Conseguiu-se um diagnóstico etiológico em 22% dos casos, 10% com isolamento de pneumococo, o agente mais frequentemente encontrado. Apesar do rastreio séptico ser colhido com frequência - hemoculturas em 74% dos casos e antigénios urinários e secreções traqueobrônquicas em 56% - a sua rentabilidade foi baixa com taxas de positividade em aproximadamente 8, 16 e 17%, respetivamente. A taxa de mortalidade global foi de 12%, chegando aos 15% nos >79 anos, contrastando com a mortalidade de apenas 4% nos mais jovens (<40 anos).

Discussão: Coincidentemente com a realidade exposta no ONDR a casuística das PAC no CHP ilustra o impacto desta patologia. A população mais idosa é a principal afetada e a com pior prognóstico, o que se reveste de especial importância atendendo ao progressivo envelhecimento da população portuguesa. A baixa percentagem de diagnóstico etiológico evidencia a escassa rentabilidade dos procedimentos não invasivos habitualmente realizados no estudo etiológico.

Os elevados números de 2014 podem relacionar-se com o facto deste ter sido o ano de maior atividade do vírus da gripe. Registaram-se, nesse ano no CHP, 20 casos de PAC pelo *influenza* que representam 49% de todos os casos de PAC por este agente registados durante os 3 anos do estudo.

Urge um diagnóstico etiológico mais eficiente e o conhecimento do perfil de sensibilidades a antibióticos dos agentes mais comumente identificados para um ajuste de terapêutica. A prevenção, com a vacinação antigripal e pneumocócica deve ser igualmente incentivada, principalmente nas faixas etárias mais afetadas.



CO 011

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES PORTADORES DE ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS (CRE) INTERNADOS NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DE UM HOSPITAL CENTRAL

A Alves, I Sucena, C Ribeiro, E Silva, T Shiang, M Vanzeller

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos, colonização, infeção

Introdução: As CRE constituem uma preocupação real e imediata para as políticas de controlo de infeção hospitalar, tendo em conta a rápida capacidade de disseminação destas bactérias, a sua transmissão pessoa-a-pessoa, a facilidade de ocorrência de surtos, a elevada taxa de portadores assintomáticos, a elevada taxa de mortalidade nos casos de infeção e a sua difícil abordagem terapêutica. A 7 de Agosto de 2015, foi verificado o primeiro isolamento de CRE no nosso Centro Hospitalar e desde então vários casos foram identificados. O Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência dos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) definiu um conjunto de medidas que incluem o isolamento dos doentes portadores e a adoção de um sistema ativo de rastreio através de uma zaragatoa retal na admissão para o internamento. Os doentes internados com rastreio inicial negativo são submetidos a novo rastreio a cada sete dias de internamento.

Material e métodos: Foram consultados os registos clínicos de todos os doentes internados no Serviço de Pneumologia com rastreio CRE positivo ou com infeção por CRE, de forma a caracterizar este grupo de doentes.

Resultados: A tabela seguinte descreve as principais características destes doentes. Os resultados apresentados correspondem ao valor absoluto ou médio (dependendo da categoria) e são relativos ao internamento no qual foi obtido o primeiro resultado positivo no rastreio ou efetuado o primeiro isolamento de CRE noutro produto biológico.

Categorias	
N doentes	104
Idade (anos)	68.7
Género masculino	66(63.5%)
Grau de autonomia à admissão	
Autónomo	70(67.3%)
Parcialmente dependente	25(24.0%)
Totalmente dependente	9(8.7%)
Proveniência	
Casa	97(93.3%)
Lar	4(3.8%)
Casa, mas frequenta o Centro de Dia	2(1.9%)
Outro hospital	1(1%)
Admissão através do Serviço de Urgência	100(96.2%)
Motivo de internamento	
Traqueobronquite aguda	35(33.7%)
Pneumonia	26(25.0%)
Relacionado com neoplasia maligna do pulmão	14(13.5%)
Bronquiectasias infetadas	13(12.5%)
Embolia pulmonar	4(3.8%)
Abcesso pulmonar	2(1.9%)
Tuberculose	2(1.9%)
Exacerbação de doença do interstício pulmonar	1(1.0%)
Outro	7(6.7%)

Rastreio positivo (zaragatoa retal)	93(89.4%)
Infeção	11(10.6%)
Expetoração	4
Lavado brônquico ou broncoalveolar	3
Urina	2
Sangue	1
Líquido pleural	1
Ponta do cateter venoso central	1
Timing do isolamento de CRE	
À admissão	24(23.1%)
No decurso do internamento	80(76.9%)
Nº de dias até ao isolamento	9.9
Duração do internamento(dias)	21,8
Cursos de antibioterapia no internamento	1,3
Vindas anteriores ao Serviço de Urgência	
Total	15.3
No ano anterior	4.7
Internamentos anteriores	
Total	4.8
No ano anterior	1.3
Duração(dias)	7.6
Internamentos no ano seguinte	1.0
Cursos anteriores de antibioterapia	6.4
Mortalidade global durante o internamento	14(13.5%)
Mortalidade nos doentes com infeção durante o internamento	2(18.2%)
Descolonização eficaz	18(18.0%)
Tempo decorrido até primeiro rastreio negativo(meses)	5,4

Conclusão: Desde a implementação do programa ativo de rastreio de CRE em 2015, foram identificados no Serviço de Pneumologia 93 portadores assintomáticos e 11 doentes com infeção, sendo que nestes últimos foi verificada uma taxa de mortalidade de 18.2%. Estes dados devem alertar para a importância das medidas de controlo de infeção e devem ser fonte de preocupação e de consciencialização para a real magnitude deste problema.



CO 012

CARACTERIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - DO LABORATÓRIO À PRÁTICA CLÍNICA

D Rodrigues, M Valério, T Costa, A Arrobas
Serviço de Pneumologia B, CHUC

Palavras-chave: Microbiologia; Infecção; Pneumonia; Antibioterapia

Introdução: As infeções constituem uma das principais causas de mortalidade e morbilidade a nível mundial, sendo responsáveis por elevado número de internamentos hospitalares com impacto económico e social significativo.

A abordagem inicial do tratamento passa pela seleção do antibiótico mais adequado, quando ainda não é conhecido o microrganismo envolvido. Este processo deve ter em consideração quer características individuais do doente quer aspetos epidemiológicos referentes aos microrganismos mais prevalentes num determinado local, num determinado momento, num doente com determinada patologia.

Metodologia: Estudo retrospectivo, que englobou a totalidade dos doentes internados no Serviço de Pneumologia B do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC-HG), durante o ano de 2016.

Tendo como objetivo caracterizar a população microbiana da referida população, foram identificando os agentes mais prevalentes e apurada a sua relação com características dos doentes (idade, sexo, comorbilidades, grau de dependência e proveniência), sua distribuição em função dos diagnósticos de admissão e seu impacto no tempo de internamento, na duração e tipo de antibioterapia e no **outcome** (mortalidade e reinternamentos).

A caracterização e análise estatística foi efetuada com recurso a IBM SPSS e Microsoft Excel.

Resultados/Discussão: O estudo incluiu um total de 78 doentes, com idade média de 74.6 anos (± 14.9), 64% do género masculino, distribuídos em 90 internamentos, dos quais resultaram 199 amostras com microrganismo isolado, 150 consideradas válidas para o estudo.

O diagnóstico de admissão mais comum foi a pneumonia associada a cuidados de saúde (29.6%) seguido da Exacerbação aguda de DPOC (13.2%).

Os microrganismos mais comumente isolados foram o *Staphylococcus aureus* (25.8%) e a *Pseudomonas aeruginosa* (21.4%). Ambos surgem em indivíduos com média etária elevada (média de 73.5 anos em ambos), com maior grau de dependência e com maior número de comorbilidades (média de 4.27 no grupo com *Staphylococcus aureus* e 3.76 com *Pseudomonas aeruginosa*). A *Pseudomonas aeruginosa* foi o microrganismo mais frequentemente isolado nos indivíduos com DPOC (24.6%).

O maior número de dias de antibioterapia ocorreu nos doentes com isolamentos de *Aspergillus spp* (média de 15.7 ± 11.3 dias) e *Acinetobacter baumannii complexo* (média de 13.3 ± 12.3 dias). Também o maior número de dias de internamento surge associado aos mesmos agentes, com média de 38.6 (± 19.6) e 37.6 (± 19.1) dias, respetivamente.

Relativamente ao **outcome**, o isolamento de *Staphylococcus aureus* surgiu em 28% dos doentes com desfecho fatal. A *Klebsiella pneumoniae* e o *Staphylococcus aureus* surgem ambos em 22.7% dos casos de reinternamento precoce e o isolamento de *Staphylococcus aureus* surgiu em 45,5% dos doentes com reinternamento tardio.

Conclusão: Com este trabalho os autores esperam ter contribuído para a maior consciencialização da importância do conhecimento da epidemiologia referente ao local onde se exerce prática clínica, permitindo prescrições empíricas mais racionais e adequadas aos agentes mais comumente identificados em função de um conjunto de características previamente apuradas.



CO 013

PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA - ANÁLISE DE 10 ANOS DE INTERNAMENTO NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

MP Valério, DM Rodrigues, E Dias, C Ferreira

Serviço de Pneumologia B - Hospital Geral - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: Infecção; Pneumonia pneumocócica; Co-morbilidades; Vacinação

Introdução: A pneumonia constitui uma manifestação importante da doença pneumocócica. Para um Pneumologista, é crucial compreender a realidade da doença na sua comunidade, pois permite uma melhor gestão no futuro.

Objetivos: Caracterização dos doentes internados com pneumonia pneumocócica.

Métodos: Estudo retrospectivo de processos clínicos de doentes com este diagnóstico ao longo de 10 anos (2007-2016) com análise descritiva posterior.

Resultados: Foram incluídos 76 doentes (64% do sexo masculino), idade média 68 ± 16 anos, 43% com exposição ao fumo do tabaco, 51% com doença respiratória anterior (DPOC em 59%). A doença cardiovascular também era prevalente (55%). Apenas 2 doentes tinham registo de toma da vacina anti-pneumocócica. Os sintomas mais referidos foram tosse (84%) com expectoração mucopurulenta (38%), dispneia (78%) e febre (57%). O valor médio de PaO_2 / FiO_2 à entrada foi de 248 ± 65 . O envolvimento de mais de um lobo e envolvimento bilateral foi verificado em 39% e 22% dos pacientes, respectivamente. *Streptococcus Pneumoniae* foi isolado em secreções respiratórias (38%), hemoculturas (37%) e por antigenúria urinária positiva (36%). Os antibióticos mais utilizados foram azitromicina (46%), levofloxacina (36%), ceftriaxone (25%) e amoxicilina com ácido clavulânico (24%). Catorze por cento foram admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Apenas 3 doentes faleceram. A duração média de hospitalização foi de 17 dias.

Conclusões: Conforme verificado em séries de casos já publicadas, o nosso grupo de doentes apresentava comorbilidades importantes, no entanto, a vacina anti-pneumocócica tinha sido realizada numa percentagem muito baixa destes. Os sintomas foram principalmente relacionados com o tracto respiratório. O valor médio de PaO_2 / FiO_2 mostra uma afecção importante das trocas gasosas com necessidade de admissão na UCI numa percentagem significativa de doentes. No entanto, de uma forma geral, o prognóstico foi bom, uma vez que a taxa de mortalidade foi de apenas 4%.

CO 014

PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS EM DOENTES IMUNOSSUPRIMIDOS NÃO VIH

C Dantas, D Silva, AS Santos, J Cardoso

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta / Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Palavras-chave: pneumocystis jirovecii, pneumonia, VIH, imunossupressão

Introdução: Tem sido descrito um aumento de casos de pneumonia a pneumocystis jirovecii (PPC) em doentes sem infeção VIH, particularmente em imunossuprimidos por doenças hemato-oncológicas, autoimunes/inflamatórias e transplantes de órgão sólido. A evidência para profilaxia primária nestes grupos é limitada comparativamente à população VIH, pelo que pretendemos neste trabalho caracterizá-los no seu conjunto relativamente à ocorrência de PPC.

Objetivo: caracterizar relativamente à demografia, patologia de base e/ou terapêutica imunossupressora a população de doentes VIH negativos que desenvolvem PPC.

Métodos: análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes sem infeção VIH com diagnóstico de Pneumocistose (136.3 do ICD-9) internados no CHLC de 2012 até 2017.

Resultados: Foram identificados 60 doentes com PPC, cujo diagnóstico foi baseado num quadro clínico-imagiológico sugestivo associado à identificação de pneumocystis jirovecii no lavado broncoalveolar por PCR ou citologia. O ano de 2015 foi aquele com maior número de doentes (37%, n=22). Apresentavam uma idade média de 57 ± 17 anos e 63,3% (n=38) eram do sexo masculino. As condições clínicas mais associadas a PPC foram doenças hematológicas (46,7%, n=28), transplante de órgão sólido (23,3%, n=14) e neoplasias (13,3%, n=8), sendo que 3 casos eram tumores do pulmão. Menos frequentes foram as doenças autoimunes (6,7%, n=4), outras patologias (5,7%, n=3) e doenças do interstício pulmonar (1,7%, n=1). Apenas em 2 doentes (3,3%) não foi possível confirmar a etiologia da imunossupressão, um deles uma criança de 6 meses sem qualquer imunodeficiência até à data. Relativamente à terapêutica imunossupressora, 85,6% dos doentes (n= 54) estava tratado com quimioterapia, corticoides orais, outros fármacos imunossupressores ou uma combinação destes. A maioria, 38 doentes (63,3%), estava sob corticoterapia, isoladamente ou em associação. Foi possível determinar a dose de corticoterapia em apenas 26 doentes (70,2%), sendo que a dose média de prednisolona foi de $65,8 \pm 84,6$ mg/dia. A duração mediana de terapêutica imunossupressora foi de 2,8 meses (mín: 2 dias; máx: 26 anos) antes do desenvolvimento de PPC. Apenas 3 doentes tinham registos de estar sob profilaxia com sulfametoxazol/trimetopim (SMX/TMP) à data do diagnóstico de PPC. Foram descritos 7 doentes (11,7%) que não realizaram qualquer terapêutica imunossupressora, onde se incluem 2 doentes com neoplasia do pulmão, 2 doentes cuja imunossupressão foi de etiologia indeterminada e ainda 3 doentes com desnutrição grave, doença autoimune e hematológica respetivamente.

Conclusão: Verifica-se que a PPC ocorre maioritariamente em doentes imunossuprimidos, quer pela sua patologia, destacando-se aqui as doenças hematológicas e transplantes de órgão sólido, quer pela terapêutica, como quimioterapia e corticoterapia. Contudo a sua ocorrência é baixa se considerarmos o elevado número de doentes imunossuprimidos seguidos no nosso centro neste período. A profilaxia com SMX/TMP poderá estar subestimada devido à falta de registos e à diversidade de protocolos nos vários serviços.



CO 015

PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

MP Valério, DM Rodrigues, E Dias, C Ferreira, T Costa

Serviço de Pneumologia B - Hospital Geral - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: Pneumonia organizativa, infecção, *Coxiella burnetti*

Introdução: A Pneumonia Organizativa (PO) caracteriza-se pelo preenchimento dos bronquíolos terminais e alvéolos por tecido de granulação com inflamação crónica. Imagiologicamente apresenta-se com consolidações subpleurais e/ou peribroncovasculares, nódulos ou opacidades em vidro despolido bilaterais. A PO pode ser primária, ou secundária a infecções, fármacos, doenças do tecido conjuntivo ou neoplasias. Apresenta-se um caso clínico de PO em contexto infeccioso.

Caso Clínico: Mulher, 54 anos. Antecedentes de HTA, dislipidémia e cardiopatia isquémica. Medicada com aspirina, atorvastatina, alprazolam, carvedilol e olmesartan+hidroclorotiazida. Recorre a hospital particular por tosse seca, dor de costas-direita, emagrecimento (5kg) e cansaço progressivo, sem febre, com um mês de evolução. Diagnosticada pneumonia adquirida na comunidade, sendo medicada duas vezes com levofloxacina 500mg/dia, num total de 19 dias. Mantém agravamento progressivo do quadro, recorrendo ao Serviço de Urgência (SU) do nosso hospital. Exame objectivo sem alterações, sem insuficiência respiratória, analiticamente com leucocitose e PCR 12mg/dL e radiografia torácica com opacidades alveolares multilobares à direita, agravada relativamente às anteriores. Internada no Serviço de Medicina Interna, assumida pneumonia associada a cuidados de saúde, com falência da antibioterapia prévia. Do estudo realizado a destacar serologia positiva para *Coxiella burnetti* (título 1:640). Assumido diagnóstico de pneumonia por *Coxiella burnetti*. Medicada com doxiciclina 3 semanas e prednisolona (10mg/dia) 8 dias. Tem alta para a consulta de Medicina, clínica e radiologicamente melhorada. Serologias contra antígenos de fase I e II positivas para IgG Fase II ≥ 200 , com IgM negativo, confirmando o diagnóstico de Febre Q. Mantém-se clinicamente estável durante 1 mês, re-iniciando tosse seca e cansaço de agravamento progressivo. Regressa ao SU, apresentando leucocitose com PCR discretamente elevada, VS 56mm/h e agravamento radiológico na mesma localização. É internada no Serviço de Pneumologia. Realiza TC torácica que mostra consolidação dos segmentos apical e anterior do lobo superior direito e do lobo médio de provável natureza inflamatória. Broncofibroscopia com LBA revela alveolite linfocítica (70%) com relação CD4/CD8 0.5, microbiologia negativa e citologia com macrófagos e células inflamatórias, sem células neoplásicas. Microbiologia da expectoração, hemoculturas, serologias para atípicos e víricas negativas e autoimunidade sem alterações. Pela apresentação clínica e radiológica colocou-se a hipótese de pneumonia organizativa associada a infecção por *Coxiella burnetti*. Inicia corticoterapia sistémica e realiza 7 dias de doxiciclina, com melhoria clínica e resolução radiológica das opacidades alveolares. Alta com prednisolona 45mg/dia (0,75mg/kg/dia), encaminhada para consulta de Pneumologia. Suspende a corticoterapia por iniciativa própria, reiniciando 2 dias depois tosse seca e cansaço fácil e radiologicamente com opacidade alveolar de novo à direita. Provas funcionais respiratórias com obstrução das pequenas vias aéreas e difusão baixa. Retomou corticoterapia sistémica

com franca melhoria clínica. Aguarda re-avaliação radiológica e repetição de serologias de Febre Q.

Discussão: O caso clínico descrito tem interesse pela sua evolução, visto que ocorreu agravamento clínico e radiológico, sem sinais de infecção, o que levou a considerar a hipótese de pneumonia organizativa, apoiada pelo resultado do LBA e melhoria rápida com corticoterapia. É igualmente de notar que poucos casos de PO foram descritos associadamente à infecção por *Coxiella burnetti*.



CO 016

QUANDO O TUMOR NÃO É...

SR Sousa, JN Caldeira, A Figueiredo, F Barata

Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral

Palavras-chave: Cancro do pulmão, Tuberculoma, Hidatidose, Sequestro pulmonar

Introdução: Diversas doenças pulmonares benignas podem simular uma neoplasia pulmonar na sua apresentação clínica e radiológica, com um forte impacto emocional no doente e implicando a necessidade de um diagnóstico rápido, nem sempre possível.

Casos Clínicos: Os autores relatam vários casos com apresentação e diagnóstico final diferente. O primeiro caso refere-se a um homem de 59 anos, DPOC estágio C, fumador activo, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata. Realizou TC torácica para quantificação de enfisema que revelou nódulos pulmonares irregulares e espiculados. A PET-TC levantou suspeita de neoplasia pulmonar de alto grau metabólico, com metastização pulmonar bilateral. Foi realizada biópsia aspirativa transtorácica cujo resultado anatomo-patológico revelou células suspeitas de malignidade. O doente foi submetido a excisão cirúrgica de nódulo pulmonar, cujo resultado histológico permitiu fazer o diagnóstico de tuberculoma. O segundo caso é o de uma mulher de 65 anos, não fumadora, com antecedentes de tuberculose pulmonar, que por nódulo sub-maxilar direito realizou radiografia torácica que revelou nódulo pulmonar na base direita, confirmado em TC torácica que mostrou também lesões hepáticas. A revisão de radiografias antigas (1984) sugere a existência já nessa altura do nódulo pulmonar. A biópsia do nódulo pulmonar (não fixante em PET) foi sugestiva de carcinoma epidermóide, mas em amostra pouco representativa. As lesões hepáticas revelaram-se hiperfixantes em PET, com RM sugestiva de nódulos hepáticos necróticos e biópsias hepáticas seriadas demonstrando necrose. A doente foi submetida a 3 subsegmentectomias hepáticas, cujo resultado anatomopatológico revelou quistos hidáticos. O terceiro caso refere-se a uma mulher de 36 anos, não fumadora, trabalhadora em fábrica de cerâmica, com antecedentes de pneumonias de repetição à esquerda. Em contexto de rotinas pre-operatórias realizou radiografia torácica que revelou estria fibrotica na região do seio costo-frénico esquerdo de aspeto residual. A TC torácica mostrou uma massa hipodensa com realce heterogeneo com áreas de cavitação, nível hidro-aéreo e contornos irregulares, medindo cerca de 8x9,3cm. A biópsia transtorácica foi compatível com lesão benigna, não se excluindo no entanto a possibilidade de linfoma. A doente foi submetida a excisão cirúrgica com lobectomia inferior esquerda cujo resultado histológico permitiu fazer o diagnóstico de sequestro pulmonar.

Discussão: Os três casos clínicos apresentados são bem demonstrativos de patologias pulmonares que podem mimetizar uma neoplasia. Embora os nódulos e massas pulmonares sejam apresentações imagiológicas comuns de neoplasia do pulmão, existe um amplo leque de patologias com as quais é necessário fazer o diagnóstico diferencial, tornando-se por vezes um grande desafio estabelecer com celeridade o diagnóstico definitivo.

CO 017

PAPEL DA PET-TC NA ABORDAGEM DO NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO

N Caires^{1,4}, S Silva^{1,4}, J Almeida³, A Costa², J Silva², J Reis², S Alfarroba^{1,4}, A Santos^{1,4}, T Lopes^{1,4}, R Gerardo^{1,4}, C Leal³, P Calvino², J Fragata², J Cardoso^{1,4}

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Cardiorádica; ³Serviço de Radiologia do Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central; ⁴NOVA Medical School

Palavras-chave: nódulo solitário do pulmão, PET-TC, precisão

Introdução: O nódulo solitário do pulmão (NSP) é um achado radiológico frequente. O algoritmo de investigação desta entidade permanece complexo uma vez que existem características comuns a processos benignos e malignos. A integração PET com a tomografia computadorizada (PET-TC) é amplamente utilizada para caracterização do NSP, permite o diagnóstico precoce de alterações sugestivas de malignidade e evita potencial exposição a métodos invasivos em alterações benignas.

Objectivos: Avaliar o papel da PET-TC na abordagem do doente com NSP.

Métodos: Foram incluídos 68 doentes consecutivos entre janeiro 2015 e julho 2017 com NSP, estadiados por PET-TC, sem diagnóstico histológico prévio e que foram submetidos a ressecção pulmonar cirúrgica. Os resultados da PET-TC foram comparados com os achados histopatológicos. A atribuição de processo sugestivo de malignidade, de acordo com o metabolismo, foi definida pelo radiologista que relatou o exame. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e a precisão da PET-TC foram determinados.

Resultados: A PET-TC foi sugestiva de malignidade em 54 casos, identificando correctamente 39 dos 49 doentes com doença maligna (79,5%). Quinze doentes (22%) tinham PET-TC sugestivo de malignidade que não se confirmou. De acordo com os resultados histológicos, 49 doentes apresentavam doença maligna, sendo o adenocarcinoma do pulmão o mais comum (61,2%, n=30), seguido metástase pulmonar de neoplasia à distância (11,8%, n=8), tumor carcinóide (9,8%, n=4) e carcinoma pavimento-celular do pulmão em igual frequência (9,8%, n=4). De entre os nódulos benignos, o tuberculoma foi a etiologia mais comum, presente em seis casos (31,6%) correspondente a 8,8% da amostra. A PET-TC não detectou 10 casos de doença maligna (16,6%). Globalmente, a sensibilidade da PET-TC foi de 79,6%, a especificidade foi de 21,1%, o VPP foi de 72,2%, o VPN foi de 28,6% e a sua precisão foi de 64,7%.

Conclusão: A PET é uma ferramenta importante na avaliação do NSP identificando doença maligna na maioria dos casos. Nesta amostra, a PET-TC apresentou uma especificidade inferior às séries internacionais. A elevada incidência de tuberculose pulmonar poderá contribuir para os resultados encontrados.



CO 018

MESOTELIOMA - UMA SENTENÇA DE MORTE?

V Caldeira¹, E Teixeira², T Calado³, D Hasmucrai², P Alves², AS Vilarica², R Castro², A Amado⁴, M Alvoeiro³, C Rodrigues³, F Félix³

¹Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta (CHLC); ²Unidade de Pneumologia Oncológica do Hospital Pulido Valente (CHLN); ³ - Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente (CHLN)

Palavras-chave: mesotelioma, cancro, pulmão

Introdução: O mesotelioma pleural maligno (MPM) é um tipo de tumor raro, de início insidioso e de mau prognóstico. Habitualmente diagnosticado em fase tardia, a abordagem terapêutica da doença varia muito individualmente. Com o advento de novas terapias com resultados promissores, importa rever o perfil dos diagnósticos, mas também o resultado das estratégias terapêuticas que têm vindo a ser utilizadas nos últimos anos.

Objectivos: Avaliação do perfil demográfico dos doentes, apresentação clínica da doença, escalada diagnóstica, abordagem terapêutica e sobrevida dos doentes com MPM.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com MPM tratados na Unidade de Pneumologia Oncológica do Hospital Pulido Valente entre Janeiro de 2013 e Junho de 2017.

Resultados: Neste período foram avaliados 25 doentes com MPM, na sua maioria do sexo masculino (64%) e com uma idade média de 71 anos. Apenas 36% tinham história prévia ou actual de tabagismo. Nove doentes tinham exposição documentada a asbestos (predominantemente ocupacional) mas entre os que desconheciam exposição vários tinham actividades laborais de potencial risco. Um doente tinha história de irradiação torácica e cinco patologia pulmonar - 4 tuberculoses e 1 DPOC. No período analisado documentaram-se 23 casos de mesoteliomas do tipo epitelioide e 2 do tipo misto, sendo a maioria dos diagnósticos obtidos através de biópsias por toracoscopia cirúrgica. O sintoma de apresentação mais comum foi a dispneia, sendo que na maioria dos casos se verificava derrame pleural unilateral e um estadio avançado (IV) no momento do diagnóstico. Por esse motivo, a abordagem terapêutica mais frequente foi a quimioterapia paliativa. Preferencialmente os doentes cumpriram em 1ª linha o duplete de platino e pemetrexedo, com raros casos de monoterapia por mau performance status. Verificou-se resposta terapêutica parcial em 33% dos doentes, tendo o intervalo livre de doença variado entre 170 e 352 dias. Houve cinco doentes propostos para cirurgia, dois submetidos a pneumectomia extrapleural, dois a pleurectomia com descorticação e outro com evidência intra-operatória de doença irrissecável. Três doentes realizaram apenas terapia de suporte e em 12 doentes foi realizada pleurodese. Verificaram-se 8 casos de radioterapia profiláctica nas portas de entrada e 4 com intuito paliativo. A sobrevida média desde o diagnóstico foi de 11 meses.

Conclusão: Em concordância com os dados da literatura, a nossa amostra, apesar de pequena, confirma a variabilidade de apresentação e de plano terapêutico nos doentes com MPM, reforçando ainda a importância de uma abordagem rápida dada a agressividade e mau prognóstico associados. Frequentemente diagnosticados em estadio avançado, revela-se fundamental a investigação de novos marcadores que agilizem o diagnóstico, mas também de novas terapias que representem alternativas eficazes para estes doentes.

CO 019

CARCINOMA MALPIGHIANO DO TIMO - CASO CLÍNICO

JSJ Barata, R Silva, M Baptista, E Magalhães, I Vicente, MJ Valente, MS Valente

Centro Hospitalar Cova de Beira

Palavras-chave: Timo, Carcinoma

Introdução: Os carcinomas do timo, também conhecidos por tumores neuroendócrinos tímicos, são extremamente raros. A sua incidência é maior nos homens e a apresentação clínica mais frequente está relacionada com o efeito tumoral local. A cirurgia continua a ser a principal terapêutica preconizada, contudo em tumores com metastização generalizada a quimioterapia (cisplatina, 5-fluorouracilo, estreptozocina e o α - interferão) são opções consideradas.

O prognóstico é sombrio e a sobrevida baixa pela agressividade e rapidez de metastização.

Caso clínico: O caso clínico apresentado corresponde a uma paciente, género feminino, 79 anos, não fumadora, ex-empregada têxtil, sem antecedentes de relevo, com quadro clínico com cerca de 2 meses de evolução caracterizado por tosse produtiva de expectoração mucosa, astenia, anorexia, perda ponderal não quantificada e disфонia muito acentuada. Foi observada por otorinolaringologia que identificou parésia da corda vocal esquerda. Por agravamento da sintomatologia realizou tomografia computadorizada de pescoço e tórax que evidenciou várias formações nodulares, ao nível da orofaringe e do parênquima pulmonar e adenopatias mediastino-hilares, celíacas e retro-porta. Analiticamente apresentava apenas ligeira elevação dos parâmetros inflamatórios. A broncofibroscopia revelou alargamento da porção anterior do esporão traqueal por compressão extrínseca adenopática e sinais indirectos de neoplasia com oclusão parcial do brônquio lobar esquerdo onde foram realizadas biópsias, cujo estudo anatomo-patológico revelou inflamação crónica e a citologia do aspirado e lavado brônquico foi negativa para células neoplásicas.

O diagnóstico foi obtido pela biópsia pulmonar transtorácica que revelou tratar-se de um carcinoma malpighiano do timo.

A doente iniciou quimioterapia de primeira linha com Paclitaxel e Carboplatino e aguarda avaliação de resposta.

Conclusões: Os autores apresentam o caso clínico pela raridade desta entidade patológica.



CO 020

TUMOR CARCINÓIDE DO PULMÃO: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

D Rodrigues, G Fernandes

Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João

Palavras-chave: Tumor, carcinóide, pulmão, tratamento, endoscopia, cirurgia

Introdução: Os tumores carcinóides do pulmão são neoplasias neuroendócrinas bem diferenciadas responsáveis por cerca de 2% das neoplasias pulmonares primárias. A subclassificação em carcinóide típico e atípico é realizada definitivamente após o estudo anatomopatológico da peça cirúrgica. A cirurgia é o tratamento de eleição na doença localizada. O tratamento endoscópico desempenha um papel na exérese de tumores localizados com crescimento endoluminal, na repermeabilização brônquica previamente à cirurgia e na doença irresssecável.

Objetivos: Revisão dos tumores carcinóides do pulmão diagnosticados num período de 6 anos num hospital terciário.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes diagnosticados com tumor carcinóide pulmonar entre 2011 e 2016, num hospital terciário. Caracterização da amostra de acordo com dados demográficos e clínicos. Análise de dados relativos ao diagnóstico, tratamento e evolução.

Resultados: Foram incluídos 67 doentes, 56,7% (n=38) do sexo feminino, com idade média ao diagnóstico de 61 anos (min: 23, max: 89, $\delta=13,94$). A maioria (n=48, 71,6%) apresentava-se assintomática ao diagnóstico; a expectoração hemoptóica constituiu o sintoma mais frequente (n=8, 11,9%). Verificaram-se 3 casos de síndrome carcinóide, obtendo-se em todos boa resposta ao tratamento com Octreotídeo, e um caso de síndrome de Cushing.

A broncofibroscopia, realizada em 62 casos (92,5%), mostrou envolvimento endobrônquico pela neoplasia em 17 (27,4%).

A maioria dos doentes (n=63, 94,0%) apresentava doença em estágio cirúrgico ao diagnóstico, no entanto quatro (6,3%) não possuíam condições funcionais respiratórias para cirurgia e um (1,6%) recusou ser operado. Dois doentes (3,0%) apresentavam-se em estágio 4 ao diagnóstico, com metastização hepática. Em dois casos (3,0%), o diagnóstico ocorreu em internamentos por outras causas, tendo os doentes falecido nesses episódios.

Foram efetuadas 58 cirurgias: 1 ressecção atípica, 1 segmentectomia, 45 lobectomias (4 com ressecção broncoplástica), 5 bilobectomias e 6 pneumectomias. A mortalidade hospitalar pós-operatória foi de 1,7% (n=1, óbito por pneumonia nosocomial). Verificaram-se 3 casos de fuga alvéolo-pleural prolongada, 1 hemotórax e 1 empiema.

Após análise da peça cirúrgica contabilizaram-se 39 (67,2%) carcinóides típicos e 19 (32,8%) atípicos. O estadiamento patológico permitiu classificar 47 (81,0%) doentes em estadio I, 6 (10,3%) em estadio II e 5 (8,6%) em estadio IIIA. Dos doentes com envolvimento ganglionar (n=8, 13,8%; 5 N1, 3 N2), apenas 1 (12,5%) realizou Quimiorradioterapia adjuvante (N2).

Dos casos em estágio 4 ao diagnóstico (n=2), um realizou Quimiorradioterapia paliativa e outro foi proposto para melhor terapêutica de suporte.

O tratamento endoscópico com fotocoagulação com laser e desobstrução mecânica com pinça foi efetuado em 8 (11,9%) casos, na maioria (n=7, 87,5%) previamente à cirurgia e num caso (12,5%) para desobstrução brônquica paliativa de doença irresssecável.

Nos doentes operados (n=58, 86,6%) não se verificaram recidivas após a cirurgia num período médio de seguimento de 29 meses. No período analisado verificaram-se 7 óbitos (10,4%), apenas 2 (28,6%) relacionados com o tumor carcinóide, por progressão da doença. Ambos correspondiam a estádios 4 ao diagnóstico.

Conclusão: Comparativamente a outras neoplasias pulmonares, os tumores carcinóides apresentam um prognóstico globalmente favorável.

A cirurgia constitui o tratamento com potencial curativo, associando-se a baixas taxas de recidiva. As técnicas endoscópicas são úteis no diagnóstico, no pré-operatório e na palição da doença inoperável.



CO 021

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR DO HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO

M Alvarenga, S Clemente, JC Branco, J Calha, S Furtado
Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Palavras-chave: interstício, epidemiologia

Introdução: A epidemiologia das doenças do interstício pulmonar em Portugal é desconhecida. Os estudos publicados internacionalmente apontam a fibrose pulmonar idiopática e a sarcoidose como as patologias mais frequentes, no entanto esta não parece ser a realidade da nossa prática clínica.

Objetivos: Caracterizar a população com doenças do interstício pulmonar acompanhada na Consulta de Patologia do Interstício do Hospital Beatriz Ângelo.

Métodos: Avaliaram-se os doentes observados em consulta de Patologia do Interstício entre fevereiro de 2012 e dezembro de 2016. Os doentes com o diagnóstico de doença do interstício pulmonar foram caracterizados relativamente à demografia, hábitos tabágicos, exposição ambiental, estudo funcional, comorbilidades e doença do interstício pulmonar diagnosticada.

Resultados: Em 285 doentes observados em consulta de Patologia do Interstício, 200 (70%) foram diagnosticados com uma doença do interstício pulmonar. Observou-se uma média etária de $67,8 \pm 13,6$ anos, 50,5% dos doentes do género masculino e um predomínio de não fumadores (54%). 39% dos doentes tinham história de exposição a aves, 4% a fungos, 3,5% a asbestos e 6% tinham outro tipo de exposição ambiental. As doenças do interstício pulmonar mais frequentes foram: sarcoidose (18,5%), pneumonia de hipersensibilidade crónica (17%), pneumonia intersticial não classificável (11%), pneumonia intersticial não específica (10,5%), pneumonia intersticial com características autoimunes (8%), pneumonia organizativa criptogénica (5%) e doenças do interstício pulmonar associadas a doenças do tecido conjuntivo (5%). 51,9% dos doentes apresentavam uma mecânica ventilatória normal, 35,8% um padrão restritivo, 11,1% um padrão obstrutivo e 1,2% um padrão misto. As comorbilidades respiratórias mais frequentes foram a síndrome de apneia obstrutiva do sono (7,5%), doença pulmonar obstrutiva crónica (3,5%) e cancro do pulmão (2,5%). Das comorbilidades não respiratórias, salienta-se a patologia cardiovascular (54,5%), diabetes tipo 2 (25%), hipertensão pulmonar (19%), osteoporose (12,5%), doenças do tecido conjuntivo (11,5%) e doença de refluxo gastroesofágico (10,5%).

Conclusão: A distribuição das doenças de interstício pulmonar na nossa população de doentes é diferente da publicada na literatura internacional. Apesar de também se ter observado uma elevada prevalência de sarcoidose, salienta-se uma grande proporção de doentes com pneumonia de hipersensibilidade crónica. São necessários estudos epidemiológicos para uma melhor caracterização da distribuição das doenças do interstício pulmonar a nível nacional.

CO 022

AZATIOPRINA NO TRATAMENTO DA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÓNICA

S Raimundo¹, N Melo², PC Mota^{2,3}, S Guimarães⁴, CS Moura⁴, R Cunha⁵, JM Pereira⁵, A Morais^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real; ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto; ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ⁴Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto; ⁵Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto

Palavras-chave: azatioprina; pneumonite de hipersensibilidade

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade crónica (PHc) resulta de uma exposição contínua de baixa intensidade a um antigénio e cursa tipicamente com apresentação clínica insidiosa. Esta forma de PH pode evoluir para fibrose pulmonar (1), frequentemente progressiva e irreversível apesar da evicção da exposição ao antigénio e da corticoterapia sistémica (CT) (2). Os efeitos laterais associados à CT e a evolução desfavorável associada à PHc tornaram necessário o recurso a outras terapêuticas, nomeadamente a azatioprina (AZA). Apesar disso, são escassos os estudos disponíveis acerca da imunossupressão na PHc.

Objetivo: Avaliar o efeito da terapêutica com AZA na função pulmonar de doentes com PHc.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo de doentes com PHc, seguidos na consulta de Doenças Pulmonares Difusas tratados com AZA. O diagnóstico foi baseado na exposição, quadro clínico e alterações radiológicas compatíveis associados a linfocitose elevada no lavado broncoalveolar e/ou biópsia pulmonar com alterações histológicas características de PH. Foram avaliados parâmetros de função respiratória aos 6 e 12 meses de tratamento. Os dados foram inseridos e submetidos a tratamento estatístico no *software* SPSS.

Resultados: Foram incluídos 63 doentes, 41 do sexo feminino, com uma média de idades de $59,9 \pm 11$ anos, sendo a maioria ($n=51$) não fumadores. A exposição a aves foi o antigénio mais frequentemente identificado ($n=41$), não sendo possível a sua identificação em 13 casos. A CT foi usada previamente à AZA em 35 doentes. Houve descontinuação da terapêutica com AZA antes de se atingir 1 ano de tratamento em 21 doentes, na sua maioria ($n=11$) por toxicidade farmacológica.

Considerando os doentes que completaram 12 meses de tratamento, verificou-se um aumento estatisticamente significativo do valor médio de percentagem do previsto da CVF prévio ao tratamento quando comparado com os valores aos 6 e 12 meses após o início de AZA - $71,6 \pm 20,6$ vs $76,3 \pm 23,5$ ($p=0,024$) e $70,8 \pm 20,7$ vs $75,8 \pm 26,2$ ($p=0,017$) - respetivamente. Também se verificou um aumento estatisticamente significativo do valor médio da percentagem do previsto da CPT prévio ao início de AZA relativamente ao valor obtido após 6 meses de tratamento com o fármaco - $74,5 \pm 19,5$ vs $80,1 \pm 19,2$ ($p=0,005$).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o valor médio de percentagem do previsto de DL_{CO} prévio e os obtidos aos 6 e 12 meses de terapêutica com AZA.



Conclusões: Nesta amostra de doentes com PHc, a AZA aparenta ter resultados encorajadores em termos do declínio funcional respiratório associado à PHc, a avaliar pela evolução dos valores de CVF e CPT. É necessário, no entanto, a existência de dados semelhantes em outras séries de forma a comprovar a sustentação da indicação desta terapêutica neste contexto.

Referências bibliográficas:

- ⁽¹⁾ Spagnolo P, Rossi G, Cavazza A, Bonifazi M, Paladini I, Bonella F, et al. Hypersensitivity Pneumonitis: A Comprehensive Review. J Investig Allergol Clin Immunol. 2015;25(4):237-50;
- ⁽²⁾ Fink JN, Ortega HG, Reynolds HY, Cormier YF, Fan LL, Franks TJ, et al. Needs and opportunities for research in hypersensitivity pneumonitis. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171(7):792-8.

CO 023

SARCOIDOSE - EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE FARO

M Pereira, C Guerreiro, V Areias, U Brito

CHAlgarve - Hospital de Faro

Palavras-chave: Sarcoidose, granulomas não caseosos, sintomas, corticoterapia oral

Introdução: A sarcoidose é uma patologia granulomatosa, multisistémica, de etiologia desconhecida. A sua incidência varia muito em termos globais. Quanto à apresentação clínica, esta pode ser muito variada, afetando sobretudo os pulmões e a pele.

Objetivos: Caracterizar a população com sarcoidose seguida na consulta de Doenças do Interstício Pulmonar do Hospital de Faro.

Método: Estudo analítico, transversal, retrospectivo dos doentes com diagnóstico de sarcoidose seguidos na consulta de Doenças do Interstício Pulmonar do Hospital de Faro desde janeiro de 2014 até agosto de 2017. Analisaram-se as seguintes variáveis: género, raça, idade de diagnóstico, antecedentes tabágicos, órgãos envolvidos, principais sintomas e estadio aquando do diagnóstico, bem como respetiva progressão ou remissão espontânea, calcémia, enzima conversora de angiotensina (ECA), provas funcionais respiratórias (PFR), hipertensão pulmonar, quais as biópsias realizadas para o diagnóstico e terapêutica instituída.

Resultados: Dos 154 doentes seguidos na consulta de Doença do Interstício Pulmonar desde 2014, foram encontrados 22 com sarcoidose (14%). Destes, a maioria eram mulheres (55%), raça caucasiana (77%), com média etária à data do diagnóstico de 39.2 anos. Uma minoria de doentes tinha antecedentes de tabagismo (32%), com uma carga tabágica média de 8UMA, e apenas 5% mantiveram os hábitos. À data do diagnóstico os principais sintomas mencionados foram dispneia (64%) e tosse (59%), e 5% dos doentes encontravam-se assintomáticos, tendo iniciado investigação por achado radiológico. O estadio II foi o mais frequente aquando do diagnóstico (46%), seguido do estadio III (36%) e I (18%). A doença progrediu em 14% dos casos (9% para estadio II e 5% para estadio III). O diagnóstico histopatológico pela presença de granulomas não caseosos foi feito através de biópsias brônquicas (50%), ganglionares (36%) e cutâneas (14%). Todos os doentes tinham sarcoidose pulmonar, sendo que destes, 50% apresentaram envolvimento multiorgânico (27% com 2 órgãos e 23% com 3). Para além do pulmão, os órgãos envolvidos foram: pele, gânglios linfáticos, articulações, olho, baço, coração, bexiga e uretero. Identificou-se hipertensão pulmonar por ecocardiograma em 14% dos doentes. Inicialmente o valor médio da calcémia foi 9.3mg/dL e o de ECA foi 109UI/L. Quanto às PFR, 64% eram normais, 18% apresentavam restrição e 18% obstrução, com DLCO média de 80% e DLCO/VA de 96%. Não houve remissão espontânea em nenhum doente e todos iniciaram corticoterapia oral em algum momento, sendo que em 18% houve necessidade de se instituir outra terapêutica imunossupressora. Até à data há 46% doentes sem necessidade de qualquer terapêutica e 41% estão a fazer terapêutica de manutenção.

Conclusões: Verificou-se um predomínio do género feminino e raça caucasiana, só uma minoria apresentava história de tabagismo, com carga tabágica reduzida. Aquando do diagnóstico, os principais sintomas mencionados foram dispneia e tosse, sendo o estadio II o mais comum. Houve progressão para estadios superiores em 14% dos casos. Para além do pulmão, em metade dos casos houve envolvimento de mais 1 ou 2 órgãos. Não houve remissões espontâneas e todos os doentes necessitaram de corticoterapia oral.



CO 024

AValiação QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PORTUGUESAS COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

JD Cardoso, AC Mendes, C Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Linfangoiomiomatose, Qualidade de Vida, EQ-5D

Introdução: A linfangoiomiomatose (LAM) é uma doença multissistémica que afeta predominantemente mulheres jovens em idade fértil, caracterizadas por destruição quística pulmonar, manifestando-se por dispneia e pneumotórax de repetição. Por ser uma doença progressiva conduz a um compromisso progressivo da qualidade de vida.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida em pacientes com LAM.

Métodos: O questionário de saúde EQ-5D foi aplicado às doentes com LAM acompanhadas em consulta de pneumologia no Hospital Santa Maria. Foram registados dados demográficos, evolução nos exames de função pulmonar, número de pneumotórax e complicações e tratamentos realizados. Os dados foram analisados utilizando o SPSS-IBM 21.

Resultados: Doze mulheres foram avaliadas. A idade média ao diagnóstico foi de 34 anos. Apenas uma doente possuía o diagnóstico de esclerose tuberosa e uma tinha sido submetida a transplante pulmonar. Sete doentes relatam algum grau de dispneia. Cinco pacientes nunca apresentaram pneumotórax. Dez doentes realizaram qualquer tipo de tratamento dirigido para LAM. O índice de saúde médio foi 0,654 [0,446; 1] com ênfase na dimensão ansiedade / depressão, que foi moderada em nove das doentes. A escala analógica EQ-visual média foi de 67,25 [45; 99].

Conclusão: Nesta amostra, o índice médio de saúde é menor do que o índice geral de saúde para a população portuguesa (0,758 ± 0,006), mas não houve diferença estatística ($p = 0,09$). Isto pode resultar da reduzida amostra pelo que estudos adicionais com amostras maiores são necessários para conhecer o impacto real da LAM na qualidade de vida das doentes e nos sistemas de cuidados de saúde.

CO 025

EXACERBAÇÕES DE DOENÇA PULMONAR DIFUSA: ESTUDO RETROSPECTIVO

V Fernandes, TM Alfaro, S Freitas, CR Cordeiro

Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Palavras-chave: exacerbação, doença intersticial, hospitalizações

Introdução: As doenças pulmonares difusas (DPD) são uma causa ocasional de internamento em Pneumologia, associando-se a morbilidade e mortalidade relevantes. Embora as exacerbações sejam mais conhecidas na fibrose pulmonar idiopática (FPI), parecem também ocorrer nas outras entidades clínicas, situação ainda pouco esclarecida. Este estudo pretende caracterizar uma população de doentes internados em Pneumologia com diagnóstico prévio de DPD.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com doença pulmonar difusa crónica, internados por episódio agudo num serviço universitário de Pneumologia, durante o ano 2016. Os dados foram obtidos através da consulta do relatório eletrónico incluindo variáveis clínicas, laboratoriais, imagiológicas e de prognóstico.

Resultados: Identificaram-se 51 internamentos, correspondendo a 38 doentes. Destes, 21 eram do sexo masculino (55%) e 17 feminino (45%), com uma idade média de 72,7 ± 10,9 anos. As doenças intersticiais mais frequentes foram a fibrose pulmonar (19 casos, 50%), tendo 5 (13,2%) o diagnóstico de fibrose pulmonar idiopática, e 14 (36,8%) fibrose pulmonar secundária ou em estudo. Dos restantes, 7 (18,4%) tinham como diagnóstico pneumonite de hipersensibilidade crónica, 5 (13,2%) sarcoidose, 2 (5,3%) pneumonite de hipersensibilidade subaguda, 1 (2,6%) pneumonia em organização criptogénica e 1 (2,6%) doença intersticial em estudo. Relativamente às comorbilidades, 11 (29%) eram ex-fumadores e 27 (71%) não fumadores. A carga tabágica média dos ex-fumadores era 28,7 ± 12,7 unidades-maço-ano. Treze doentes (34%) apresentavam doença cardíaca (insuficiência ou arritmia), 19 (50%) eram hipertensos e 2 (5%) tinham antecedentes de DPOC. Também 2 doentes (5%) apresentava hipertensão pulmonar com ou sem *cor pulmonale*. A dislipidemia foi a comorbilidade mais frequente, presente em 23 doentes (61%). Relativamente aos internamentos ($n=51$), a duração média em dias foi de 12,4 (1 a 66). A principal causa de internamento foi a suspeita de infeção (70,6%), sendo que destes, 42% tinha como diagnóstico pneumonia e 58% outra infeção respiratória. Nos 46 episódios em que foi realizada anti-bioterapia (90%), em 78% ($n=36$) foi usado um único antibiótico, mais frequentemente amoxicilina e ácido clavulânico (em 26% dos doentes sob anti-bioterapia). Nos 21 (41%) em que foram colhidas hemoculturas, apenas foi obtido um resultado positivo (*Klebsiella pneumoniae*). Em 51% dos episódios foi realizada cultura de expectoração, tendo sido isolado um microorganismo em 19% ($n=5$), 3 deles multirresistentes. Em 44 episódios (86%) foi instituída corticoterapia, com uma dose média de 94mg de metilprednisolona ou equivalente por dia e máxima de 250mg. Foi realizada ventilação mecânica em cinco doentes, não invasiva em três e invasiva em dois. A taxa de mortalidade foi de 8% ($n=4$), sendo maior nos doentes com fibrose pulmonar em estudo ou secundária (17,6%).

Discussão e conclusões: As doenças pulmonares difusas parecem associar-se a um risco significativo de eventos agudos, geralmente interpretados como infeção e tratados com anti-bioterapia e corticoterapia. Os autores salientam a proporção elevada de doentes com pneumonite de hipersensibilidade, o que não é observado nas séries internacionais. Observa-se também menor proporção de doentes com FPI, o que poderá explicar a baixa taxa de mortalidade registada.



CO 026

MACRÓLIDOS COMO POTENCIAL TRATAMENTO NA PNEUMONIA ORGANIZATIVA

F Carriço, A Morais, P Mota, N Melo, CS Moura

ULS Guarda; Centro Hospitalar de São João

Palavras-chave: pneumonia organizativa, macrólidos, azitromicina, corticoterapia sistémica

Introdução: Os corticoesteróides constituem a terapêutica de primeira linha preconizada na pneumonia organizativa (PO), sendo habitualmente eficazes e condicionando bom prognóstico. Têm sido, no entanto, reportados casos de resposta às propriedades imunomoduladoras dos macrólidos, prescritos por intolerância ou ineficácia dos corticóides.

Objetivos: Identificar e caracterizar os doentes com o diagnóstico de PO que efetuaram tratamento com macrólidos e análise do seu potencial como tratamento alternativo ou adjuvante neste contexto.

Métodos: Estudo retrospectivo em que foram analisados os processos clínicos de doentes com diagnóstico de PO (criptogénica e secundária) seguidos na consulta de doenças pulmonares difusas de um hospital terciário e que efetuaram tratamento com macrólidos. O diagnóstico foi efetuado de acordo com as normas da ERS|ATS sobre as pneumonias intersticiais idiopáticas. O protocolo de prescrição da azitromicina incluía a dose de 500 mg 3x por semana durante 2 anos, prescrita após falência, contra-indicação ou intolerância à corticoterapia sistémica (CS). A análise estatística foi realizada através do software IBM SPSS Statistics® v.21.

Resultados: Foram incluídos 13 doentes com média de idade de 64,1±11,7 anos, predomínio do género feminino (n=9) e de não fumadores (n=9). Em metade dos doentes foi identificada uma causa para a PO (fármacos n=4; imunodeficiência n=2; conectivite n=1). Como terapêutica de 1ª linha, 11 doentes realizaram CS e 2 doentes azitromicina por apresentarem contra-indicações relativas à CS. Nos doentes sob CS, a azitromicina foi prescrita em 10 por recidiva da doença e em 1 por intolerância. Em 69% dos doentes (n=9), a azitromicina associou-se a resolução da doença, enquanto que em 15% (n=2) foi ineficaz e em 15% (n=2) verificou-se recidiva da mesma. Três doentes apresentaram sintomas digestivos autolimitados que não foram suficientes para a suspensão da terapêutica.

Conclusão: Neste grupo de doentes, a prescrição de macrólidos demonstrou ser uma terapêutica eficaz e com baixa toxicidade associada, reforçando assim o potencial deste fármaco na PO.

CO 027

PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÓNICA E FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: TERÃO A MESMA EVOLUÇÃO APÓS O TRANSPLANTE PULMONAR?

N Caires¹, S Silva¹, V Caldeira¹, R Coelho¹, S Alfarroba¹, A Santos¹, N Murinello¹, R Gerardo¹, A Borba¹, J Reis², P Calvino², J Fragata², L Semedo¹, J Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta|NOVA Medical School, Centro Hospitalar Lisboa Central; ²Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central

Palavras-chave: Putcome, Fibrose Pulmonar Idiopática, Pneumonite Hipersensibilidade Crónica, Transplante pulmonar

Introdução: As doenças do interstício pulmonar, de evolução crónica, cursam frequentemente para fibrose pulmonar podendo o transplante pulmonar ser uma opção em doentes seleccionados. A Pneumonite Hipersensibilidade Crónica (PHC) e a Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) são duas das patologias do interstício que mais comumente são referenciadas para transplante pulmonar.

Objetivos: Caracterizar e comparar dados demográficos e funcionais dos doentes com PHC e FPI submetidos a transplante pulmonar e avaliar os outcomes a nível da sobrevida global, rejeição aguda e disfunção crónica do enxerto no primeiro ano após o transplante.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes transplantados entre janeiro de 2009 e julho de 2016 por de PHC e FPI. Foram excluídos os doentes com outras etiologias de fibrose pulmonar. A sobrevida foi calculada utilizando o método de Kaplan-Meier.

Resultados: Dos 53 doentes transplantados por patologia do interstício neste período, foram analisados 24 casos por PHC e 11 por FPI. Dezoito (51,4%) eram do sexo masculino, com uma idade média de 51 anos, sobreponível nos dois grupos (50,8 na PHC vs 51,7 na FPI). Do ponto de vista funcional, na PHC apresentavam, em média, FVC 48,3% do previsto, FEV1 49,0% do previsto e DLCO 30,5%, comparável com a FPI, em média, FVC 42,3% do previsto, FEV1 49,3% do previsto e DLCO 31,1%. Todos os doentes tinham insuficiência respiratória crónica e dessaturação significativa da Prova de Marcha dos 6 minutos. A sobrevida global média após o transplante pulmonar nos doentes com PHC foi de 80,4 meses vs 47,9 meses na FPI (p=0.04), sendo a sobrevida a 1 ano de 95% na PHC vs 81.8% na FPI. No primeiro ano, a incidência de rejeição aguda nos doentes com PHC foi de 58.3% (n=14) vs 60% (n=6) na FPI e a disfunção crónica do enxerto foi considerada em quatro doentes com PHC (16.7%) vs zero casos na FPI. Não foram documentados casos de recidiva de PHC no enxerto.

Conclusão: O transplante pulmonar é uma opção terapêutica para doentes com PHC crónica, avançada, sendo a indicação mais comum para transplante por doença intersticial em Portugal. Apesar da maior incidência de disfunção crónica do enxerto no primeiro ano, a sobrevida global da PHC mostra-se superior à da FPI após o transplante pulmonar com significado estatístico.



CO 028

CURVA DE APRENDIZAGEM DA CRIOBIOPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA NAS DOENÇAS PULMONARES DIFUSAS

LM Almeida¹, B Lima², PC Mota^{1,3}, N Melo¹, A Magalhães¹, JM Pereira⁴, CS Moura^{3,5}, S Guimarães^{3,5}, A Morais^{1,3}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João; ²Oficina de Bioestatística; ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ⁴Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João; ⁵Serviço de Patologia, Centro Hospitalar de São João

Palavras-chave: Criobiopsia pulmonar transbrônquica, Doenças pulmonares difusas, histologia pulmonar, curva de aprendizagem

Introdução: A criobiopsia pulmonar transbrônquica (TBLC) é cada vez mais utilizada no diagnóstico das doenças pulmonares difusas (DPD), mas, até à data, não se encontram na literatura referências acerca da curva de aprendizagem desta técnica.

Objetivo: Avaliar a acuidade diagnóstica, diâmetro e área do fragmento de biopsia e complicações relacionadas num grupo de doentes submetidos a TBLC, de forma a definir uma curva de aprendizagem e determinar o número de procedimentos necessários para ter competência na técnica.

Métodos: Análise retrospectiva das primeiras 100 TBLC realizadas em diferentes segmentos do mesmo lobo pulmonar em doentes com suspeita de DPD. A acuidade diagnóstica, o diâmetro e área dos fragmentos e as complicações foram comparados em grupos de pacientes consecutivos.

Resultados: A acuidade diagnóstica da TBLC foi 82%. A mediana do diâmetro das amostras foi 5.4 mm (intervalo interquartil (IIQ), 5-6) e a área mediana foi 19.5 mm² (IIQ, 13.3-25). O pneumotórax foi a complicação mais frequente (18%). Comparando 2 grupos de 50 pacientes consecutivos, uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada na acuidade diagnóstica (74% vs 90%; $p=0.04$), diâmetro da amostra (5.0 mm [2.5-16] vs 6.0 mm [4-12]; $p<0.01$) e na sua área (17.5 mm² [6-42] vs 21.5 mm² [10-49]; $p<0.01$). Uma regressão logarítmica foi aplicada à mediana da acuidade diagnóstica e ao diâmetro e área das amostras em 10 grupos de 10 doentes consecutivos para definir uma curva de aprendizagem, tendo sido atingido o *plateau* por volta dos 70 procedimentos.

Conclusão: Apesar deste estudo ser baseado num centro e operador únicos, os nossos resultados sugerem que a competência na técnica da TBLC surge por volta do 70^o procedimento. Estes achados necessitam de validação em outras séries para definir a curva de aprendizagem de forma mais exacta.

CO 029

ABORDAGEM DE DERRAMES PLEURAIS POR TORACOSCOPIA MÉDICA: CASUÍSTICA DE 124 CASOS DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

E Seixas, P Ferreira, G Teixeira, L Rodrigues, C Valente, A Saraiva
Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Palavras-chave: derrames pleurais; toracosopia médica

Introdução: Uma percentagem assinalável de derrames pleurais exsudativos apresentam-se como indeterminados após análise do líquido e estudo imagiológico. Perante a necessidade de obtenção de tecido pleural a toracosopia é o *gold-standard* diagnóstico possibilitando, muitas vezes, intervenção terapêutica simultânea. Não obstante, a grande valia diagnóstica da toracosopia médica (TM) reside nos diagnósticos de derrame maligno e de pleurisia tuberculosa, com elevadas sensibilidades médias. A TM apresenta uma acuidade diagnóstica, na maioria dos casos, muito próxima da VATS e com vantagem de maior custo-efetividade. É realizada fora do bloco operatório, sob anestesia local e sedação consciente, com ventilação espontânea e, frequentemente, entrada uniportal.

Métodos: Descrição dos casos de derrame pleural abordados por toracosopia semi-flexível no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, de 01/2011 até 06/2017. Foram analisados: dados demográficos dos doentes; frequência de derrames livres e septados; padrão de achados toracoscópicos; resultados citopatológicos e microbiológicos do líquido; resultados histopatológicos e micobacteriológicos das biópsias pleurais; realização de pleurodésis por *poudrage* com talco e de adesiólise intrapleural; diagnóstico clínico etiológico final após inclusão de todos os elementos diagnósticos; taxa de complicações.

Resultados: Foram analisados 124 doentes submetidos a toracosopia, com 55,7% de homens e idade média global de 68,4 anos (SD±14.1). A diagnóstico etiológico final consistiu em: derrame maligno secundário em 34,7% (n=43), mesotelioma maligno em 6,4% (n=8), pleurisia tuberculosa em 10,5% (n=13), infeção pleural em 7,3% (n=9), pleurite inespecífica em 21,8%, derrame cardiogénico em 4,8% (n=6), derrame paramaligno em 7,3% (n=9), hemotórax em 1,6% (n=2), hidrotórax hepático em 1,6% (n=2), toxicidade a fármaco em 0,8% (n=1), quilotórax em 0,8% (n=1), tromboembolismo pulmonar em 1,6% (n=2) e secundário a polidritite recidivante em 0,8% (n=1).

No subgrupo de derrame maligno a média etária ao diagnóstico foi 69,6 anos (SD±12,4) com predomínio em mulheres (53,5%). O adenocarcinoma metastático foi o tumor mais comum (65,1%, n=28), com o pulmão a ser sede primária predominante (n=24), seguido do carcinoma da mama.

Os casos de pleurisia tuberculosa predominaram em homens (76,9%) com uma idade média global de 56,7 anos (SD±21,7). O subgrupo de casos de mesotelioma maligno associou-se também a predomínio masculino (62,5%) com idade média mais elevada (72,3 anos, SD±12,1).

Do total de doentes, 36 foram submetidos a tratamento endoscópico (29,0%), distribuídos entre pleurodésis (88,9%) e/ou adesiólise (11,1%).

A percentagem de derrames livres e septados e alguns parâmetros bioquímicos do líquido em determinados subgrupos são também apresentados.

Não ocorreram mortes relacionadas com o procedimento. Como complicações de relevo registaram-se dois pneumomediastinos,



quatro disritmias, um caso de isquemia cardíaca, uma paragem ventilatória secundária à sedação e uma infeção pleural secundária.

Conclusões: A TM é uma ferramenta diagnóstica fundamental para esclarecimento etiológico de derrames pleurais exsudativos de causa indeterminada após primeira abordagem. É um procedimento simples e seguro com baixa taxa de complicações. A percentagem de pleurites inespecíficas mostrou-se dentro do habitualmente reportado na literatura.

CO 030

EFFECTIVIDADE E SEGURANÇA DA TORACOSCOPIA SEMI-FLEXÍVEL

G Samouco, R Natal, M Oliveira, F Carriço, R Gomes, LV Rodrigues
Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda

Palavras-chave: Técnicas endoscópicas, Toracoscopia, Patologia pleural

Introdução: Desde que foi introduzida no início do século XXI, o toracoscópio semi-flexível tem vindo a ser cada vez mais adoptado por hospitais de todo o mundo e os trabalhos publicados relatam uma eficácia comparável à da toracoscopia clássica. A informação contudo, é ainda escassa e incide sobre um número relativamente pequeno de doentes. Assim, acreditamos que a contribuição de mais centros é essencial para obter mais dados relativamente a esta técnica e estabelecer de forma clara o seu rendimento diagnóstico e terapêutico.

Metodologia: Análise retrospectiva dos registos clínicos de todos os pacientes submetidos a toracoscopia semi-flexível no Serviço de Pneumologia entre Fevereiro de 2015 e Julho de 2017. Foi colhida informação de todos os doentes relativamente a dados demográficos, comorbilidades, forma de apresentação clínica e indicação para procedimento, resultados prévios bioquímicos, citológicos e histopatológicos, detalhes do procedimento, o seu rendimento diagnóstico e terapêutico, complicações do procedimento e mortalidade. A análise estatística foi realizada utilizando o SPSS v23.

Resultados: Foram submetidos a toracoscopia 29 doentes no período referido, na sua maioria homens (69%), com uma idade média de 68 anos. A indicação para o procedimento era maioritariamente diagnóstica (86,2%) em extensos derrames pleurais exsudativos (89,7%). O rendimento diagnóstico do exame foi de 92,9%. Dezanove doentes apresentavam etiologia maligna (65,5%), sendo o diagnóstico mais frequente adenocarcinoma do pulmão metastático (41,4%), sendo que 34,5% apresentavam doença benigna, a mais comum a tuberculose (13,8%). Foram submetidos a pleurodese 51,7% dos doentes, na sua maioria utilizando talco pressurizado (60%), sendo os resultados favoráveis em todos os casos. O procedimento foi geralmente bem tolerado, ocorrendo enfisema subcutâneo limitado em 20,7% dos doentes e um caso de empiema pleural. Não houve registo de mortalidade relacionada com o procedimento.

Conclusão: Os nossos resultados são comparáveis aos previamente publicados e reforçam a ideia de que a toracoscopia semi-flexível é um procedimento seguro, bem tolerado e muito rentável tanto no domínio diagnóstico como terapêutico da doença pleural.



CO 031

DIAGNÓSTICO DE LESÕES PULMONARES PERIFÉRICAS COM BRONCOSCÓPIA FLEXÍVEL E SONDA RADIAL DE EBUS

J Dionísio¹, FR Fernandes², D Coelho³, F Cunha⁴, A Szantho¹, JD Costa¹

¹Serviço de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.; ²Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins - Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.; ³Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. ⁴Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.

Palavras-Chave: Broncofibroscopia; EBUS; sonda radial EBUS

Introdução: Consta-se, na prática clínica diária, que as lesões pulmonares periféricas têm vindo a aumentar de frequência, sobretudo em patologia oncológica pulmonar primitiva.

A broncoscopia convencional, tem limitações incontornáveis neste tipo de lesões, sobretudo nas lesões de menores dimensões. A ECO broncoscopia radial, a navegação electromagnética broncoscópica e a broncoscopia ultrafina, constituem tentativas de avanços técnicos importantes na localização destas lesões, permitindo aumentar a rentabilidade diagnóstica.

A sonda radial de EBUS permite melhorar a localização e identificação destas lesões por meio de um cateter conduzido pela sonda de EBUS através da trajetória indicada pela TAC torácica, facilitando múltiplas colheitas, com aumento significativo da rentabilidade diagnóstica.

Objetivo: Apresentar a experiência institucional com o uso de EBUS radial e sistema próprio de bainha, escova e pinça, bem como avaliar a sua rentabilidade no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a broncoscopia flexível com sonda radial de EBUS, para investigação de lesões pulmonares periféricas, de 1 de Janeiro de 2017 a 15 de Julho de 2017.

Descrição do procedimento: Exame broncoscópico efectuado sob sedação profunda, em decúbito dorsal. Realizado estudo prévio da TAC torácica, com identificação do provável brônquio tributário da lesão, seguido da sua identificação com intensificador de imagem. Colocada a sonda radial dentro da bainha e após identificação ecográfica da lesão, efectuadas múltiplas biópsias e escovados, sob visualização radioscópica.

Foram analisadas variáveis demográficas, tamanho e localização da lesão, identificação da lesão com sonda de EBUS radial, procedimentos realizados e diagnóstico final.

Resultados: Foram incluídos 40 doentes, 32,5% (n=13) do género feminino e 67,5% (n=27) do género masculino. A média de idades foi de 62,4±13,8 anos.

A dimensão média das lesões avaliadas foi de 23,8±11,5 mm. A maioria das lesões localizava-se no LSD, 30,0% (n=12), no LSE, 25,0% (n=10) e no LID, 10,0% (n=8).

Foi possível identificar a lesão com sonda radial de EBUS em 75,0% (n=30) dos casos. A dimensão média das lesões identificadas e medidas por EBUS foi de 25,9±11,7 mm. Em dois casos a identificação da lesão foi prejudicada por tosse e secreções abundantes e noutros dois casos o exame foi interrompido antes da realização de procedimentos por dificuldade na oxigenação do doente.

Foi possível um diagnóstico definitivo em 60,0% (n=18) dos casos, tendo sido obtidos os seguintes resultados histológicos: adenocarcinoma do pulmão (n=10); adenocarcinoma (n=2);

tumor carcinóide (n=2); linfoma (n=1); carcinoma pavimentocelular (n=1); carcinoma de pequenas células do pulmão (n=1); carcinoma bronquioloalveolar (n=1).

Como complicações registaram-se um pneumotórax de pequena dimensão, tratado de forma conservadora e uma hemorragia *minor*, controlada com balão de tamponamento.

Conclusão: Nesta série, a ECO broncoscopia, com sonda radial, mostrou ser um procedimento seguro, com capacidade de identificação de lesões periféricas e com uma rentabilidade diagnóstica superior à broncoscopia convencional.

Lesões sem brônquio tributário ou cujo brônquio tributário derive com grande angulação da trajetória espontânea da sonda, exigem a criação de instrumentação orientável da bainha, para optimização da rentabilidade diagnóstica.



CO 032

EBUS-TBNA EM DOENTES COM NEOPLASIA PULMONAR SEM ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS OU HILARES EM TAC TORÁCICA

LM Santos, R Estrela, M Jacomelli, VR Figueiredo

Hospital da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: EBUS-TBNA, neoplasia pulmonar, estadiamento, estadiamento do mediastino

Introdução: O estadiamento preciso é um passo decisivo na abordagem da neoplasia do pulmão, uma vez que nele se baseia a abordagem terapêutica e o prognóstico do doente⁽¹⁾. Nos doentes com doença limitada ao tórax, o estadiamento mediastínico determina a melhor abordagem curativa⁽²⁾. A TAC torácica permite avaliar a probabilidade de invasão ganglionar pela neoplasia, fazendo o estadiamento clínico que é aceite como definitivo se não mostrar envolvimento dos gânglios mediastínicos ou hilares⁽²⁾, ou seja, estadiamento cN0. No entanto, 5 a 15% dos doentes neste estadiamento mostram envolvimento ganglionar no estadiamento patológico⁽²⁾. O EBUS-TBNA tem sido apontado como teste inicial de escolha no estadiamento patológico do mediastino, apresentando menor morbilidade e evitando toracotomias desnecessárias⁽³⁾.

O **objetivo** deste estudo foi avaliar a sensibilidade, especificidade e precisão do EBUS-TBNA no estadiamento ganglionar em doentes com neoplasia pulmonar sem adenopatias mediastínicas na TAC pelos critérios atuais de diâmetro ganglionar.

Métodos: Estudo transversal prospetivo, não controlado, de um grupo de indivíduos com neoplasia pulmonar confirmada histologicamente e sem envolvimento ganglionar no estadiamento clínico por TAC, submetidos a EBUS-TBNA para estadiamento patológico ganglionar. Foi considerado não envolvimento ganglionar quando os gânglios apresentaram menor diâmetro inferior a 10 mm na TAC. Para cálculo da sensibilidade, especificidade e precisão, o estadiamento por EBUS-TBNA foi comparado com o estadiamento cirúrgico, nos doentes posteriormente submetidos a cirurgia (por mediastinoscopia ou ressecção com esvaziamento ganglionar), ou com TC de controlo a 1 ano, nos doentes com estadiamento não cirúrgico submetidos a quimio e/ou radioterapia.

Resultados: Incluíram-se 62 doentes, com uma média de idades de 66 anos (DP=9), 53.2% do género masculino e 93.5% com hábitos tabágicos conhecidos. A lesão principal apresentou um diâmetro médio de 4.2 cm (DP=2.1) e o seu diagnóstico histológico foi estabelecido por biópsia transtorácica na maioria dos doentes (83.9%), tendo os restantes sido diagnosticados por técnicas broncoscópicas (biópsia endobrônquica ou transbrônquica). O adenocarcinoma (69.4%) e o carcinoma epidermóide (27.4%) foram os tipos histológico mais frequentes. O estadiamentos pelo EBUS-TBNA resultou em N0 em 47 (75.8%) casos e em *upstage* para N1 em 2 (3.2%) e N2 em 9 (14.5%). 6.5% resultaram em inconclusivos por EBUS-TBNA e, após estadiamento cirúrgico, em N0. Dos casos N0 por EBUS-TBNA, 12 (25.5%) sofreram *upstage* para N1 (n=6) ou para N2 (n=6) após estadiamento cirúrgico. O uso do EBUS-TBNA apresentou uma sensibilidade de 76.9%, especificidade de 97.1% e precisão de 75.9% no estadiamento destes doentes.

Conclusões: Todos os doentes incluídos se encontravam no estadiamento cN0 e, após estadiamento por EBUS-TBNA, 17.7% sofreu *upstage*, o que está de acordo com a literatura e levanta a questão da necessidade de estadiamento invasivo também destes doentes. O EBUS-TBNA, sendo uma técnica minimamente invasiva e que, na nossa população, apresentou uma boa sensibilidade, especificidade e precisão no estadiamento destes doentes, pode ser o método de escolha para este fim.

Bibliografia:

⁽¹⁾ Ong P, Grosu H, Eapen GA, Rodriguez M, Lazarus D, Ost D, Jimenez CA, Morice R, Bandi V, Tamara L, Cornwell L, Green L, Zhu A, Casal RF. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for systematic nodal staging of lung cancer in patients with NO disease by computed tomography and integrated positron emission tomography-computed tomography. *Ann Am Thorac Soc*. 2015 Mar;12(3):415-9.

⁽²⁾ Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA, Margolis ML, Gould MK, Tanoue LT, Harris LJ, Detterbeck FC. Methods for staging non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2013 May;143(5Suppl):e211S-e250S.

⁽³⁾ Vilmann P, Clementsen PF, Colella S, Siemsen M, De Leyn P, Dumonceau JM, Herth FJ, Larghi A, Vazquez-Sequeiros E, Hassan C, Crombag L, Korevaar DA, Konge L, Annema JT. Combined endobronchial and esophageal endosonography for the diagnosis and staging of lung cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline, in cooperation with the European Respiratory Society (ERS) and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *Endoscopy*. 2015 Jun;47(6):545-59.



CO 033

BRONCOSCOPIA RÍGIDA: PRINCIPAIS INDICAÇÕES, FATORES DE RECIDIVA A CURTO PRAZO E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

CM Cabo, AJ Ferreira, CR Cordeiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Serviço de Pneumologia A (HUC)

Palavras-chave: broncoscopia, rígida, neoplasia

Objetivo: Determinar as principais causas para o procedimento, as técnicas subsidiárias utilizadas, recidivas a curto prazo e complicações de doentes submetidos a broncoscopia rígida no Serviço de Pneumologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Analisar possíveis fatores de recidiva e complicações em doentes com neoplasia pulmonar e estenose traqueal submetidos ao procedimento.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes que realizaram broncoscopia rígida no Serviço de Pneumologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, entre Julho de 2010 e Junho de 2017. A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa SPSS Statistics v23.

Resultados: Foram identificados 181 doentes (136 do sexo masculino e 45 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 15 e os 94 anos. A indicação principal para a realização de broncoscopia rígida foi o tumor endobrônquico (51,9%), seguida da neoplasia esofágica (22,1%) e da estenose traqueal (18,8%). As restantes causas foram corpos estranhos endobrônquicos (2,8%) e outras (4,4%). 33,1% dos doentes foram encaminhados de outros hospitais, 29,8% de outros serviços, 15,5% a partir do serviço de urgência, 13,8% da consulta de Pneumologia e 7,7% do Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica.

No grupo dos tumores endobrônquicos (n=94), os três tipos histológicos mais frequentemente encontrados foram o epidermóide (30,9%), seguido do adenocarcinoma (11,7%) e metástases de outros tumores (9,6%), surgindo outros tipos histológicos em percentagens menores e 6,4% dos casos sem diagnóstico histológico. 84% dos casos foram submetidos a terapêutica com laser, em 10,6% foi colocada prótese e em 3,2% foi utilizada mitomicina tópica. 6,4% dos casos tiveram complicações decorrentes do procedimento e em 7,4% dos casos houve recidiva no mês seguinte. A idade, o tipo histológico, a terapêutica com laser e a utilização de mitomicina não apresentaram associação com complicações ou recidiva.

Relativamente à estenose traqueal (n=35), a maioria dos casos (85,3%) correspondeu a estenose no terço superior da traqueia, seguida de estenose do terço médio e inferior da traqueia, com a mesma percentagem de casos (5,9%), surgindo ainda um caso (2,9%) com estenose nos 2/3 inferiores da traqueia. 88,2% dos casos foram submetidos a terapêutica com laser, 73,5% a dilatação mecânica, em 35,3% foi utilizada mitomicina tópica e em 11,8% foi colocada prótese traqueal. 2,9% dos casos tiveram complicações decorrentes do procedimento e em 26,5% dos casos houve recidiva no mês seguinte. Neste grupo, a localização da estenose, a terapêutica com laser, a colocação de prótese traqueal e a utilização de mitomicina não apresentaram associação com recidiva ou complicações (em apenas um caso surgiram complicações). A idade dos doentes era significativamente menor (p=0,004) no grupo que recidivou.

Conclusões: As principais indicações para broncoscopia rígida na nossa amostra foram os tumores endobrônquicos, representando as neoplasias esofágicas e as estenoses traqueais percentagens importantes. Os fatores que mostram associação com recidiva a um mês são: a idade, no caso da estenose traqueal e a colocação de prótese, no caso dos tumores endobrônquicos. Trata-se de um procedimento globalmente seguro (tendo-se registado apenas uma morte peri-procedimento), com reduzido número de complicações, sendo a mais frequente a insuficiência respiratória.



CO 034

CARCINOMA BRONCOPULMONAR: CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA E SOBREVIDA APÓS TERAPÊUTICA DIRIGIDA

SM Cabral, MR Silva, L Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: EGFR, ALK, KRAS, Inibidores tirosina cinase, Adenocarcinoma, Sobrevida

Resumo: O Carcinoma Broncopulmonar lidera como a principal causa de morte no que concerne à patologia neoplásica. A caracterização clínica, a terapêutica e o acompanhamento do doente após o estadiamento histológico são essenciais para clarificar os factores que influenciam a sobrevida. A patologia molecular pode mostrar correlação entre morfologia e prognóstico, sendo ainda importante no que diz respeito à aplicação da terapêutica personalizada. A tradução desta correlação foi o objectivo do presente trabalho.

Material e Métodos: Este estudo retrospectivo foi sustentado por informação recolhida dos dados da Patologia fornecidos pelo Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular da Faculdade de Medicina de Coimbra, no que se refere ao estadiamento histológico e estudos moleculares de EGFR, KRAS e ALK em 56 biópsias broncopulmonares. Subsequentemente, os correspondentes 56 processos clínicos dos doentes (36 homens e 20 mulheres) foram submetidos para estudo, as variáveis seleccionadas e o acompanhamento clínico realizado até Abril de 2015, tendo como intuito a caracterização da amostra.

Resultados: O adenocarcinoma foi o tipo histológico mais comum (37/56), seguido pelo carcinoma pleomórfico (5/56), o epidermóide (4/56), o adenoescamoso (4/56), o de grandes células (3/56), o sarcomatóide (2/56) e o carcinoma mucoepidermoide (1/56). Foi também este o tipo histológico mais frequente quer no género masculino (24/36), quer no feminino (13/20). A média etária à data do diagnóstico foi de 66 anos. 35/56 doentes tinham descrito consumo tabágico activo ou eram ex-fumadores. Relativamente ao estadiamento, no momento do diagnóstico 36/56 doentes apresentavam-se em estadio IV, 8/56 estadio IIIB, 4/56 estadio IIIA e os restantes 8/56 nos estadios I ou II. 29 doentes apresentavam tumores com mutação nos genes EGFR (18 adenocarcinomas, 3 carcinomas pleomórficos, 3 de grandes células, 2 epidermóides, 1 adenoescamoso, 1 sarcomatóide e 1 carcinoma mucoepidermoide) enquanto os restantes 27 eram EGFR wild type; 23 doentes receberam inibidores tirosina cinase em primeira ou segunda linha, ou sob tratamento de manutenção associado a radioterapia, quando indicado. A sobrevida média dos doentes com tumores mutados foi de 31.7 meses (95% CI: 22.48-40.89 meses) comparando com 18 meses (95% CI: 11.16-24.79 meses) nos casos wild type.

Conclusões: O estudo mostrou elevada prevalência do carcinoma broncopulmonar no género masculino. O adenocarcinoma foi o tipo histológico mais frequente independentemente do género e os hábitos tabágicos mostraram-se prevalentes. A sobrevida global dos doentes portadores de tumores com EGFR mutado foi maior, comparativamente aos casos wild type; estes resultados foram apresentados através de curvas de Kaplan Meier e revelaram significância estatística (p=0.0324).

CO 035

SEQUENCIAÇÃO DE NOVA GERAÇÃO: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE MUTAÇÕES EM DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS

C Marques, D Machado, S Campinha, E Silva, M Dias, D Coutinho, T Costa, S Conde, L Cirnes, JC Machado, A Barroso

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia- Espinho

Palavras-chave: carcinoma pulmonar não pequenas células, sequenciação de nova geração, terapêutica alvo

Introdução: A terapêutica alvo tem vindo a assumir cada vez mais importância no tratamento do carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC)

A sequenciação de nova geração (NGS) possibilita a sequenciação de DNA e a identificação de mutações que permitem o uso de moléculas alvo no tratamento do CPNPC.

Este trabalho visa avaliar o perfil de mutações encontradas em doentes com CPNPC, diagnosticados num hospital central.

Métodos: Foram incluídos todos os doentes com CPNPC com diagnóstico entre Outubro 2016 e Maio 2017, que realizaram pesquisa de mutações por NGS.

Foram pesquisadas mutações nos genes: EGFR, KRAS, NRAS, BRAF, MET, HER2, ERBB4, PI3KCA, PTEN, ALK, ROS1 e RET. Foram investigadas e incluídas neste estudo as variantes patológicas dos genes mas também as variantes dos genes ainda com significado clínico incerto.

Resultados:

	Sem mutações nos genes pesquisados	Com mutações nos genes pesquisados
N[%] doentes	12 [27,3]	29 [70,7]
Idade(anos; média±desvio padrão)	63±14	64±10
Sexo masculino (N[%])	11 [91,7]	18 [62,1]
Hábitos tabágicos(N[%])		
Não fumador	2 [16,7]	7 [24,1]
Fumador	6 [50]	11 [37,9]
Ex-fumador	4 [33,3]	11 [37,9]
Histologia(N[%])		
Adenocarcinoma	10 [83,3]	24 [82,8]
Carcinoma não pequenas células	1 [8,3]	3 [10,3]
Carcinoma epidermóide	0	1 [3,4]
Carcinoma neuroendócrino de grandes células	1 [8,3]	1 [3,4]
Estadio inicial(N[%])		
IA1	1 [8,3]	1 [3,4]
IA2	1 [8,3]	3 [10,3]
IB	0	2 [6,9]
IIA	0	1 [3,4]
IIIA	2 [16,7]	1 [3,4]
IIIB	2 [16,7]	1 [3,4]
IIIC	1 [8,3]	1 [3,4]
IVA	1 [8,3]	9 [31]
IVB	2 [16,7]	8 [27,6]
Sem estadiamento completo	2 [16,7]	2 [6,9]



	Sem mutações nos genes pesquisados	Com mutações nos genes pesquisados	
Performance Status(N[%])			
0	1 [8,3]	5 [17,2]	
1	9 [75]	14 [48,3]	
2	1 [8,3]	4 [13,8]	
3	1 [8,3]	5 [17,2]	
4	0	1 [3,4]	
Gene com mutação(N)		variante patológica	variante de significado incerto
KRAS		14	0
EGFR		4	5
HER2		1	5
MET		0	4
PI3KCA		1	2
Rearranjo EML4-ALK		3	0
PTEN		1	1
ERBB4		0	1
ROSI		1	0
BRAF		1	0

Em 8 doentes existia concomitantemente mais de um gene mutado.

KRAS(vp)-EGFR(vi)-MET(vi)-ERBB4(vi)	1
KRAS(vp)-EGFR(vi)-MET(vi)-PTEN(vi)	1
MET(vi)-HER2(vi)-PI3KCA(vi)	1
KRAS(vp)-HER2(vi)-HER2(vi)	1
EGFR(vp)-ROSI(vp)-EGFR(vi)	1
KRAS(vp)-PI3KCA(vi)	1
KRAS(vp)-MET(vi)	1
KRAS(vp)-EGFR(vi)	1

Legenda: vp-variante patológica; vi-variante de significado incerto

Discussão: Nesta amostra de doentes os genes mutados mais frequentemente identificados foram o KRAS e EGFR, havendo, no entanto, presença de mutações mais raramente descritas na literatura como no gene PI3KCA, HER2 e BRAF.

Das mutações identificadas, 59,1% foram variantes patológicas, dentro destas 38,5% possibilitam, no presente, o uso de terapêutica alvo.

Foram descritas muitas variantes de genes ainda de significado clínico incerto. No futuro, com o uso mais frequente desta técnica de NGS estas variantes poderão vir a ser identificadas mais frequentemente, podendo vir-se a relevar clinicamente significativas, possibilitando novos alvos terapêuticos.

Em 8 doentes foram descritos mais do que um gene mutado, alargando as possibilidades terapêuticas, mas tornando ainda mais complexas as decisões do dia-a-dia no tratamento dos doentes com CPNPC.

CO 036

NEUTROPENIA FEBRIL NA NEOPLASIA DO PULMÃO: FATORES ASSOCIADOS A MORTALIDADE E FALÊNCIA DA ANTIBIOTERAPIA

I Rodrigues, L Nascimento, AC Pimenta, S Raimundo, B Conde, A Fernandes

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Palavras-chave: Neoplasia do pulmão, neutropenia febril, mortalidade, falência da antibioterapia

Introdução: A neoplasia do pulmão (NP) é a doença oncológica com maior taxa de mortalidade em Portugal. O tratamento frequentemente inclui quimioterapia, sendo a neutropenia febril (NF) um efeito adverso identificado em 10-40% dos doentes.

Objetivos: Caracterizar os internamentos por NF de doentes com NP no serviço de pneumologia de um hospital central, e determinar associações entre os perfis dos doentes, falência da antibioterapia de 1ª linha (FATB) e mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado na análise dos processos dos doentes com diagnóstico de NP, sob quimioterapia entre janeiro de 2009 e junho de 2017 e, concomitantemente, NF (contagem de neutrófilos <500/mm³ e temperatura única >38,3°C ou temperatura >38°C sustentada por mais de uma hora), com necessidade de internamento hospitalar. As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão e as categóricas em frequência e percentagem. Para a análise comparativa das variáveis categóricas utilizou-se o teste qui-quadrado ou o Teste Exato de Fisher; para variáveis contínuas utilizou-se o teste *T-student* ou o teste *U* de *Mann-Whitney*. O nível de significância foi definido como $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 42 casos de NF, correspondendo a 36 doentes, dos quais 86,1% pertenciam ao sexo masculino ($n=31$), com idades compreendidas entre os 42 e 85 anos (*idade média: 66,7*). Constatou-se que 26,2% ($n=11$) dos diagnósticos correspondiam a Carcinoma de Pequenas Células do Pulmão e 40,5% ($n=17$) dos casos apresentavam doença metastática. A duração média do internamento foi de 11,8 dias ($\pm 7,36$), e a contagem média de neutrófilos foi 228/mm³, sendo que a neutropenia durou em média 3,6 dias ($\pm 1,81$). As infeções do trato respiratório foram responsáveis por 42,9% ($n=18$) dos casos de NF, sendo que em 33,3% ($n=14$) não foi identificado qualquer foco infeccioso. O *staphylococcus aureus* multirresistente foi o agente mais isolado, correspondendo a 7,14% ($n=3$) dos casos, e em 71,4% ($n=30$) não se isolou nenhum microrganismo. Quanto a comorbidades, 31% ($n=13$) e 26,2% ($n=11$) possuíam antecedentes de doença cardiovascular e respiratória, respetivamente, e 19% ($n=8$) de Diabetes Mellitus. À data de internamento 14,3% ($n=6$) dos casos apresentava anemia grave (Hb <8,0g/dL) e 23,8% ($n=10$) trombocitopenia grave (plaquetas <50.000/mm³). A taxa de mortalidade foi de 16,7% ($n=7$), e a FATB foi de 26,2% ($n=11$).

Encontraram-se associações estatisticamente significativas entre a mortalidade e as seguintes variáveis: *Performance Status* (PS) superior a 1 ($p=0,011$), isolamento de agente *Gram*-negativo ($p=0,001$) e anemia grave ($p=0,048$). Por sua vez, a FATB associou-se a idades mais jovens ($p=0,049$), internamentos mais prolongados ($p=0,020$), PS >1 ($p=0,049$), infeção do trato respiratório ($p=0,024$), isolamento de agente *Gram*-negativo ($p=0,003$) ou multirresistente ($p=0,014$) e a uma maior utilização de antifúngico ($p=0,031$).



Conclusão: Tal como descrito na literatura, doentes com pior PS e infeções por agentes *Gram*-negativo parecem associar-se a piores *outcomes*. Ao contrário do esperado, as idades mais jovens associaram-se a maior FATB, provavelmente devido a outros fatores como o tipo histológico, estadio avançado ou infeções por organismos multirresistentes. As infeções respiratórias também se associaram a maior FATB. Como principal limitação do estudo salienta-se o pequeno tamanho amostral.

CO 037

NEUTROPENIA IATROGÉNICA AO TRATAMENTO DA NEOPLASIA DO PULMÃO E PLEURA COM QUIMIOTERAPIA

F Aguiar, R Pereira, J Lages, MJ Araújo, AL Vieira, C Pacheco, J Cunha

Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga

Palavras-chave: Neutropenia, Neutropenia febril, Neoplasia do pulmão e pleura

Introdução: A Neutropenia Febril (NF) é uma das complicações, secundárias à quimioterapia, mais temíveis. É definida por febre (38.3° numa medição única ou 38.0°C em duas medições consecutivas em 2 horas) e uma contagem absoluta de neutrófilos $<0.5 \times 10^3/\text{uL}$, ou que seja expectável que o valor de neutrófilos desça a esses valores. São conhecidos alguns fatores associados a risco superior de NF como a idade, doença avançada, história prévia de NF, mucosite, pior *Performance Status* (PS) ou Doença Cardiovascular.

Objetivo: Comparar os doentes com neutropenia febril com aqueles com neutropenia não-febril e explorar fatores associados ao aumento da duração de admissão hospitalar dos doentes neutropénicos.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos doentes internados no Serviço de Pneumologia de um hospital central universitário com neutropenia secundária a quimioterapia no intervalo de 5 anos ($n=63$).

Resultados: Foram considerados 63 casos com idade mediana de 66.0 ± 9.7 anos e de predomínio masculino (85.7%). Metade dos doentes (52.4%) apresentava diagnóstico de Adenocarcinoma pulmonar, 25.4% Carcinoma Epidermóide pulmonar, 17.5% Carcinoma Pulmonar de Pequenas Células, 3.2% Mesotelioma pleural maligno e 1.6% Tumor Neuroectodérmico primitivo do pulmão. 69.8% dos doentes encontravam-se em primeira linha de tratamento e mais de dois encontravam-se em primeiro (33.3%) ou segundo ciclo de tratamento (36.7%). A neutropenia foi mais frequentemente associada a três regimes de quimioterapia: Vinorelbina (39.7%), Pemetrexed (27%) e Etoposido (17.5%). 63.5% dos doentes estavam sob tratamento duplo com a associação de Carboplatino. A maioria dos doentes apresentava à admissão queixas respiratórias (33.3%), generalizadas (30.2%) ou gastro-intestinais (20.6%). O valor mediano inicial de neutrófilos foi de $0.4 \times 10^3/\text{uL}$. 46.0% apresentavam concomitantemente Pancitopenia e 47.6% Bicitopenia. 60.3% dos casos apresentavam critérios de NF. O internamento dos restantes foi motivado por fatores diversos como Pneumonia (28.6%), intolerância alimentar por esofagite rídica (21.4%), candidíase oro-faríngea (7.1%), vômitos (7.1%) entre outros.

Todos os doentes receberam, durante o internamento, tratamento de estimulação das colónias de granulócitos. Somente 12.7% dos doentes não receberam tratamento antimicrobiano. A duração de internamento mediana foi de 9.0 dias. 11.1% dos doentes faleceram durante o internamento.

Os doentes com NF eram significativamente mais idosos que os restantes ($p=0.008$). Houve também diferenças estatisticamente significativas em relação à quimioterapia usada ($p=0.048$), sendo que os fármacos associados de forma estatisticamente significativa à NF foram a Vinorelbina e o Pemetrexed. Não houve diferenças significativas em relação ao tratamento duplo com Carboplatino ($p=0.547$), ao género ($p=0.293$), à histologia neoplasia do pulmão/pleura ($p=0.081$), ao estadio da neoplasia



($p=0.345$), à PS do doente ($p=0.323$) ou à contagem inicial de neutrófilos ($p=0.910$).

O único fator associado que demonstrou relação com a duração do internamento foi o PS ($p=0.027$).

Discussão e Conclusão: A idade avançada e o regime de quimioterapia utilizado (Vinorelbina e Pemetrexed) associaram-se de forma estatisticamente significativa à NF enquanto que pior PS se associou de forma significativa ao aumento de duração de internamento.

A taxa de mortalidade verificada neste trabalho (11.1%) é sobreponível aos valores descritos na literatura.

CO 038

SÍNDROME DE PIERRE-MARIE-BAMBERGER: MANIFESTAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

JF Costa, G Samouco, J Parreira, M Reis, A Tavares, L Ferreira
Unidade Local de Saúde da Guarda - Hospital Sousa Martins

Palavras-chave: adenocarcinoma do pulmão, síndrome paraneoplásico

Introdução: A Osteoartropatia Hipertrófica Pulmonar (Síndrome de Pierre-Marie-Bamberger) é um síndrome paraneoplásico que se manifesta por artralguas de distribuição simétrica, resultante de um processo de hipertrofia óssea e dos tecidos moles em redor, com periostose da diáfise e metáfise de ossos longos e tubulares. Existe envolvimento tibial na quase totalidade dos casos. Está presente em cerca de 5% dos casos de cancro do pulmão, mais frequentemente associado ao Adenocarcinoma.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de um indivíduo de 61 anos, construtor civil. Sem antecedentes pessoais relevantes, excepto hábitos etílicos e tabágicos marcados (CT-100UMA). Recorreu ao SU por quadro com quatro meses de evolução, caracterizado por artralguas referidas aos joelhos e tibiotársicas, tosse produtiva com expectoração mucoide, sudorese nocturna, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. As queixas álgicas motivaram dois episódios anteriores de recurso ao SU.

Ao exame objectivo, apresentava-se emagrecido e com mau estado geral, febril, eupneico e com diminuição global do murmúrio vesicular, mais marcada no hemitorax direito. Apresentava também discreto edema dos joelhos e tibiotársicas. Analiticamente, destaca-se: Hb - 10,5 g/dL; Leucócitos - $13,11 \times 10^3/\mu\text{L}$; Neutrófilos - $8,86 \times 10^3/\mu\text{L}$; Plaquetas - $626 \times 10^3/\mu\text{L}$; PCR - 12,10 mg/dL; VS - 101 mm/h. A telerradiografia do tórax evidenciava hipotransparência paracardiaca direita, sem broncograma aéreo. Realizou TC torácica: nódulo pulmonar de 3cm no LM, de contorno irregular; cinco nódulos satélite agrupados na base do LID, o maior com 18mm; adenopatias hilares direitas e peri-traqueais; espessamento da grande cisura direita, suspeito de linfangite; derrame pleural direito de contorno irregular. Antigenúrias, serologias para HIV e hepatites negativas. O doente foi internado para estudo.

Do estudo complementar, destaca-se cultura de expectoração, exame micobacteriológico directo, cultural e DNA MTC negativos. Broncofibroscopia: infiltração na emergência da parede interna do BLM condicionando obstrução com redução da permeabilidade e evidente neovascularização por NBI. Aspirado brônquico: citobacteriológico com flora não significativa, micobacteriológico directo, cultural e DNA MTC negativos. PFR sem alterações significativas. Fez telerradiografia dos joelhos e foi avaliado por Ortopedia, que não identificou a presença de lesões ósseas. A biópsia brônquica, exame citológico do aspirado e escovado brônquico concluíram o diagnóstico de adenocarcinoma primitivo do pulmão.

Após alta do internamento, enquanto aguardava estadiamento, recorreu ao SU por toracalgia ântero-inferior direita de características pleuríticas e hipertermia com um dia de evolução, associadas a artralguas agravadas, localizadas aos joelhos e cotovelos. Por apresentar agravamento radiológico, foi internado com o diagnóstico de pneumonia obstrutiva. Mantendo artralguas foi novamente avaliado por Ortopedia. Sugerida a realização de cintigrafia óssea, que evidenciou discreta hipercaptção difusa nos ossos longos, mais evidente nos fémures e tíbias, mas também nos membros superiores, traduzindo quadro de Osteoartropatia Hipertrófica Pulmonar.

Conclusão: Pretendemos com este caso ilustrar uma forma rara de apresentação de adenocarcinoma do pulmão, que pode preceder em meses o aparecimento de sintomatologia respiratória ou constitucional, condicionando atrasos no seu diagnóstico e tratamento.



CO 039

TOXICIDADE CUTÂNEA GRAVE SECUNDÁRIA A TKI - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

R Boaventura, L Meira, V Cardoso, H Queiroga

Centro Hospitalar de São João

Palavras-chave: TKI, erlotinib, gefitinib, afatinib, cancro do pulmão, reação adversa, cutâneo

O cancro do pulmão apresenta-se mais frequentemente em estádios avançados, não estando disponíveis opções terapêuticas curativas para estes casos. No entanto, houve um enorme desenvolvimento nas opções terapêuticas com o aparecimento de estratégias de tratamento dirigido a alterações moleculares específicas. A mutação EGFR (*epidermal growth factor receptor*) surge como o alvo molecular de eleição, com o Gefitinib, Erlotinib e Afatinib, atualmente disponíveis como fármacos inibidores desta tirosina cinase (TKI).

Estes fármacos têm um benefício comprovado em termos de maior taxa de resposta, atrasando a progressão, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida em comparação com a quimioterapia com duplete de platino.

A toxicidade cutânea é um dos efeitos adversos mais frequentemente associados aos TKI, que, embora não seja habitualmente grave, tem impacto na qualidade de vida dos doentes. Dos 3 TKI, é o Erlotinib o que mais frequentemente provoca reações cutâneas mais graves.

Caso 1: doente de 47 anos, não fumadora, que após o estudo de quadro constitucional e hemoptises, foi-lhe diagnosticado um adenocarcinoma pulmonar estágio IV, com mutação do EGFR+. Iniciou tratamento com Gefitinib, apresentando um *rash* acneiforme na face e tronco sem necessidade de suspensão do fármaco. Após 15 meses de tratamento a doente apresentou sépsis com ponto de partida em infeção cutânea com coleções abecedadas múltiplas, com necessidade de internamento prolongado, antibioterapia endovenosa, tratamento de suporte e suspensão do Gefitinib. Após resolução do caso, a doente iniciou profilaxia com minociclina e Erlotinib, sem recorrência das lesões cutâneas. Caso 2: doente de 68 anos, não fumadora, com história de hipertensão arterial, que, no estudo de dispneia, foi-lhe diagnosticado um adenocarcinoma estágio IV, com mutação EGFR+. Iniciou tratamento com Gefitinib, surgindo reação cutânea nos leitos ungueais. Por agravamento progressivo, teve que suspender o tratamento aos 6 meses, iniciando tratamento de suporte (com resolução das lesões) e posteriormente Erlotinib. Após 3 meses surgiu *rash* pustuloso e prurido nas pernas, tendo realizado antibioterapia oral e reduzido a dose de Erlotinib. Observou-se agravamento progressivo com aparecimento de úlceras múltiplas bilaterais, dolorosas. Suspendeu-se TKI e internou-se a doente para realização de antibioterapia endovenosa e cuidados de penso, que manteve em ambulatório. Foi proposta para tratamento com Afatinib, que decorreu sem intercorrências.

Desconhecem-se, atualmente, os fatores de sensibilização a reação cutânea grave, existindo algumas teorias associadas a farmacocinética individual do fármaco, ativação linfocítica (descrita em associação com o erlotinib) ou a disrupção dos mecanismos de homeostase da pele desempenhados pelo EGFR.

Foram descritos esquemas de profilaxia com tetraciclina e, menos frequentemente, com azitromicina.

Os autores reforçam a importância do tratamento precoce das reações cutâneas e a ponderação de instituição de tratamento profilático em alguns casos.

Realça-se a dificuldade de identificação dos candidatos a profilaxia ou suspensão do fármaco dada a heterogeneidade da clínica e da gravidade inicial das reações descritas, sendo importante o aconselhamento e educação precoce dos doentes em relação aos efeitos adversos a esperar e seu potencial impacto no tratamento da doença oncológica.



CO 040

EFEITOS ADVERSOS ASSOCIADOS A NIVOLUMAB - EXPERIÊNCIA DE UMA CONSULTA DE PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA

J Carvalho, R Campanha, I Oliveira, C Guimarães, C Matos, F Nogueira

Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Palavras-chave: Nivolumab, efeitos adversos, Pneumologia oncológica

Introdução: O Nivolumab é um anticorpo monoclonal IgG4 que se liga ao receptor de morte programada dos linfócitos T (PD1), impedindo a sua ligação aos ligandos PD-L1 e PD-L2 expressos pelas células tumorais que leva à inibição da proliferação de células T, potenciando assim a resposta imunitária anti-tumoral.

No cancro do pulmão o Nivolumab está indicado no tratamento do carcinoma epidermóide e adenocarcinoma localmente avançados ou metastáticos, após quimioterapia prévia. Apesar da eficácia demonstrada nos ensaios clínicos, a terapêutica com Nivolumab associa-se a efeitos adversos imunomediados, que podem ocorrer em qualquer fase do tratamento, afectar quase todos os sistemas de órgãos e em alguns casos levar à suspensão do fármaco.

Objectivo: Avaliar os efeitos adversos observados nos doentes sob terapêutica com Nivolumab seguidos em consulta de pneumologia oncológica de um hospital central.

Métodos: Estudo retrospectivo realizado em doentes seguidos em consulta de pneumologia oncológica que iniciaram terapêutica com Nivolumab entre Fevereiro/2016 e Junho/2017. Colheita de dados demográficos, relativos à doença neoplásica e ao tratamento com Nivolumab através de consulta do processo clínico. Análise descritiva dos dados com recurso a *Microsoft Excel*® 2013 e *IBM SPSS Statistics v.23*®.

Resultados: Amostra total de 21 doentes, 71% do sexo masculino, com idade média 64 anos. 90% (n=19) apresentavam diagnóstico de adenocarcinoma e os restantes carcinoma epidermóide. Duração média de tratamento com Nivolumab 6 meses. Foram reportados efeitos adversos em 86% dos doentes (n=18).

Foi reportada fadiga em 81% dos doentes (n=17) e anorexia em 19% (n=4). 28% (n=6) desenvolveram endocrinopatias imunitárias, nomeadamente hipotireoidismo (14%, n=3), *Diabetes mellitus* (10%; n=2, um dos quais com cetoacidose diabética como manifestação inaugural) e insuficiência supra-renal (5%, n=1). Foram ainda reportados vômitos (5%), alteração das provas de função hepática (5%), proteinúria assintomática (5%) e erupção cutânea (5%). Estes efeitos adversos apresentaram na sua maioria gravidade ligeira a moderada (graus 1 ou 2 da classificação de reações adversas do *National Cancer Institute v.4*) e não motivaram suspensão do fármaco, com excepção de interrupção temporária no caso de cetoacidose até controlo metabólico da diabetes.

Verificaram-se efeitos adversos graves (graus 3 ou 4) em 22% (n=4) dos doentes (um caso de pneumonite, um caso de síndrome nefrítico e dois casos de encefalite), que motivaram a suspensão da terapêutica.

Conclusões: Os dados obtidos nesta amostra estão em conformidade com os descritos na literatura, sugerindo que a terapêutica com Nivolumab se associa frequentemente a efeitos adversos de gravidade ligeira a moderada, sendo a fadiga o mais frequente.

A percentagem de casos de encefalite auto-imune identificados foi superior à descrita na literatura (0.2%), o que se pode dever ao facto de se tratar de um efeito adverso reconhecido apenas

recentemente e de difícil confirmação diagnóstica, bem como à reduzida dimensão desta amostra.

É fundamental que os médicos que tratam estes doentes se encontrem familiarizados com o amplo espectro de efeitos adversos imunomediados possíveis, aos quais não estavam habituados. Apesar de raros, os efeitos adversos graves podem ser ameaçadores da vida. A identificação e tratamento precoce são essenciais para limitar a sua duração e gravidade.



CO 041

ENCEFALITE AUTOIMUNE SECUNDÁRIA A NIVOLUMAB EM DOENTE COM ADENOCARCINOMA PULMONAR METASTÁTICO

RS Rosa, M Teles, P Santos, AM Silva, C Matos, F Nogueira
Hospital Egas Moniz, CHLO

Palavras-chave: encefalite autoimune; nivolumab; adenocarcinoma pulmonar

Os inibidores de checkpoint imunes constituem os novos protagonistas na luta contra o carcinoma do pulmão de não pequenas células avançado, entre outras malignidades, ao alterarem o microambiente tumoral e ao bloquearem métodos de evasão imunes tumorais.

O Nivolumab, anticorpo IgG4 anti-PD-1, tem como objectivo aumentar a resposta anti-tumoral através do bloqueio da ligação entre o PD-1 e o seu ligando (PD-L1), muitas vezes presente nas células tumorais e desta forma permitir uma resposta imune eficaz das células T activadas.

Apesar de ter melhorado significativamente o prognóstico dos doentes, têm sido identificados cada vez mais efeitos secundários. A encefalite auto-imune é uma toxicidade secundária rara, mas potencialmente crítica. Por conseguinte, sintomas neurológicos em doentes sob Nivolumab devem ser avaliados de uma forma meticulosa de forma a excluir este distúrbio.

A.C.M, um doente do sexo masculino, 63 anos, anteriormente totalmente autónomo nas actividades de vida diária, sem antecedentes prévios de patologia psiquiátrica, foi diagnosticado em 2005 com um Adenocarcinoma Pulmonar localizado no lobo superior esquerdo, inicialmente num estágio IIIa.

O doente iniciou terapêutica com 4 ciclos de quimioterapia de 1ª linha, com Premetexed. No entanto, progrediu com metastização do SNC a nível do lobo frontal direito. Em Abril de 2016 foi submetido a radioterapia holocraniana e posteriormente iniciou tratamento com Nivolumab, em Junho de 2016. Foi submetido a 8 ciclos, com resposta favorável, e posteriormente a mais 6 ciclos, o último dos quais no dia antes de recorrer ao SU.

No dia 21 de Janeiro de 2017 o doente é trazido ao SU acompanhado por agentes policiais referindo uma agressão pela esposa e ideação suicida fixa.

Por este motivo o doente foi internado de forma compulsiva no Serviço de Psiquiatria e iniciou terapêutica antipsicótica.

Subsequentemente o doente começou a flutuar entre estados de delirium de natureza persecutória e de grande sonolência, desenvolvendo progressivamente uma dependência absoluta para todas as AVD's. A TC-CE e RM não mostravam alterações a nível da lesão cerebral, quando comparada ao exame prévio de 18 Janeiro.

Múltiplos neurologistas avaliaram o doente e admitiram uma encefalopatia multifactorial em doente com neoplasia do pulmão com metastização cerebral, atrofia encefálica difusa e hábitos etanólicos moderados, com potencial de reabilitação funcional mínimo.

O doente manteve-se internado por motivos sociais e paralelamente desenvolveu uma Pneumonia nosocomial, medicado na altura com antibioterapia empírica e hidrocortisona para o broncospasmo. Após a instituição desta terapêutica constatou-se uma melhoria clínica franca, incluindo um estado de maior vigilância. Realizou punção lombar, onde se destacavam bandas oligoclonais tipo 4, com pleiocitose moderada (49 mg/dL), sem alterações no perfil imunológico. É importante ressaltar que a punção foi realizada 12 dias após instituição da corticoterapia.

Tendo em conta estas alterações juntamente com a súbita melhoria clínica após a corticoterapia, foi considerada a possibilidade de uma encefalite límbica auto-imune, pelo que instituiu-se terapêutica adequada com Prednisolona. Desde então observou-se uma melhoria clínica acentuada, com recuperação de um humor e comportamento adequados e com restabelecimento da capacidade para realizar AVD's.



CO 042

RELAÇÃO NEUTRÓFILOS-LINFÓCITOS NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: EFEITO DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA

C Simão¹, C Sousa¹, M Pereira², A Feliciano², C Leitão², C Martinho², RP Basto², P Pinto^{2,3}, C Bárbara^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Departamento do Tórax do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; ³ISAMB Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal

Palavras-chave: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, relação neutrófilos-linfócitos, pressão positiva.

Introdução: Os episódios de obstrução do fluxo aéreo que ocorrem na Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) promovem fenómenos de hipóxia intermitente. Existem diferentes mecanismos que levam a um aumento do risco de desenvolvimento de patologia cardiovascular. A relação neutrófilos-linfócitos (NLR) tem sido apontada como um bom marcador de inflamação sistémica, encontrando-se elevada em doentes com patologia cardiovascular. Vários estudos já demonstraram o efeito protetor do uso de pressão positiva (PAP) no que respeita ao risco cardiovascular, contudo, existem escassos estudos que avaliem o seu efeito ao nível da redução da NLR.

Objectivos: Avaliar o efeito da terapêutica com PAP na redução da relação neutrófilos linfócitos após 6 meses de uso de PAP.

Métodos: Foi realizado um estudo prospectivo que incluiu 47 doentes do género masculino com o diagnóstico de SAOS. Os critérios de exclusão foram: doentes com outras patologias do sono, patologia neuromuscular, doença renal, patologia tiroidea, insuficiência cardíaca, neoplasias, doença aguda, ou uso prévio de CPAP. Analisou-se a NLR inicial e após 6 meses de uso de PAP com dispositivos automáticos (S9 Resmed®, Australia). A análise estatística foi realizada através da utilização do software SPSS® versão 21 (Chicago, IL, USA).

Resultados: A idade média dos doentes foi de 47,2 anos. Vinte e dois doentes apresentavam SAOS ligeira/moderada e 25 doentes apresentavam SAOS grave. A média de NLR foi superior no grupo dos doentes com SAOS grave (SAOS grave: NLR médio 1,99; $p < 0,05$; SAOS ligeira/moderada: NLR médio 1,53 $p < 0,05$). Após 6 meses de PAP verificou-se uma redução média de NLR de 1,77 para 1,73 ($p < 0,05$), sendo esta redução superior no grupo de doentes com SAOS grave de 1,99 para 1,87 ($p < 0,001$).

Conclusão: Este estudo demonstra que após 6 meses de tratamento com PAP existe uma redução significativa da NLR em doentes com SAOS, sendo esta redução superior nos doentes graves o que suporta o seu efeito de proteção cardiovascular. Este estudo reforça a importância desta avaliação como ferramenta complementar no diagnóstico e monitorização de doentes com SAOS.

CO 043

ASSOCIAÇÃO ENTRE A RELAÇÃO NEUTRÓFILOS-LINFÓCITOS E SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

C Sousa¹, C Simão¹, M Pereira², A Feliciano², E Nabais², C Martinho², RP Basto², P Pinto^{2,3}, C Bárbara^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Departamento do Tórax do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ³ISAMB, Faculdade de Medicina de Lisboa

Palavras-chave: NLR, Relação neutrófilos-linfócitos, SAOS

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é caracterizada por episódios repetidos de limitação do fluxo aéreo, provocando hipoxia nocturna intermitente e fragmentação do sono. Tem-se vindo a demonstrar a sua associação com a activação de factores pró-inflamatórios IL6, proteína C reactiva e TNF- α . Recentemente novos biomarcadores, como a relação neutrófilos-linfócitos (NLR), têm sido propostos como indicadores de inflamação sistémica, sendo de baixo custo e fácil acesso. No entanto, há poucos estudos que avaliam a associação entre NLR e a gravidade da SAOS.

Objectivo: O objectivo deste estudo foi avaliar a NLR como novo marcador de gravidade da SAOS.

Métodos: Estudo prospectivo que incluiu doentes do género masculino com SAOS ligeira, moderada e grave. Foram excluídos doentes com outras patologias do sono, doença neuromuscular, renal ou tiroideia, insuficiência cardíaca, neoplasia, doenças inflamatórias crónicas ou uso prévio de pressão aérea positiva. Analisaram-se parâmetros clínicos, polissonográficos e laboratoriais com o cálculo da razão entre os níveis absolutos de neutrófilos e linfócitos. Foi avaliada a associação entre a NLR e a gravidade da SAOS, tempo de dessaturação inferior a 90% (T90) e saturação de O₂ (SpO₂) mínima.

Resultados: Foram incluídos 72 doentes (idade média de 46,4 anos), dos quais 45 doentes (62,5%) apresentavam SAOS ligeira/moderada e 27 doentes (37,5%) SAOS grave. A relação neutrófilos-linfócitos (NLR) aumentou significativamente com a gravidade da SAOS: NLR média nos doentes com SAOS ligeira/moderada foi de $1,68 \pm 0,5$ comparativamente à NLR média nos doentes com SAOS grave de $2,39 \pm 2,0$ ($p = 0,027$). Não se observou significado estatístico entre o aumento da NLR e a saturação de oxigénio inferior a 90% (T90) e saturação mínima de oxigénio.

Conclusão: A relação neutrófilos-linfócitos é um novo marcador inflamatório barato, de rápido acesso e facilmente mensurável que poderá ajudar na identificação de doentes com SAOS grave.



CO 044

HOMOCISTEÍNA NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: EFEITO DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA

MJ Oliveira¹, A Feliciano², A Cysneiros², V Cardoso², C Martinho², RP Basto², P Pinto^{2,3}, C Bárbara^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono; SAOS; Homocisteína

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) associa-se a complicações cardiovasculares. Vários estudos têm apontado a homocisteína como um fator de risco independente para aterosclerose, doenças cerebrais e cardiovasculares (DCV). A homocisteína tem sido proposta como biomarcador da SAOS pela sua relação com as DCV.

Objetivo: Analise dos níveis de homocisteína em roncoadores e doentes com SAOS, correlação com a gravidade da SAOS e resposta à terapêutica com pressão positiva (PAP) na via aérea.

Metodologia: Foram incluídos 113 indivíduos do género masculino, dos quais 73 tinham diagnóstico de SAOS. Neste estudo prospectivo, foram analisados dados polissonográficos e analíticos de doentes admitidos no laboratório do sono. Foram colhidas amostras de sangue venoso para avaliação dos níveis de homocisteína após a realização de polissonografia e após seis meses de PAP.

Resultados: Os doentes com SAOS foram semelhantes aos roncoadores, com exceção do índice de massa corporal e da dislipidemia, que eram superiores nos doentes com SAOS. Os níveis de homocisteína estavam igualmente aumentados nos roncoadores e nos doentes com SAOS, sem diferenças entre os graus de gravidade da SAOS. Os níveis de homocisteína não se correlacionaram com os parâmetros do sono. Quarenta e seis doentes com SAOS foram submetidos a 6 meses de PAP (com uma adesão média de 4,37 horas por noite), tendo apresentado uma diminuição significativa nos valores médios de homocisteína (15,3±2,8 vs. 13,2±2,6; p <0,05).

Conclusão: O presente estudo demonstrou que, em doentes com SAOS, os níveis de homocisteína diminuíram significativamente após 6 meses de terapêutica com PAP, o que apoia o seu efeito protetor cardiovascular. Este estudo reforça a importância da avaliação analítica cardiovascular como ferramenta complementar de diagnóstico e de resposta ao tratamento em doentes com SAOS.

CO 045

EFEITOS DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA NOS MARCADORES CARDIOVASCULARES E METABÓLICOS NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

MJ Oliveira¹, A Feliciano², A Cysneiros², L Almeida², C Martinho², RP Basto², P Pinto^{2,3}, C Bárbara^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, EPE

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono; SAOS; Marcadores cardiovasculares e metabólicos;

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) está associada a complicações cardiovasculares e metabólicas. Alguns parâmetros analíticos (perfil glicémico e lipídico) são marcadores reconhecidos destas complicações, no entanto, os dados são limitados relativamente à associação destes marcadores com a gravidade/resposta da SAOS à terapêutica com pressão positiva (PAP) na via aérea.

Objetivo: O objetivo foi avaliar os marcadores metabólicos e cardiovasculares, em roncoadores e em doentes com SAOS, relacionando-os com parâmetros do sono e a resposta à PAP.

Metodologia: Foram incluídos 113 indivíduos do género masculino, dos quais 73 tinham o diagnóstico de SAOS. Neste estudo prospectivo, foram analisados dados polissonográficos e analíticos de doentes admitidos no laboratório do sono. As amostras de sangue venoso foram colhidas após a realização de polissonografia e após seis meses de PAP. Foram analisados parâmetros do perfil glicémico (glicose, hemoglobina A1c [HbA1c], insulina, resistência à insulina) e do perfil lipídico (colesterol total, lipoproteína de baixa densidade [LDL], lipoproteínas de alta densidade [HDL] e triglicédeos).

Resultados: Os doentes com SAOS foram semelhantes aos roncoadores, com exceção do índice de massa corporal e da dislipidemia, que eram superiores nos doentes com SAOS. Os doentes com SAOS grave apresentaram maiores níveis de glicemia, HbA1c, insulina, resistência à insulina e menores valores de colesterol HDL, em comparação com os doentes com SAOS ligeira a moderada (p <0,05, p <0,05, p <0,001, p <0,001, p <0,05, respetivamente). A glicemia, a HbA1c e os triglicédeos correlacionaram-se positivamente com o RDI (p <0,05). A glicemia e a HbA1c correlacionaram-se negativamente com a SpO₂ mínima (p <0,05). A insulina e o HOMA-IR correlacionaram-se positivamente com RDI, T90 e ODI (p <0,001) e negativamente com a SpO₂ mínima (p <0,001). Quarenta e seis doentes com SAOS foram submetidos a 6 meses de PAP, com uma diminuição significativa nos valores médios de glicemia, colesterol total e LDL (p <0,05, p <0,05, p <0,05, respetivamente) e ainda da glicemia e do colesterol LDL apenas no grupo dos doentes com SAOS grave (p <0,05, p <0,05, respetivamente).

Conclusão: Este estudo demonstrou uma associação dos parâmetros do metabolismo da glicose e dos triglicédeos com a gravidade da SAOS, reflectindo a complexidade do processo que conduz a complicações cardiovasculares e metabólicas neste distúrbio. Nos doentes com SAOS, os perfis glicémico e lipídico melhoraram significativamente após 6 meses de terapêutica com pressão positiva, apoiando o seu efeito protetor cardiovascular e metabólico. O presente estudo reforça a importância da avaliação analítica cardiovascular e metabólica como ferramenta complementar de diagnóstico/resposta ao tratamento nos doentes com SAOS.



CO 046

VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO STOP-BANG COMO MÉTODO DE RASTREIO PARA A SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS) NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

AR Marques, R Pereira, MF Teixeira, J Moita
USF Condeixa, ACeS Baixo Mondego, ARS Centro

Palavras-chave: Síndrome de Apneia obstrutiva do Sono; Rastreo; Cuidados de Saúde Primários; STOP-Bang; Diagnóstico

Introdução: A crescente suspeita de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) encaminhada para consulta no sono aumentou exponencialmente na última década. Deste modo, os métodos de seleção tornaram-se cada vez mais importantes, especialmente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Objectivo: Avaliar o desempenho do questionário STOP-Bang (versão portuguesa, validada) para suspeição e diagnóstico da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS).

Métodos: Estudo prospetivo de 8 meses. Todos os doentes foram encaminhados a partir dos CSP, após preenchimento da versão traduzida do STOP-Bang, para o Centro do Sono respetivo para uma avaliação clínica completa.

Resultados: Foram observados e incluídos 259 doentes no estudo. A idade média foi de 55.14 ± 12.07 anos, 71% (n=184) dos doentes do sexo masculino, a circunferência do pescoço média foi de 40.97 ± 3.07 cm e o IMC médio de 31.1 ± 5.14 kg/m². A SAOS esteve presente em 82.6% dos doentes, dos quais 34.6% era moderada e 36.8% apresentaram SAOS severa. Uma pontuação STOP-Bang ≥ 3 teve uma sensibilidade e valor preditivo positivo (PPV) para SAOS de 98.6% e 88.4%, respetivamente. Uma maior pontuação no questionário STOP-Bang foi associada a um aumento na probabilidade de OSA e OSA grave; atingindo uma probabilidade de SAOS de 98%, para uma pontuação de 6 e 80% de probabilidade de SAOS severa, para uma pontuação de 8. Uma pontuação de 3 e de 2 apresentou um valor preditivo negativo para SAOS moderada / grave de 87% e 87.5%, respetivamente.

Conclusões: Tanto quanto sabemos, o nosso estudo é o primeiro que aplica o questionário STOP-Bang nos CSP em Portugal. Demonstramos que este questionário é uma ferramenta poderosa para estratificar os doentes na suspeição e diagnóstico de SAOS. O questionário apresentou uma alta sensibilidade e PPV para SAOS com a probabilidade de SAOS severa a aumentar progressivamente com o aumento da pontuação obtida no questionário. Poderá ser utilizado como uma ótima ferramenta aquando a suspeição clínica, ajudando na triagem dos doentes mais graves.

CO 047

TOLERÂNCIA E EFEITOS BENÉFICOS DA PRESSÃO POSITIVA NAS VIAS AÉREAS DOS DOENTES IDOSOS

M Aguiar, C Ribeiro, T Sequeira, S Rodrigues, ST Furtado
Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Palavras-chave: Apneia Obstrutiva do Sono; Idosos; avaliação neuropsicológica

A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma patologia frequente nos doentes idosos. A disfunção cognitiva relacionada com a AOS já foi demonstrada e parece aumentar com a idade.

O objectivo foi avaliar o impacto do tratamento com pressão positiva das vias aéreas na disfunção cognitiva em doentes com mais de 65 anos. Foi também avaliada a aceitabilidade dos doentes ao referido tratamento.

Os doentes com diagnóstico de AOS (polisomnografia ou poligrafia classe III) foram caracterizados de acordo com dados demográficos, comorbilidades, índice de apneia/hipopneia (IAH) e utilização da pressão positiva. Todos os doentes foram sujeitos a uma avaliação neuropsicológica utilizando o "Mini-Mental State Examination" (versão portuguesa)(MMSE), "Dementia Rating Scale" (versão portuguesa)(DRS) (que avalia a Atenção, Iniciação/Perseveração, Construção, Conceptualização e Memória) e prova do relógio. As avaliações foram todas realizadas antes de iniciar terapêutica e após pelo menos 6 meses de tratamento.

Dezasete doentes foram avaliados, 64,7% do sexo masculino, idade média de 75.1 ± 5.1 anos, Índice de massa corporal 32.9 ± 6.0 Kg/m², 94,1% apresentavam HTA, 35,3% diabetes e 47% dislipidemia. Nenhum doente tinha história de demência prévia, doença de parkinson ou doença vascular cerebral significativa. O IAH médio dos doentes foi $28.6/hr \pm 19$. A avaliação neurocognitiva inicial revelou um defice cognitivo em 12/17 doentes. DRS médio foi 123.3 ± 16.2 and MMSE médio foi 26 ± 3.72 . Nove em 17 doentes completaram a prova do relógio corretamente. Todos os doentes à excepção de um adaptaram-se bem à pressão positiva com uma média de uso superior a 4 horas de 86,6% e todos com os eventos respiratórios corrigidos (IAH residual $< 5/hr$). Após 6 meses de terapêutica com pressão positiva os doentes foram reavaliados. DRS médio foi 123.5 ± 19.2 and MMSE médio foi 25.56 ± 5.15 . Dez em 16 doentes completaram a prova do relógio corretamente. Apenas se encontrou diferença estatística na avaliação da memória, uma alínea da DRS antes e depois do tratamento com pressão positiva (wilcoxon test $p=0,023$).

A maioria dos doentes toleraram pressão positiva com uma utilização adequada e correção dos eventos respiratórios. Este estudo revela que a terapêutica com pressão positiva nos doentes com AOS parece ter efeito benéfico em algumas funções neurocognitivas dos idosos, essencialmente ao nível da memória.

CO 048

SEGUIMENTO DO TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: SEMELHANTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E NAS UNIDADES DE SONO?

B Amann, A Dias, M Dias, M Escaleira, C Martinho, RP Basto, P Pinto, C Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Apneia Obstrutiva do Sono; Cuidados de saúde primários; Unidades de Sono

Introdução: A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma patologia de elevada prevalência. Dada a necessidade de aumentar a disponibilidade das Unidades de Sono Hospitalares (USH) para avaliação de novos casos e para seguimento de casos difíceis, tem havido um interesse crescente na criação de modelos de seguimento da SAOS nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Desde 2015 que a Direcção Geral da Saúde recomenda o seguimento destes doentes nos CSP, desde que se verifique adesão e eficácia e o doente não tenha queixas relacionadas com o tratamento com CPAP.

O objectivo do estudo foi avaliar se os doentes com SAOS sob CPAP se mantinham estáveis em *follow-up* nos CSP, 18 meses após a alta da USH.

O objectivo principal foi a comparação da adesão ao tratamento avaliada através do número de horas de utilização do CPAP/noite. Os objectivos secundários foram a comparação da percentagem de noites com uso do CPAP >4 horas, do índice de apneia-hipopneia (IAH), do índice de massa corporal (IMC) e da escala de sonolência de *Epworth* (ESE).

Material e métodos: os doentes tiveram alta da USH entre Maio e Outubro de 2015. Os dados foram colhidos através da revisão do processo hospitalar tendo os doentes sido reavaliados clinicamente e recolhidos os dados do CPAP.

Resultados: foram incluídos 111 doentes com IAH médio de 38,2 ± 23,1/h, idade 67,9 ± 9,8 anos, 82% do género masculino, com uso médio de CPAP de 6,7 ± 3,3 horas/noite.

O *follow-up* médio nos CSP foi de 19,4 meses. A adesão ao CPAP foi de 6,9 ± 1,2 horas/noite na USH vs 6,9 ± 1,3 horas/noite nos CSP (sem diferença estatisticamente significativa; p=0,500). Também não se observaram diferenças significativas no IMC (32,0 ± 5,1 kg/m² na USH vs 31,7 ± 7,5 kg/m² nos CSP; p=0,119), no *score* residual da ESE (4,2 ± 2,8 na USH vs 4,3 ± 5,6 nos CSP; p=0,916) ou no IAH residual (2,1 ± 1,4/h na USH vs 2,7 ± 4,1/h nos CSP; p=0,601).

A percentagem de noites com uso do CPAP >4 horas foi significativamente inferior na reavaliação nos CSP (97,7 ± 3,6 na USH vs 88,3 ± 19,6 nos CSP; p<0,001).

Conclusão: O seguimento durante 18 meses de doentes com SAOS clinicamente estáveis ao nível dos cuidados de saúde primários resultou numa adesão e eficácia ao tratamento com CPAP similar ao seguimento em unidade de sono hospitalar.

CO 049

EFEITOS FISIOLÓGICOS DE TRÊS DIFERENTES MODOS VENTILATÓRIOS EM PACIENTES COM SÍNDROME DE HYPOVENTILAÇÃO OBESIDADE SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: UM ESTUDO PILOTO RANDOMIZADO

TC Pinto^{1,3}, P Amorim¹, MR Gonçalves^{1,2,3}, F Pires¹, A Marinho¹, M Drummond^{1,2,3}

¹Unidade de Fisiopatologia Respiratória e Ventilação Não Invasiva, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João, Porto; ²Faculdade de Medicina do Porto; ³Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Palavras-chave: Ventilação Não Invasiva, SHO, Modos Híbridos

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) é um tratamento estabelecido no síndrome de hipoventilação obesidade (SHO), no entanto, a literatura é escassa sobre a eficácia de diferentes modos ventilatórios (modos híbridos) nesta patologia.

Objetivo: Estudo randomizado observacional visando analisar os efeitos fisiológicos de 3 diferentes modos ventilatórios em pacientes com SHO.

Métodos: Oito pacientes diagnosticados com SHO (0 mulheres), com mediana (P25-P75) de idade 64 (44-74), IMC de 39 (36-43), FEV1 / FVC% de 72 (69-85), PaCO2 de 50 (47-56), IAH de 24 (15-42) e de SpO2 nocturna de 85 (78-89) foram incluídos. Os parâmetros ventilatórios foram titulados progressivamente (modo ST) objectivando a eficácia clínica e o conforto do paciente com IPAP de 24 (20-30)cmH2O, EPAP de 11 (8-15)cmH2O e Frequência Respiratória de 15 (14-16)cpm. Os pacientes foram internados durante 3 noites para dormir sob 3 modos ventilatórios diferentes (Bi-nível S/T, AVAPS-AE e ciclado a Volume) por ordem aleatória. O volume corrente e o volume alvo foram ajustados para 10 ml/kg de peso corporal ideal. Durante as 3 noites, foram avaliados e registados os dados da poligrafia de sono (nível III), CO2 transcutâneo (TcCO2) nocturno, software do ventilador, actigrafia e conforto do paciente.

Resultados: Todos os pacientes toleraram os diferentes modos ventilatórios (exceto 1 - o modo ciclado a volume). Quanto aos efeitos fisiológicos, não foram encontradas diferenças significativas entre os diferentes modos, porém melhorou o conforto no modo AVAPS-AE.

	IAH	Média SpO2	Média TcCO2	Eficiência do Sono
S/T	6(1-18)	93(91-95)	48(37-53)	90(85-93)
AVAPS-AE	7(3-17)	92(91-95)	37(31-46)	75(68-83)
Volume	4(2-10)	93(91-94)	46(39-50)	89(35-93)
p	0,779	0,472	0,607	0,264

Conclusões: O numero reduzido de amostra não permite identificar diferenças significativas entre os diferentes modos ventilatórios. No entanto, o modo híbrido pode melhorar o conforto e, portanto, a tolerância do paciente à VNI noturna.



CO 050

PODEMOS VERDADEIRAMENTE MUDAR DE POLISSONOGRAMIA PARA POLIGRAFIA NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO? COMPARAÇÃO ENTRE ESTES NÍVEIS DE ESTUDOS DO SONO NUMA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

C Pereira, S Moreira, A Barros, D Fernandes, J Valença, P Pinto, C Bárbara

Laboratório do sono, Hospital de Santa Maria

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono, poligrafia e polissonografia.

Introdução: Para diagnosticar a apneia do sono pode ser utilizada a poligrafia (PG) ou a polissonografia (PSG) - estudos do sono nível III e I, respectivamente. A primeira foca-se exclusivamente nos parâmetros respiratórios que são analisados como se todo o registo corresponde-se a sono. A segunda envolve uma monitorização de múltiplos parâmetros, em que as variáveis respiratórias são analisadas apenas durante o sono, excluindo do registo a vigília na análise do índice de apneia/hipopneia (AHI) e índice de distúrbios respiratórios (RDI).

Objectivos: Determinar se a PG é uma alternativa viável e precisa à PSG na classificação da SAOS.

Métodos: Foram analisados 90 estudos do sono (estadiamento realizado pelo mesmo sonologista) com AHI/RDI > 5/h usando a seguinte metodologia: estadiamento de PSG convencional (de acordo com a AASM 2007) vs. estadiamento do mesmo exame como PG (o EEG foi estadiado como sono do "lights off to lights on"). O estadiamento dos parâmetros respiratórios neste último exame também foi realizado de acordo com AASM 2007. A SAOS foi classificada em ligeira, moderada e grave, AHI/RDI 5-14.9/h, 15-29.9/h e ≥ 30/h, respectivamente.

Resultados: Usando como *gold-standard* a PSG verificamos que 33.3% dos exames foram diagnosticados como ligeiros, 32.2% moderados e 34.5% graves. Pela PG 1.1% foram negativos, 37.8% ligeiros, 37.8% moderados e 23.3% graves. Estas diferenças foram estatisticamente significativas (teste *Wilcoxon*, *p-value* 0.000376).

A comparação dos resultados dos dois exames encontra-se na tabela 1.

Tabela 1: Comparação da gravidade da SAOS PGS com PG

		PG			
		Negativo	Ligeiro	Moderado	Grave
PSG	Ligeiro	3.3%	90%	6.7%	0%
	Moderado	0%	24.1%	75.9%	0%
	Grave	0%	0%	32.3%	67.7%

Analisando a sensibilidade e especificidade (tabela 2), verificou-se que 10% dos indivíduos com apneia ligeira foram classificados noutras categorias da doença e 24% dos classificados como ligeiros através da PG são na verdade moderados. Na SAOS moderada os resultados foram ainda menos consistentes: 24% dos exames foram classificados como ligeiros na PG e 39% dos exames classificados como moderados na PG não eram verdadeiramente moderados. Na SAOS grave 32% foram classificados erroneamente como moderados.

Tabela 2: Sensibilidade/Especificidade da PG

	Ligeiro	Moderado	Grave
Sensibilidade	90%	75.7%	100%
Especificidade	88.3%	80.3%	85.5%

Conclusão: Estes resultados demonstraram que a PG, embora mais simples e menos dispendiosa, não classificou com exatidão e precisão a gravidade da SAOS. Uma vez que a classificação da gravidade é crucial na decisão terapêutica deve ser discutida a opção da PG como método de diagnóstico face a estes resultados.



CO 051

EMPIEMA PLEURAL - A REALIDADE DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

D Maia, JS Silva, D Silva, AR Costa, JE Reis, R Coelho, A Mineiro, P Calvinho, J Cardoso

Serviços de Pneumologia e Cirurgia Cardiorádica do Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Palavras-chave: Empiema, infecção pleural, drenagem torácica, descorticação cirúrgica

Introdução: O empiema pleural define-se pela presença de pus na cavidade pleural. Está associado a morbilidade e mortalidade consideráveis e a sua incidência parece estar a aumentar nos países ocidentais.

Objectivo: Descrever as características clínicas, comorbilidades e desfecho clínico dos doentes internados com o diagnóstico de empiema pleural no nosso hospital.

Métodos: Revisão dos processos clínicos dos doentes adultos internados com o diagnóstico de empiema pleural entre 2012 e 2016. A análise estatística foi realizada com o SPSS® V24.

Resultados: Foram incluídos 110 doentes, dos quais 83 (75,5%) do sexo masculino e com idade média de 56 anos (DP 17). Neste período verificou-se aumento do número de internamentos ao longo dos anos. O empiema localizou-se à direita em 56 casos (50,9%), sendo que em 6 (5,5%) foi bilateral. Em 80 (72,7%) tratou-se de infecção adquirida na comunidade. As comorbilidades mais frequentes foram: tabagismo (49,1%; n=54), hipertensão arterial (35,5%; n=39), DPOC (16,4%; n=18), diabetes mellitus (14,5%; n=16), obesidade (13,6%; n=15), neoplasia activa (11,8%; n=13), cirurgia torácica ou abdominal (11,8%; n=13) e traumatismo torácico (6,4%; n=7). Além da antibioterapia, drenagem torácica e reabilitação respiratória, o tratamento incluiu intervenção cirúrgica em 82 casos (74,5%), 36 (43,9%) por VATS e os restantes por toracotomia com necessidade de descorticação clássica, incluindo 4 conversões a cirurgia aberta.

Na análise univariável, o tratamento cirúrgico associou-se a referenciação de fora do centro hospitalar (=8,47; p<0,001) e a referenciação superior a 5 dias após admissão hospitalar (=3,86; p=0,008), o mesmo se verificando na análise multivariável.

A duração mediana do internamento foi de 34,5 dias (P₂₅=21; P₇₅=58) e foi mais prolongada nos doentes referenciados à pneumologia/cirurgia torácica mais de 5 dias após a admissão hospitalar (44 vs 27 dias; p=0,001) e também nos doentes com empiema nosocomial (48,5 vs 29 dias; p=0,003). A mediana de internamento não diferiu significativamente entre os doentes operados e os não operados, mas foi mais prolongada nos que fizeram cirurgia aberta comparativamente aos que realizaram VATS (39 vs 29 dias; p=0,055). A taxa de complicações foi de 12,7% (n=14), incluindo 5 casos com necessidade de reintervenção cirúrgica. A mortalidade hospitalar global foi de 11,8% (n=13) e aos 30 dias de 15,5% (n=17) e nos doentes submetidos a cirurgia de 8,5% (n=7) e 13,4% (n=11), respectivamente.

Conclusão: No nosso hospital o número de doentes internados por empiema pleural tem aumentado nos últimos anos e verificaram-se internamentos prolongados com mortalidade importante. A referenciação tardia à pneumologia/ cirurgia torácica associou-se a internamentos mais longos, sugerindo a necessidade de uma referenciação atempada para um melhor prognóstico.

CO 052

RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE METÁSTASES PULMONARES

S Lareiro, P Fernandes, J Miranda, M Guerra, L Vouga

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: Metástases pulmonares; Metastasectomia; Factores de prognóstico

O objectivo do estudo foi descrever a nossa experiência e resultados em doentes submetidos à ressecção cirúrgica de nódulos pulmonares cujo resultado anatomo-patológico revelou tratar-se de uma metástase pulmonar.

Entre Janeiro de 2008 e Julho de 2017, oitenta doentes foram submetidos à ressecção de metástases pulmonares por cirurgia torácica vídeo-assistida (VATS) ou por toracotomia. Os dados foram colhidos atendendo à demografia, às características tumorais, ao tratamento e **outcome** dos doentes.

Os doentes incluídos neste estudo retrospectivo (n = 80) foram submetidos a um total de 89 cirurgias. A amostra do estudo incluiu 48 (60%) homens e 32 (40%) mulheres com uma idade média de 61,2 anos (intervalo, 20-82 anos). O local do tumor primário foi o sistema colorretal em 56 doentes, o pulmão em 6, os tecidos moles em 4, o rim em 3 e outros tumores em 11. Sessenta e seis cirurgias (83%) foram realizadas devido a uma metástase solitária. Dezoito (20%) cirurgias foram realizadas por VATS e 71 (80%) foram realizadas por toracotomia. No total foram realizadas 58 (65%) ressecções em cunha, 22 (25%) lobectomias, 8 (9%) segmentectomias anatómicas e 1 (1%) pneumonectomia direita. A mediana de internamento hospitalar foi de 4 dias (intervalo, 1-21 dias) com uma taxa de complicações pós-operatórias de 9%. A mortalidade pós-operatória foi de 1,3%. O seguimento mediano foi de 35 meses (intervalo de 0 a 96 meses). A sobrevivência global independente do tipo de tumor primário aos 3 e 5 anos foi de 71% e 50%, respectivamente. A sobrevivência global aos 3 e 5 anos para o carcinoma colorretal foi de 72% e 46%, respectivamente. Estes resultados apoiam que a metastasectomia pulmonar é um procedimento seguro e eficaz para doentes com tumores primários tratados. E que uma selecção adequada de doentes pode alcançar uma sobrevivência a longo prazo após a ressecção.

CO 053

TRANSPLANTE PULMONAR E COLONIZAÇÃO DA VIA AÉREA NAS BRONQUIECTASIAS

V Caldeira, T Sá, S Silva, N Caires, R Coelho, S Alfarroba, AS Santos, N Murinello, JE Reis, P Calvino, L Semedo, J Cardoso, J Fragata

Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta (CHLC)

Palavras-chave: transplante pulmonar, bronquiectasias, fibrose quística

Introdução: O transplante pulmonar é uma opção terapêutica nos doentes com fibrose quística (FQ) e bronquiectasias não fibrose-quística (BQNFQ) com doença pulmonar terminal. Todos os doentes apresentam colonização da via aérea por microorganismos patogénicos à data do transplante, pelo que, no pós-transplante, realizam antibioterapia dirigida com a finalidade de erradicar os mesmos.

Objetivos: Análise dos dados demográficos dos doentes transplantados com FQ e BQNFQ, avaliação do perfil microbiológico da colonização da via aérea antes e depois do transplante pulmonar e análise da sobrevida.

Métodos: Análise descritiva retrospectiva dos doentes com FQ e BQNFQ transplantados entre 2010 e 2016.

Resultados: Neste período foram transplantados 100 doentes, 22% por bronquiectasias - 14 doentes com FQ e 8 com BQNFQ. Entre os doentes com FQ, na sua maioria do sexo feminino (n=9), com uma idade média de 23 anos à data do transplante, predominavam como comorbilidades a insuficiência pancreática exócrina (n=14) e endócrina (n=8), próprias da doença. Todos os doentes com FQ tinham insuficiência respiratória crónica - 14 sob oxigenoterapia longa duração (OLD) e 7 também sob ventilação não invasiva (VNI). Todos os doentes estavam colonizados com mais do que um microorganismo. Os agentes mais frequentes foram: *Pseudomonas aeruginosa* (n=12), *Staphylococcus aureus* (n=10) e *Aspergillus* spp (n=8). Após o transplante verificou-se que 3 doentes continuavam colonizados com um dos microorganismos que apresentavam previamente. Ao fim de 12 meses de pós-transplante a taxa de sobrevida foi de 100% e três dos doentes evoluíram para Síndrome de Bronquiolite Obliterante (BOS).

Nos doentes com BQNFQ verificou-se igual distribuição por sexo, com uma idade média de 42 anos aquando do transplante e raras comorbilidades - um caso de diabetes e um de hipertensão arterial. Todos apresentavam insuficiência respiratória sob OLD e 3 também com necessidade de VNI. Todos tinham colonização prévia da via aérea, sendo o agente mais frequentemente identificado a *Pseudomonas aeruginosa* (n=7), seguida do *Aspergillus* spp (n=2). Após o transplante verificou-se colonização em um doente com *Stenotrophomonas maltophilia*, não presente previamente. Apenas um dos doentes evoluiu para BOS e dois doentes faleceram no primeiro ano pós-transplante.

Conclusões: Apesar da colonização habitual da via aérea, nos doentes com bronquiectasias, consegue-se a erradicação após o transplante. Embora seja realizada antibioterapia dirigida aos microorganismos conhecidos aquando do transplante, alguns doentes permanecem colonizados. Ainda que com uma menor incidência de comorbilidades, os doentes com BQNFQ registaram uma maior taxa de mortalidade no 1º ano. A incidência de BOS foi similar nos dois grupos.

CO 054

TRANSPLANTE PULMONAR LOBAR - A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

AR Costa, J Reis, J Silva, R Coelho, S Santos, I Bravio, F Martelo, L Semedo, J Cardoso, P Calvino, J Fragata
Hospital Santa Marta

Palavras-chave: Transplante pulmonar lobar, escassez de dadores, incompatibilidade de tamanho

Introdução: O transplante pulmonar é o tratamento de eleição em casos selecionados de doentes com doença pulmonar em estadio terminal, tendo sido iniciado em Portugal em 2001.

A escassez de dadores é um problema real, existindo várias estratégias para reduzir o tempo e a mortalidade em lista de espera. Uma das estratégias passa por aumentar o "pool" de dadores, e consequentemente os enxertos disponíveis, mediante o alargamento dos critérios considerados ideais para dador de pulmão; outra é através do transplante lobar, sendo fulcral para recetores de pequena estatura, nos quais a compatibilidade de tamanho do enxerto se torna problemática.

Nos casos de incompatibilidade de tamanho entre dador e receptor, a redução do tamanho do enxerto pode ser realizada de diversas formas, sendo o transplante lobar o mais frequente quando existe uma discrepância muito significativa.

O implante de um lobo pulmonar em vez de um pulmão completo é consideravelmente menos frequente e tecnicamente mais exigente.

Objectivo: O presente trabalho pretende avaliar os doentes submetidos a transplante lobar, a partir de dadores em morte cerebral. Foram analisados os dados demográficos, necessidade de suporte cardiorrespiratório no período perioperatório, tipo de transplante lobar, duração da ventilação mecânica, tempo de internamento, complicações brônquicas anastomóticas, estudo funcional respiratório 90 dias e 1 ano pós-transplante, e sobrevida.

Resultados: No período compreendido entre junho 2001 e dezembro 2016, foram realizados 148 transplantes pulmonares em Portugal, dos quais, 4 doentes foram submetidos a transplante lobar (2,7%). Os doentes tinham idade compreendida entre 13 e 43 anos, 2 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. As patologias de base eram a fibrose quística em 3 doentes, e a pneumonite de hipersensibilidade crónica na doente mais velha. Foram realizados vários tipos de transplante, 3 transplantes lobares (sendo dois destes lobares bilaterais) e 1 lobar direito e pulmonar total esquerdo. Houve necessidade de ECMO prolongado como ponte para transplante num doente, e suporte cardiopulmonar no intraoperatório em todos os casos. O tempo de ventilação mecânica foi de um mínimo de 3 dias e máximo de 24 dias. Verificou-se disfunção primária de enxerto num caso, e rejeição aguda em 2 doentes. No caso em que houve necessidade de ECMO como ponte para transplante, observou-se necrose extensa do enxerto bilateralmente, correspondendo ao único caso de mortalidade. O tempo global de internamento foi de um mínimo de 26 e máximo de 57 dias. Em nenhum caso se objetivou estenose ou deiscência brônquica. No estudo funcional respiratório 90 dias após transplante, verificou-se um FEV1 mínimo de 39% e máximo de 88%, e ao final de 1 ano um FEV1 compreendido entre 40% e 105%. A sobrevida dos restantes doentes é sobreponível à da população global submetida a transplante pulmonar, com um mínimo de 42 meses e um máximo de 78 meses.

Conclusão: Apesar da morbilidade inerente, o transplante lobar é uma estratégia eficaz para contornar a questão da escassez de dadores, sendo fulcral no caso dos recetores pediátricos e nos adultos de pequena estatura que se encontram em lista de espera para transplante pulmonar.



CO 055

O PRIMEIRO ANO DE CIRURGIA PULMONAR ROBÓTICA NO HOSPITAL DA LUZ

FP Martelo, JE Reis, JS Silva, AR Costa
Hospital da Luz

Palavras-chave: Cirurgia Torácica, Robótica, Cancro do Pulmão

Introdução: O desenvolvimento tecnológico permite oferecer aos doentes com patologia pulmonar abordagens cirúrgicas cada vez menos invasivas.

A cirurgia pulmonar robótica (RATS) tem vindo a crescer em todo o mundo, apresentando-se como uma melhoria significativa em relação à videotoracoscopia (VATS). As principais vantagens são a visão tridimensional e a precisão da manipulação e dissecação intratorácica. Assim, a realização de procedimentos tecnicamente mais difíceis, como segmentectomias e ressecções broncoplásticas são facilitadas, além de melhorar a qualidade do esvaziamento ganglionar mediastínico.

Objectivo: Apresentamos os resultados das cirurgias RATS realizadas até à data no Hospital da Luz, desde o dia 2 de junho de 2016, data da primeira cirurgia pulmonar robótica em Portugal.

Resultados: Foram efectuadas 21 cirurgias RATS, dezasseis (76%) das quais cirurgias de ressecção pulmonar. Em todas estas cirurgias foram utilizadas 3 portas de 8mm e uma porta de 12mm para o assistente. Estes doentes tinham uma idade média de 61±8 anos, sendo 50% (n=8) do sexo masculino.

Foram realizadas, oito lobectomias (50%), seis segmentectomias anatómicas (37,5%) e duas ressecções atípicas cujo exame extemporâneo revelou patologia benigna (um tuberculoma e uma cavidade bronquiectásica).

As 14 ressecções anatómicas foram realizadas por patologia neoplásica, duas por patologia metastática e as outras 12 por neoplasia primária do pulmão.

Em todas foi realizado um esvaziamento ganglionar sistematizado com pelo menos 5 estações ganglionares esvaziadas.

O estadiamento das lesões primárias variou entre tumores *in situ* e o estádio IIIA, sendo o estádio IA o mais frequente (6 casos). Histologicamente verificou-se um claro predomínio de adenocarcinomas, em 10 dos casos, identificando-se também um carcinoma neuroendócrino de grandes células e um carcinoma pleomórfico. Todos os procedimentos decorreram sem complicações intra ou pós-operatórias. O tempo mediano com drenagem foi de 3 dias [2-6] e de internamento 4 dias [3-7].

Conclusão: É ainda precoce a avaliação global desta técnica, mas permite desde já afirmar que existe uma curva de aprendizagem mais rápida do que nas intervenções por VATS, desde que haja uma experiência sólida prévia nessa técnica.

A inovação e o desenvolvimento de novas técnicas em cirurgia torácica são aspectos fundamentais, por forma a permitir tratamentos mais eficazes, com menos dor e, sempre que possível, poupadores de parênquima pulmonar nos doentes com patologia neoplásica pulmonar em estadio precoce.

CO 056

AValiação DO ENFISEMA NO DÉFICE DE ALFA 1 - ANTITRIPSINA: ESTUDO FUNCIONAL RESPIRATÓRIO VS DENSITOMETRIA POR TC

F Costa, M Asseiro, R Saraiva, CR Cordeiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Palavras-chave: Déficit de Alfa 1-Antitripsina; Enfisema; Densitometria por TC; Estudo Funcional Respiratório

Introdução: O Déficit de Alfa 1 - Antitripsina (DA1AT) é uma doença genética que se associa à presença de enfisema pulmonar. A densitometria por tomografia computadorizada (TC) é hoje em dia reconhecida como o método mais sensível para detetar e quantificar o enfisema. Tem, no entanto, algumas limitações que impedem o seu uso regular no seguimento dos doentes.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar se a extensão do enfisema determinada pela densitometria por TC poderá ser avaliada pelo estudo funcional respiratório (EFR), que tem menos limitações, e quais as variáveis do EFR que melhor se correlacionam com ele.

Material e Métodos: Neste estudo retrospectivo, foram incluídos doentes com DA1AT seguidos na Consulta de DA1AT do Serviço de Pneumologia B do CHUC-HG que tivessem realizado concomitantemente densitometria por TC e EFR. Foram avaliadas as correlações entre vários parâmetros do EFR e o índice de enfisema total (IET) determinado por densitometria por TC. Foi realizada uma análise de regressão linear simples entre o IET e variáveis independentes do EFR, assim como uma análise de regressão múltipla entre as mesmas variáveis selecionadas pelo procedimento *stepwise*. Os dados foram analisados usando IBM SPSS *Statistics*® versão 24.

Resultados: Incluíram-se 65 doentes (58,46% do sexo masculino; com média de idades de 53,78 ± 15,99 anos) com vários fenótipos de DA1AT. O IET variou entre 0 e 59,27%. De todas as variáveis do EFR analisadas, a FEV1/FVC foi a que mais se correlacionou com o IET ($r = -0,797$; $p < 0,001$). As variáveis do EFR que predizem o IET selecionadas pelo procedimento de *stepwise* foram a DLCO e o FEV1/FVC, explicando 75% da variância ($R^2 = 0$; $p < 0,001$).

Conclusão: Várias variáveis do EFR correlacionaram-se fortemente com o IET medido por densitometria por TC. Uma considerável proporção do IET determinado por densitometria por TC foi explicado pelo modelo de regressão múltipla encontrado neste estudo, que inclui as variáveis DLCO e FEV1/FVC do EFR.



CO 057

DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA NA CONSULTA DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL DE FARO

M Pereira, C Guerreiro, D Neves, V Areias, K Cunha, H Ramos, B Santos, J Contreras, I Ruivo, F Nascimento, U Brito
CHAlgarve - Hospital de Faro

Palavras-chave: Alfa-1 antitripsina, idade, sintomas, enfisema, fenótipo

Introdução: A deficiência de alfa-1 antitripsina (α 1-AT), apesar de rara, consiste numa das patologias hereditárias mais comuns a nível global, associando-se a um aumento da predisposição para doença pulmonar. É, por norma, sub-diagnosticada e geralmente, aquando do diagnóstico, apresenta-se já sob a forma de patologia pulmonar em fase avançada.

Objetivos: Caracterizar a população com deficiência de α 1-AT seguida na consulta de Pneumologia Geral do Hospital de Faro.

Método: Estudo analítico, transversal, retrospectivo dos doentes com diagnóstico de deficiência de α 1-AT seguidos na consulta de Pneumologia Geral do Hospital de Faro. Analisaram-se as seguintes variáveis: género, idade, atraso e motivo do diagnóstico, sintomas, carga tabágica, comorbilidades, concentração sérica de α 1-AT, PFR, fenótipo, envolvimento hepático e terapêutica realizada.

Resultados: Realizou-se uma revisão dos doentes seguidos na consulta de Pneumologia Geral do Hospital de Faro, tendo sido encontrados 22 doentes com deficiência de α 1-AT. Destes, 59% são do género masculino e a média etária à data do diagnóstico foi 48.7 anos. 18% dos doentes estavam assintomáticos e os restantes mencionavam como principal sintoma a dispneia (83%). Nos doentes sintomáticos verificou-se um atraso médio no diagnóstico de 8 anos desde o início dos sintomas. Em 86% dos doentes o diagnóstico foi feito por apresentarem sintomas respiratórios ou alterações radiológicas suspeitas, enquanto que nos restantes este terá sido realizado no contexto de rastreio familiar. 73% dos doentes têm história de tabagismo (50% ex-fumadores), apresentando uma carga tabágica média de 30UMA. De comorbilidades relevantes, a destacar: diagnóstico prévio de DPOC (46%) e enfisema (64%), 23% com asma e 14% com bronquiectasias. Cerca de 23% dos doentes apresentaram pelo menos uma pneumonia com necessidade de internamento. À data do diagnóstico a concentração sérica média de α 1-AT foi de 54mg/dL (mínimo indetetável e máximo 116mg/dL). Relativamente às PFR, 64% apresentavam obstrução (27% muito grave) e 36% eram normais, com DLCO média de 63% e DLCO/VA de 69%. O fenótipo mais frequente foi SZ (50%), seguido de ZZ (23%), M1Z (9%), MZ (5%), M1S (5%), M1malton (5%) e null/null variante Q0_{Ourém} (5%). Nenhum dos doentes apresentava repercussões a nível hepático. Quanto à terapêutica realizada, 32% tiveram indicação para iniciar prolastina, 1 doente necessitou de transplante pulmonar, 18% iniciaram oxigenoterapia domiciliária e 77% estão a fazer terapêutica inaladora.

Conclusões: Verificou-se um predomínio do género masculino e de antecedentes de tabagismo. Apesar dos doentes serem relativamente jovens à data do diagnóstico, houve um atraso significativo desde o início dos sintomas. A maioria iniciou seguimento por apresentar sintomas respiratórios, sendo a dispneia o mais mencionado. Houve um predomínio de evidência de obstrução nas PFR iniciais. Os fenótipos mais comumente diagnosticados foram SZ e ZZ. Só uma minoria dos doentes cumpriu critérios para terapêutica com prolastina e transplante.

CO 058

DOENÇA DE POMPE: UM DESAFIO AO DIAGNÓSTICO

A Guimarães^{1*}, C Mota^{1*}, MJ Guimarães^{2*}, C Durães², AD Ferreira², MM Figueiredo²

¹Escola de Medicina, Universidade do Minho, Portugal; ²Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal; *Estes autores contribuíram igualmente para o trabalho.

Palavras-chave: Doença de Pompe, Paresia diafragmática, Terapêutica de substituição enzimática, Pico de fluxo da tosse

A Doença de Pompe (DP) é uma doença lissossomal de sobrecarga, autossómica recessiva. É causada por uma mutação no gene que codifica a enzima α -glicosidase ácida, levando à acumulação intralissossomal de glicogénio, sobretudo no músculo esquelético.

Na forma tardia da DP ocorre fraqueza muscular progressiva, atingimento precoce da musculatura respiratória e consequente insuficiência respiratória e distúrbios do sono. A heterogeneidade da sua apresentação clínica dificulta a distinção com outras doenças neuromusculares, como é o caso de outras Miopatias.

Desde a implementação da terapêutica de substituição enzimática para o tratamento da DP, o diagnóstico precoce tem vindo a adquirir uma importância crescente, pela repercussão no prognóstico. Deste modo, torna-se imperativo estabelecer algoritmos clínicos que facilitem o diagnóstico desta.

Este trabalho englobou o estudo de 4 indivíduos com DP e 5 doentes com outras Miopatias. A avaliação de parâmetros clínicos e exames complementares de diagnóstico não permitiu identificar alterações patognomónicas para as diferentes patologias, traduzindo-se num subdiagnóstico destes doentes. Neste estudo, foi também avaliado o impacto da terapêutica na DP, verificando-se uma melhoria significativa no pico de fluxo da tosse, teste que avalia a eficácia da tosse. Nos restantes parâmetros avaliados (provas de função respiratória, polissonografia, estudo analítico) observou-se apenas uma discreta melhoria. De salientar que o diagnóstico e a instituição precoce da terapêutica previnem a progressão da doença, melhorando a qualidade e esperança média de vida destes doentes.

O intuito deste trabalho é alertar para a possibilidade da existência da DP numa população de doentes com manifestações clínicas que envolvam fraqueza muscular proximal e progressiva, fadiga generalizada, câibras e níveis elevados de creatinafosfoquinase, sendo que o diagnóstico destes doentes pode ser aferido através de um teste simples e de fácil aplicabilidade prática - teste de gota seca.



CO 059

HIPERINSUFLAÇÃO DINÂMICA - SERÁ A CHAVE DOS MECANISMOS DE INTOLERÂNCIA AO ESFORÇO?

C Lutas, S Clemente, A Isidoro, S Dordio, M Pereira, T Pequito, S Furtado

Hospital da Luz - Lisboa

Palavras-chave: prova de esforço cardiorrespiratória, hiperinsuflação dinâmica

Introdução: A hiperinsuflação dinâmica (HID) é uma consequência fisiopatológica do exercício, amplamente descrita nas alterações ventilatórias obstrutivas, como é o caso da asma brônquica e da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), podendo ser responsável pela intolerância ao esforço nestes doentes. Contudo, a limitação ao fluxo expiratório durante o exercício pode estar presente em indivíduos sem patologia respiratória identificada, atletas e idosos.

Mediano et al. identificaram HID em cerca de 18% de indivíduos com provas funcionais respiratórias normais e prova de provocação brônquica inespecífica com metacolina negativa.

Objectivos: Pretende-se ilustrar o fenómeno de HID durante o exercício em indivíduos com queixas de intolerância ao esforço não explicada pela avaliação funcional respiratória em repouso.

Métodos: Analisaram-se retrospectivamente provas de esforço cardiorrespiratória (PECR) realizadas no Hospital da Luz, desde Janeiro a Junho de 2017, para estudo de intolerância ao esforço não explicada pela avaliação funcional respiratória em repouso. Para avaliar a HID durante a PECR, foram realizadas curvas de débito-volume com avaliação da capacidade inspiratória, durante o exercício que permitiram o cálculo do volume pulmonar no final da expiração (EELV) e do volume pulmonar no final da inspiração (EILV).

Resultados: De Janeiro a Junho de 2017 realizaram-se 21 PECR para estudo de intolerância ao esforço. Identificaram-se 8 PECR em que se realizaram curvas débito-volume durante o exercício. Dos doentes que realizaram curvas de débito volume, 4 eram do sexo feminino, tinham entre 30 e 76 anos, 3 eram ex-fumadores e todos apresentavam avaliação funcional respiratória em repouso normal e referiam queixas de intolerância ao esforço. Foi detetada HID em 4 doentes sendo que nestes o consumo de oxigénio de pico era normal e não foi identificada qualquer outra limitação ventilatória, das trocas gasosas ou cardiocirculatória.

Conclusões: A intolerância ao esforço pode ser explicada por diversas causas, sendo a PECR o exame *gold standard* para a sua avaliação etiológica. A avaliação complementar de curvas débito-volume durante o exercício pode ajudar a identificar HID, um factor limitativo ao esforço que pode até estar presente em indivíduos sem limitação ventilatória em repouso.

CO 060

CAPACIDADE VITAL E MÁXIMA CAPACIDADE DE INSUFLAÇÃO EM DOENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: PROGNÓSTICO E RELAÇÃO COM A FUNÇÃO BULBAR

D Rodrigues¹, T Pinto^{2,4}, A Marinho², F Pires², MR Gonçalves^{2,3,4}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; ²Unidade de Fisiopatologia Respiratória e Ventilação, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal; ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; ⁴Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal

Palavras-chave: Esclerose, Lateral, Amiotrófica, Capacidade, Vital, Insuflação, Ventilação

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neuromuscular progressiva e fatal. A fraqueza muscular progressiva leva à falência ventilatória, conduzindo eventualmente à necessidade de suporte ventilatório. A Capacidade Vital (CV), a Máxima Capacidade de Insuflação (MIC) e a função bulbar são bons preditores de prognóstico a longo prazo. A MIC tem sido descrita como uma ferramenta útil na expansão pulmonar e no aumento dos fluxos de tosse.

Objetivos: Analisar a progressão da CV e MIC ao longo do tempo e a sua relação com a função bulbar, tempo e uso de ventilação não invasiva (VNI), realização de traqueostomia e sobrevida.

Métodos: Doentes com ELA foram recrutados da consulta de doenças neuromusculares de um hospital universitário. Foram incluídos todos os doentes com CV < 2000mL e um mínimo de 4 medições de CV com um intervalo limite de tempo médio de 3 meses.

Os doentes foram divididos em 2 subgrupos (Bulbar e Bulbar Lento) atendendo à forma de apresentação inicial da ELA e caracterizados de acordo com variáveis clínicas e demográficas. A evolução da diferença MIC-CV ao longo dos 4 momentos de avaliação foi analisada nos 2 subgrupos e correlacionada com o tempo e utilização de VNI, realização de traqueostomia e sobrevida.

Resultados: Foram incluídos 33 doentes (54,5% homens) com idade mediana ao diagnóstico de 67 (P25-P75: 52-71) anos. Dezoito (54,5%) foram incluídos no grupo Bulbar (GB) e 15 (45,5%) no grupo Bulbar Lento (GBL). A mediana do tempo até início de VNI foi de 11 (P25-P75: 3-36) meses após o diagnóstico (7 (P25-P75: 2-12) meses no GB e 24 (P25-P75: 7-48) no GBL, p=0,112). A CV diminuiu ao longo do tempo em ambos os subgrupos. A MIC média foi superior à CV média nas 4 avaliações (MIC1 vs CV1: 2250 vs 1759mL; MIC2 vs CV2: 2360 vs 1505mL; MIC3 vs CV3: 2369 vs 1260mL; MIC4 vs CV4: 2212 vs 1105mL, p=0,001). Na análise individual dos subgrupos, o GBL mostrou diferenças MIC-CV estatisticamente significativas em todos os momentos de avaliação excepto no último (p=0,05); no GB apenas se encontraram diferenças MIC-CV estatisticamente significativas no primeiro momento de avaliação (p=0,04). O tempo sob VNI foi significativamente superior no GBL (60 (P25-P75: 2-12: 42-132) vs 24 (P25-P75: 12-30) meses, p=0,01). A traqueostomia foi realizada em 12 doentes (36,3%), 75% dos quais pertenciam ao GB. A sobrevida mediana após início de VNI foi de 42 (P25-P75: 22-94) meses, tendo-se mostrado superior no GBL quando comparada com o GB (81 (P25-P75: 46-122) vs 22 (P25-P75: 12-39) meses, p<0,001).



Conclusão: Nos doentes com ELA, a diferença MIC-CV é um bom preditor da integridade dos músculos bulbares. A MIC mostrou um declínio mais lento no tempo em ambos os grupos (Bulbar e Bulbar Lento), quando comparada com a CV. No GBL, as diferenças MIC-CV foram superiores e mais prolongadas no tempo, o que se refletiu num período mais longo sob VNI e numa sobrevida superior comparativamente ao GB. Estes resultados sugerem que a diferença MIC-CV pode ter um papel preditor do tempo total sob VNI, indicação para traqueostomia e sobrevida na ELA.

CO 061

RINITE ALÉRGICA LOCAL - CONTRIBUTO DOS TESTES *IN VIVO* E *IN VITRO* PARA O DIAGNÓSTICO

RD Ferreira^{1,3,4}, C Ornelas^{1,4}, S Silva^{1,3,4}, R Morgado², D Pereira², D Escalreira², S Moreira^{2,4}, J Valença^{2,4}, E Pedro^{1,4}, MB Ferreira^{1,4}, MCP Santos^{3,4}, M Barbosa^{1,4}

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; ²Laboratório de Fisiopatologia Respiratória, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte; ³Laboratório de Imunologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Instituto de Medicina Molecular; ⁴Centro Académico de Medicina de Lisboa

Palavras-chaves: rinite alérgica local, entopia, rinomanometria, prova de provocação nasal, basoteste

A Rinite Alérgica Local (RAL) tem por base uma resposta inflamatória mediada por IgE, produzida apenas ao nível da mucosa nasal (entopia), que não se acompanha de produção de IgE-específica (sIgE) circulante doseável ou sensibilização nos testes cutâneos por picada (TCP). Estima-se que 69,6% das rinites consideradas não alérgicas correspondam a RALs. Pretendeu-se avaliar o contributo de testes *in vivo* e/ou *in vitro* em doentes que apresentam clínica sugestiva de alergia, embora sem evidência de atopia.

Metodologia: Vinte doentes (média de idades: 44 anos; 80%♀) com clínica sugestiva de rinite alérgica desencadeada por exposição ao pó doméstico e que apresentavam TCPs e sIgEs negativos para ácaros realizaram Prova de Provocação Nasal (PPN) com extrato de ácaros (Laboratórios Leti®). Foi seleccionado extracto de *D. pteronyssinus* ou *L. destructor* de acordo com a história clínica. O resultado da PPN teve em conta critérios clínicos e avaliação rinomanométrica basal e pós-PPN. Foram doseadas IgEs nas secreções nasais antes da PPN, no final e após 1h. Em 10 doentes, 4 controlos saudáveis e 4 doentes com rinite alérgica foi efetuado teste de ativação de basófilos (TAB) com extrato de ácaros.

Resultados: Quinze das 20 PPNs (75%) foram positivas. Efetuaram-se 14 PPNs com extrato de *D. pteronyssinus* (12 positivas) e 6 com *L. destructor* (3 positivas). Foram consideradas positivas 5 PPNs (35,7%) quando utilizados apenas critérios clínicos, 3 PPNs (21,4%) quando utilizados apenas critérios rinomanométricos (aumento da resistência em ≥100%) e 7 PPNs (42,9%) quando utilizados ambos. As IgEs nas secreções nasais foram superiores a 0.10 kU/L em todos os doentes, embora sem diferenças significativas entre doentes com prova positiva ou negativa ou controlos saudáveis e entre os tempos de recolha das secreções nasais. O TAB mostrou índices de estimulação superiores nos doentes com PPN positiva em relação aos dos doentes com PPN negativa e controlos saudáveis, embora inferiores a 2 em 5 doentes (VPP=80%).

Conclusões: O diagnóstico de RAL foi confirmado em 75% dos casos estudados, o que revela a importância de prosseguir a investigação nestes doentes, possíveis candidatos a imunoterapia específica com alérgénios. A PPN continua a ser o padrão-ouro do diagnóstico da RAL. Embora atualmente se considere o doseamento de IgEs nas secreções nasais e o TAB como métodos auxiliares no diagnóstico, estes testes carecem ainda de mais estudos para a sua otimização e padronização.



CO 062

CARACTERÍSTICAS E PROGRESSÃO LONGITUDINAL DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

JC Costa, JN Machado, C Rodrigues

Serviço de Pneumologia B - Centro Hospital e Universitário de Coimbra, Hospital Geral (CHUC - HG)

Palavras-chave: DPOC, Progressão Doença, FEV1.

Introdução: Os objetivos da avaliação da DPOC consistem em determinar o nível de limitação do fluxo aéreo, o seu impacto no estado de saúde do doente e o risco de eventos futuros. As características e a história natural dos doentes com DPOC GOLD B ainda não estão bem descritas nem compreendidas.

Objetivo: Caracterização da história natural de doentes com DPOC seguidos em meio hospitalar, destacando o grupo B. Pretende-se descrever as características clínicas do grupo B em comparação com os doentes do grupo A, identificar o subgrupo de doentes que evoluíram para GOLD de maior risco e avaliar características associadas à progressão.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de uma amostra de conveniência de doentes com diagnóstico de DPOC, seguidos em Consulta de Readaptação Funcional Respiratória do CHUC - HG entre Junho de 2015 e Junho 2016. Analisados dados demográficos, funcionais e clínicos. A análise estatística dos dados foi realizada através dos programas Microsoft Excel® e IBM SPSS® v20.

Resultados: Incluídos 53 doentes 85% do sexo masculino, com idades compreendidas entre 55 e 94 anos.

Em 2015 a nossa amostra era constituída por 25% (13) doentes GOLD A, 54% (29) GOLD B, 8% (4) GOLD C e 13% (7) GOLD D. Na análise comparativa entre o grupo A e B, verificou-se que % FEV1 previsto foi similar entre os dois grupos e que uma proporção significativa de doentes do grupo B tinham enfisema (79,3% vs 38,5%, $p=0,015$), bronquite crónica (68,9% vs 30,7%, $p=0,041$) e comorbilidades cardiovasculares (89,6% vs 53,8%, $p=0,016$).

Após 1 ano de seguimento, entre os 29 doentes GOLD B, a maioria (18) encontravam-se estáveis e permaneceram no grupo B, 10 doentes progrediram para GOLD D e 1 doente foi reclassificado para GOLD A. Relativamente às características basais, os doentes que evoluíram para GOLD D apresentavam uma % FEV1 previsto significativamente mais baixo que os doentes que permaneceram no grupo B (média 48,6% vs 36,9%, $p=0,014$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade, género, índice massa corporal, status tabágico, bronquite crónica, enfisema, comorbilidades cardiovasculares, grau de dispneia mMRC e FVC.

Em relação às características após 1 ano de seguimento, os doentes do grupo D apresentavam significativamente mais exacerbações ao longo do ano anterior (média 0,7 vs 1,7, $p=0,001$) e menor FEV1 que doentes do grupo B (média 50,7% vs 39,1% $p=0,03$).

Conclusão: Na nossa amostra, os doentes GOLD B apresentavam mais comorbilidades cardiovasculares, enfisema e bronquite crónica que os doentes GOLD A. Além disso, os doentes GOLD B que progrediram para GOLD D, apresentavam FEV1 significativamente inferior, indicando que a deterioração da limitação do fluxo aéreo está associada a uma crescente prevalência de exacerbações e progressão da doença.

CO 063

CONCORDÂNCIA CAT/MMRC NA DPOC DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO GOLD 2017 - ANÁLISE DE UMA AMOSTRA MULTICÊNTRICA

D Rodrigues, A Marçôa, M Guimarães, AP Vaz

Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos; Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Palavras-chave: DPOC, concordância, CAT, mMRC, preditores

Introdução: A concordância CAT/mMRC de acordo com a classificação GOLD 2011 foi previamente questionada na literatura. Em 2017 surgiu uma nova classificação da DPOC em grupos com base apenas em sintomas e exacerbações. O GOLD continua a recomendar uma abordagem abrangente na avaliação sintomática, tendo em mente que ambas as ferramentas não podem ser consideradas equivalentes.

Objetivos: Determinação da concordância CAT/mMRC com a nova classificação GOLD 2017. Caracterização dos grupos concordantes e não concordantes de acordo com variáveis demográficas e clínicas. Investigação da presença de preditores de concordância entre essas variáveis.

Métodos: Estudo observacional com inclusão de 200 doentes com DPOC estável seguidos em consulta de Pneumologia em dois hospitais de referência. Preenchimento da escala mMRC e do questionário CAT na mesma consulta. Caracterização dos doentes de acordo com variáveis demográficas e clínicas. Determinação da concordância CAT/mMRC através da utilização do coeficiente K de Cohen. Investigação da presença de preditores da concordância CAT/mMRC entre as variáveis demográficas e clínicas analisadas mediante a utilização de modelos de regressão logística binária.

Resultados: Foram incluídos 200 doentes, 88% do sexo masculino, com idade média de 69 ± 10 anos e FEV1 médio de $2,08 \pm 0,85$ L ($51 \pm 19\%$). 59 doentes (30%) eram exacerbadores frequentes. Neste grupo, a idade média foi 70 ± 11 anos e o FEV1 médio $1,93 \pm 0,78$ L ($45 \pm 19\%$). No que diz respeito às comorbilidades, a insuficiência cardíaca foi documentada em 74 (37%), a depressão em 22 (11%) e a SAOS em 21 doentes (11%).

A concordância global CAT/mMRC foi moderada ($K = 0,462$). A aplicação do mMRC vs CAT permitiu classificar, de acordo com o GOLD 2017, 78 (39%) vs 42 (21%) doentes no Grupo A, 62 (31%) versus 98 (49%) no Grupo B; 18 (9%) vs 10 (5%) no Grupo C e 42 (21%) vs 50 (25%) no Grupo D. O uso de um ou outro método resultou na classificação num grupo GOLD diferente em 54 (27%) doentes: 40 no grupo A (mMRC) / B (CAT), 10 no grupo C (mMRC) / D (CAT), 2 no grupo B (mMRC) / A (CAT) e 2 no grupo D (mMRC) / C (CAT). O coeficiente de K de Cohen foi calculado considerando separadamente os exacerbadores frequentes e a restante amostra. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre esses dois grupos ($K = 0,45$ vs $0,44$, respetivamente).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sexo, idade, índice de massa corporal (IMC) e FEV1 entre doentes CAT/mMRC concordantes e não concordantes. A prevalência de insuficiência cardíaca, depressão e SAOS foi igualmente semelhante.

Conclusão: Na amostra analisada, classificada de acordo com o GOLD 2017, verificou-se uma concordância CAT/mMRC de grau moderado. A aplicação de ambos os métodos resultou na classificação em grupos diferentes em 27% dos doentes. A concordância não foi influenciada pelo género, idade, IMC, FEV1 ou por comorbilidades relativamente comuns na DPOC como insuficiência cardíaca, depressão e SAOS.



CO 064

O IMPACTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM DPOC SOB VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIA

A Alves, I Sucena, C Nogueira, D Ferreira, C Ribeiro, S Conde

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: DPOC, apneia obstrutiva do sono, qualidade de vida

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) são doenças prevalentes na população geral acima dos 40 anos de idade, sendo de esperar que a coexistência de ambas - chamada síndrome de sobreposição - seja também frequente. A coexistência das duas condições resulta num efeito deletério sinérgico. Os doentes com síndrome de sobreposição apresentam dessaturação noturna mais acentuada, pior qualidade do sono, maior risco de exacerbações da DPOC, de insuficiência respiratória hipercápnica e de hipertensão pulmonar. Previsivelmente, neste grupo de doentes também têm sido reportadas uma maior morbimortalidade e uma pior qualidade de vida.

Material e métodos: Os autores apresentam os resultados da aplicação do questionário Insuficiência Respiratória Severa (SRI) em doentes com DPOC e em doentes com síndrome de sobreposição DPOC e SAOS sob ventilação não invasiva domiciliária. O questionário SRI é uma ferramenta multidimensional desenvolvida para avaliar a qualidade de vida de doentes com insuficiência respiratória de várias etiologias tratados com ventilação mecânica domiciliária, tendo sido recentemente validada a sua tradução para a Língua Portuguesa. É constituído por questões que abarcam sete domínios - queixas respiratórias (QR), funcionalidade física (FF), sintomas acompanhantes e sono (AS), relações sociais (RS), ansiedade (AS), bem-estar psicológico (BE) e funcionalidade social (FS). Quanto maior for a pontuação global obtida, melhor será a qualidade de vida relacionada com a saúde e *vice-versa*.

Resultados: Foram incluídos 43 doentes consecutivos seguidos na consulta de Ventilação Domiciliária do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. A tabela seguinte ilustra os resultados obtidos.

Categorias	DPOC	DPOC + SAOS
N doentes (%)	32 (74.4)	11 (25.6)
Idade (anos)	69.3	69.9
Género masculino (%)	71.9	72.7
IMC (Kg/m ²)	29.6	33.8
VMD (horas/dia)	7.4	7.6
VMD (meses)	43.0	54.0
FEV ₁ (% do previsto)	34.2	51.6
CVF (% do previsto)	59.1	70.2
SRI - QR	59.4	54.4
SRI - FF	49.0	44.3
SRI - AS	54.7	38.0
SRI - RS	76.8	73.5
SRI - AS	44.0	32.3
SRI - BE	57.4	49.7
SRI - FS	57.9	59.3
SRI - ES	57.0	50.2

Abreviaturas ainda não mencionadas no texto: IMC, índice de massa corporal; VMD, ventilação mecânica domiciliária; FEV₁, volume expiratório forçado no primeiro segundo; CVF, capacidade vital forçada; SRI - ES: escala sumária

Nota: os valores apresentados correspondem à média, exceto VMD (meses), FEV₁ e CVF que são apresentados sob a forma de mediana

Conclusão: Nos doentes com síndrome de sobreposição DPOC e SAOS, verificou-se uma menor gravidade da obstrução do fluxo aéreo, indicada pelo FEV₁. Ainda assim, foi nos doentes com síndrome de sobreposição que se verificou uma pontuação globalmente inferior no questionário SRI, indiciando assim uma pior qualidade de vida nestes doentes quando comparados aos que apresentam apenas DPOC. Os dados apresentados corroboram a evidência publicada na literatura, segundo a qual a coexistência de SAOS nos doentes com DPOC interfere negativamente na qualidade de vida, reforçando, assim, a importância de um diagnóstico apropriado e de uma abordagem terapêutica dirigida a estes doentes.



CO 065

O USO INADEQUADO DOS INALADORES NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

AD Araújo^{1,2,3}, P Teixeira^{1,2}, M Figueiredo³, V Hespanhol^{4,5}, JC Sousa^{1,2,6}

¹Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; ²ICVS/3B's, PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal; ³Respiratory Department, H. S^a Oliveira, Guimarães, Portugal; ⁴Department of Pneumology, Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal; ⁵Faculty of Medicine (FMUP), University of Porto, Portugal; ⁶Horizonte Family Health Unit, Matosinhos, Portugal.

Palavras-chave: DPOC; técnica inalatória

Introdução: Na DPOC, o sucesso terapêutico depende de uma correta técnica inalatória, e a escolha dos dispositivos inalatórios (DI) pode ser tão determinante quanto a do próprio medicamento.

Objetivo: Avaliar se o tipo de DI, a preferência do doente, ou o número de DIs usados por doente conseguem prever uma adequada técnica inalatória.

Métodos: Foram recrutados sequencialmente doentes com DPOC diagnosticada de acordo com os critérios do GOLD, idade ≥ 40 anos e usando inaladores. Definimos para cada DI cinco etapas necessárias para uma correta técnica inalatória e dois passos essenciais/erros críticos, suscetíveis de tornar o tratamento ineficaz. Foi aplicado um questionário clínico e demográfico, sendo depois os doentes convidados a demonstrar o uso de seus DI, tal como o fariam em casa. Foi posteriormente realizada uma análise estatística dos dados (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0).

Resultados: Foram estudados 295 indivíduos (76,9% homens, idade média=67,7 anos) realizando um total de 510 manobras inalatórias. Dez tipos de DIs foram examinados, e 47,5% das inalações tiveram pelo menos um passo incorretamente realizado. Em 149 (29,2%) demonstrações foram observados erros críticos: 52,9% com pMDIs, 23,3% com sDPis, 26,2% com mDPis e 27,5% com o SMI RespiMat®. No grupo mDPI, os erros críticos variaram entre 16,1% com o Ellipta® e 35,1% com o Turbohaler®. Em geral, uma técnica inalatória incorreta foi relacionada à preparação do DI em 6,9%, à inalação em 13,1% e a ambas em 9,2%. As razões de preferência por determinado inalador foram a facilidade de uso (65,4%), as características do DI (25%) e a familiarização (2,9%). Não foi encontrada relação significativa entre erros críticos e preferência do doente (erros críticos em 26,8% dos DIs preferidos e 27,1% dos não preferidos, $p=.948$), nem entre erros críticos e número de inaladores utilizados por paciente (1 DI, erros críticos = 31%, 2 DIs = 27,9%, 3 ou 4 DIs = 33,3%, $p=.519$).

Conclusões: Apesar dos significativos melhoramentos a nível dos inaladores nos últimos anos, a manipulação incorreta permanece um problema atual. No entanto os DIs mais antigos foram mais propensos a erros críticos. Uma boa técnica inalatória relacionou-se com o tipo de DI, mas não com o uso de múltiplos inaladores nem com a preferência do paciente, ao contrário de outras populações estudadas. Uma manobra inspiratória inadequada foi o erro crítico mais observado.

CO 066

FATORES DE RISCO DE INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS E EXACERBAÇÕES AGUDAS NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

AD Araújo^{1,2,3}, P Teixeira^{1,2}, M Figueiredo³, V Hespanhol^{4,5}, JC Sousa^{1,2,6}

¹Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; ²ICVS/3B's, PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal; ³Respiratory Department, H. S^a Oliveira, Guimarães, Portugal; ⁴Department of Pneumology, Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal; ⁵Faculty of Medicine (FMUP), University of Porto, Portugal; ⁶Horizonte Family Health Unit, Matosinhos, Portugal

Palavras-chave: DPOC; sintomas; exacerbações

Introdução: A suscetibilidade às infeções desempenha um papel nas exacerbações agudas da DPOC (EDPOC). Os doentes com DPOC frequentemente apresentam múltiplos fatores de risco associados a infeções respiratórias, tal como idade avançada, baixos rendimentos, desproteção social, tabagismo, doença cardíaca isquémica, bronquiectasias, bronquite crónica ou multimorbilidades, apresentando risco acrescido de infeções respiratórias agudas.

Objetivo: Avaliar se alguns fatores de risco para infeções respiratórias conseguem prever um risco acrescido de EDPOC.

Métodos: Foram recrutados consecutivamente doentes com DPOC diagnosticada de acordo com os critérios do GOLD e idade ≥ 40 anos. A todos foi aplicado um questionário demográfico, socioeconómico e clínico, incluindo o CAT, mMRC e registo de exacerbações. Definimos como exacerbação aguda para efeitos do presente estudo o agravamento de um ou mais sintomas respiratórios major, com necessidade de consulta médica não planeada que motivou tratamento ou modificação do tratamento prévio. Foi posteriormente realizada uma análise estatística dos dados (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0).

Resultados: Foram estudados 314 indivíduos (78% do sexo masculino, média de idade = 67,7), 79,6% residindo em freguesias predominantemente urbanas, 203 referindo rendimentos inferiores ao SMN, 29,3% escolaridade ≤ 3 anos e 184 baixa condição social (Grafra 4 e 5). Clinicamente 48,1%, 14% e 37,9% referiram 0, 1, e 2 ou mais exacerbações tratadas no último ano. A distribuição por graus 1 a 4 de obstrução (GOLD) foi 10,5%, 43,3%, 34,1% e 12,1% e por graus ABCD, de acordo com o GOLD 2017 foi de 23%, 39,8%, 2,2% e 35%.

Encontramos associação significativa entre exacerbações e escolaridade ($p=.023$) e exacerbações e rendimento auferido ($p=.031$). A regressão logística binária indica uma probabilidade de agudização 1,5 vezes maior para um baixo nível de escolaridade (< 4 anos) e 1,9 vezes maior para rendimentos mais baixos ($< \text{SMN}$), ao controlar a idade e o género. A idade não está relacionada com risco de agudização, mas as mulheres apresentaram risco acrescido de agudização ($p=.018$). Não se encontrou associação com significado estatístico entre risco de exacerbações agudas e antecedentes de asma brônquica ($X^2=.964$; $p=.617$), DM ($X^2=.998$; $p=.607$), obesidade ($X^2=.126$; $p=.941$), bronquiectasias ($X^2=7.660$; $p=.467$) e sintomas de ansiedade ou depressão ($X^2=1.798$; $p=.407$). Encontrou-se associação com significado estatístico entre agudizações e antecedentes de doença cardíaca isquémica ($X^2=7.186$; $p=.028$) e coexistência de bronquite crónica ($X^2=13.516$; $p=.009$).

Conclusões: Muitos pacientes com DPOC apresentam múltiplos fatores de risco para infeções respiratórias. Baixo nível de escolaridade, baixo rendimento económico, história de bronquite crónica e de doença cardíaca isquémica estão relacionados a risco acrescido de exacerbações agudas na DPOC.



CO 067

INCONSTÂNCIA DOS SINTOMAS E RISCO ACRESCIDO DE EXACERBAÇÃO AGUDA NA DPOC

AD Araújo^{1,2,3}, P Teixeira^{1,2}, C Durães³, M Figueiredo³, V Hespanhol^{4,5}, JC Sousa^{1,2,6}

¹Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; ²ICVS/3B's, PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal; ³Respiratory Department, H. S^ª Oliveira, Guimarães, Portugal; ⁴Department of Pneumology, Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal; ⁵Faculty of Medicine (FMUP), University of Porto, Portugal; ⁶Horizonte Family Health Unit, Matosinhos, Portugal

Palavras-chave: DPOC; sintomas; inconstância

Introdução: Em medicina, valor acrescentado significa intervenção do modo a melhorar a saúde de um paciente. A DPOC é uma doença complexa e heterogênea. As exacerbações agudas são a principal causa de mortalidade. A definição de grupos de pacientes com características clínicas próprias e distintas pode facilitar a escolha da melhor abordagem terapêutica inicial.

Objetivo: Avaliar se algumas características clínicas ou funcionais podem prever um risco acrescido de agudização.

Métodos: Doentes com DPOC diagnosticada de acordo com os critérios do GOLD e idade ≥ 40 anos foram incluídos sequencialmente. A todos foi aplicado um inquérito demográfico e clínico e a avaliação dos sintomas foi feita utilizando o CAT e a escala de dispneia mMRC. Definimos como agudização, para efeito do presente estudo, o agravamento de um ou mais sintomas respiratórios maior que obrigaram a uma consulta médica não programada e necessitando de algum tipo de medicação ou alteração do tratamento prévio.

Resultados: Foram estudados 314 doentes (78% homens, idade média = 67,7 anos), distribuídos 10,5%, 43,3%, 34,1% e 12,1% por graus 1/4 de obstrução e 23%, 39,8%, 2,2% e 35% pelos grupos ABCD, GOLD 2017. A média da pontuação do CAT e grau de dispneia foi maior nas mulheres ($p=.002$ e $p=.011$, respetivamente), que tem também um risco acrescido de agudizar ($p=.018$). Pacientes com antecedentes tabágicos são essencialmente homens e com idade média significativamente menor. Não se encontrou associação significativa entre idade e gravidade da doença, nem entre história de tabagismo e grau de obstrução ou risco de exacerbações. Doentes com maior obstrução (GOLD 1/4) apresentam maior risco de agudização ($p=.000$). Encontramos uma correlação significativa entre aumento da obstrução (GOLD 1/4) e grau de dispneia (mMRC) e obstrução e pontuação CAT (respetivamente $p=.000$ e $p=.011$). Doentes com $mMRC \geq 2$ ($p=.000$) e $CAT \geq 10$ ($p=.000$) apresentam risco acrescido de agudizações. Muitos pacientes (74,8%), para além da persistente dispneia de esforço, relatam agravamento dos sintomas durante o inverno e/ou alterações meteorológicas. Encontramos uma associação significativa ($p=.007$) entre esta instabilidade dos sintomas e uma história de exacerbações frequentes (≥ 2), controlando género, história de asma e $FEV_1\%$.

Conclusões: As mulheres são mais sintomáticas e apresentam maior risco de agudização. Existe uma clara relação entre risco de agudização e grau de obstrução, entre sintomas e grau de obstrução, e entre sintomas e exacerbações. Existe também uma clara relação entre inconstância dos sintomas e exacerbações da DPOC. A instabilidade dos sintomas associa-se a risco acrescido de exacerbações agudas da DPOC.