

POSTERS

XXX Congresso de Pneumologia

Praia da Falésia - Centro de Congressos Sana Epic, Algarve, 6-8 de Novembro de 2014

PO01. SÍNDROME DE CHILADITI COMO CAUSA DE DISPNEIA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

C. Castro Sousa, C. Simão, M. Anciães

Serviço de Pneumologia, Hospital Fernando da Fonseca.

Introdução: O síndrome de Chilaiditi é uma doença rara caracterizada pela interposição do cólon entre o hemi-diafragma direito e o fígado, geralmente assintomática e detectada na radiografia de tórax. Os sintomas mais comuns são gastro-intestinais (dor abdominal, náuseas, vômitos, obstipação) e respiratórios (dispneia, ortopneia, toracalgia), e menos frequentemente, queixas que mimetizam angina de peito. A terapêutica inicial é conservadora, incluindo descompressão intestinal com laxantes e enemas, documentada posteriormente por radiografias de controlo, e oxigenoterapia.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 83 anos, ex-fumador 65 UMA, reformado de mecânico de automóveis. História conhecida de cardiopatia isquémica com cirurgia de bypass coronário, insuficiência cardíaca I/IV NYHA, hipertensão arterial e dislipidemia. Negava doenças ou queixas respiratórias prévias. Admitido no serviço de Pneumologia em abril de 2014 por quadro clínico com 2 semanas de evolução caracterizado por dispneia, ortopneia, tosse seca, toracalgia tipo pleurítica na base do hemitórax direito, pré-cordialgia e edema bímaleolar. À observação encontrava-se eufneico com discretos ferveiros crepitantes na base dos dois campos pulmonares, ligeiros edemas dos pés e sem outras alterações. Exames complementares: Análises: aumento dos D-dímeros 2.972 µg/L (valor de referência normal: < 500 µg/L); Pró-BNP normal; troponina I normal. Gasimetria arterial em ar ambiente: Insuficiência respiratória global (IRG) compensada (pH: 7,38; pCO₂: 59,2; pO₂: 63,4; SatO₂: 91,3%; HCO₃⁻: 34). ECG: ritmo sinusal sem alterações. Ecocardiograma transtorácico: fracção de ejeção do VE conservada. VD não dilatado. Sem alterações valvulares. Veia cava inferior não dilatada. Radiografia de tórax: má expansão pulmonar bilateral com elevação bilateral das hemicúpulas diafragmáticas, condicionada pela presença de ansas do cólon distendidas abaixo destas. angio-TC de tórax: Excluiu tromboembolismo pulmonar. Lobos inferiores pulmonares pouco expandidos; elevação das 2 hemicúpulas diafragmáticas, sobretudo à direita, e interposição do cólon entre o fígado e o diafragma. Visto que a radiografia e a TC de tórax foram compatíveis com síndrome de Chilaiditi, causa rara mas possível do quadro clínico, iniciou laxantes com melhoria das queixas, da

gasimetria (pH: 7,36; pCO₂: 54,2; pO₂: 71,6; HCO₃⁻: 29) e da radiografia de tórax (diminuição ligeira da distensão cólica). Teve alta referenciado para a consulta de Pneumologia. Realizou posteriormente Provas de Função Respiratória que revelaram um síndrome ventilatório misto. Obstrução brônquica grave sem resposta ao broncodilatador (FEV₁ pré-BD: 48%; FEV₁/FVC: 68%) e restrição ligeira (TLC: 74%), compatíveis com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e síndrome de Chilaiditi concomitantemente. Foi instituída terapêutica com VNI nocturna para além da toma regular de laxantes.

Discussão: Embora neste doente se tenha detectado DPOC tabágica (e eventualmente também de causa profissional), a descrição do caso permite corroborar que o síndrome de Chilaiditi é uma causa/co-factor raro mas possível de dispneia, insuficiência respiratória, toracalgia/dor abdominal e ortopneia, por um aumento da pressão intra-abdominal e compressão pulmonar.

Palavras chave: Síndrome Chilaiditi. Dispneia. Insuficiência respiratória crónica.

PO02. UM FÍGADO DE CORTAR A RESPIRAÇÃO - RELATO DE UM CASO CLÍNICO

D. Maia, A.S. Santos, R. Rosa, I. Gonçalves, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

Caso clínico: Sexo feminino, 53 anos de idade, fumadora (90 UMA) e com história conhecida de doença hepática crónica etanólica complicada por hipertensão portal. Internada por dispneia de agravamento progressivo nos últimos seis meses (mMRC 3/4) e hipoxémia grave (SpO₂ 85%). À observação constatou-se taquipneia, cianose labial, hipocratismo digital e telangiectasias da face anterior do tórax. Na avaliação inicial destacava-se hipoxémia (paO₂ 50 mmHg), associada a poliglobulia (Hb 16,4 g/dL), aumento do gradiente alveolocapilar (78 mmHg) e alcalémia respiratória. A avaliação funcional respiratória mostrava hiperinsuflação pulmonar e diminuição moderada da capacidade de difusão de monóxido de carbono (48%), desproporcional em relação ao enfisema pulmonar. Afastada a hipótese de tromboembolismo pulmonar por angio-tomografia computadorizada torácica, colocou-se a possibilidade de

síndrome hepatopulmonar (SHP). Na passagem de decúbito para o ortostatismo verificou-se uma diminuição da paO_2 de 12 mmHg. O ecocardiograma transtorácico após injeção de contraste (soro fisiológico agitado) excluiu comunicação intracardiaca e foi sugestivo de vasodilatação intrapulmonar (aparecimento de bolhas nas cavidades esquerdas após mais de 3 ciclos). Esta hipótese foi também corroborada pela cintigrafia de ventilação/perfusão pulmonar com macroagregados de albumina marcados com Tc-99. Este exame revelou, no entanto, aspectos sugestivos de tromboembolismo pulmonar. A doente teve alta com tratamento de suporte (oxigenoterapia), tendo contra-indicação actual paratransplante hepático (hábitos etanólicos mantidos). Optou-se por não iniciar anticoagulação oral face a INR espontâneo elevado.

Discussão: O SHP é uma complicação vascular pulmonar importante nos doentes com cirrose hepática e hipertensão portal. Está presente em cerca de 4-32% dos casos. Tem um carácter progressivo, sendo um factor independente de mau prognóstico. Caracteriza-se por um aumento do gradiente alveolocapilar com ou sem hipoxémia, resultante da vasodilatação intrapulmonar. O transplante hepático é a única opção terapêutica eficaz. Este é um caso paradigmático de SHP, que ilustra a necessidade de averiguar esta causa em doentes com doença hepática avançada, que se apresentam com hipoxémia, uma vez que a sua presença é considerada indicação para transplante hepático. Neste caso particular, as opções terapêuticas são muito limitadas, configurando um mau prognóstico a curto prazo.

Palavras chave: Síndrome hepatopulmonar. Doença hepática crónica. Hipoxémia.

P003. ASCARIASE PULMONAR, UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER!

B. Vaz Silva, M. J. Guimarães, S. Campinha, S. Pedreira, M. Manuel, T. Martins, D. André

Centro Hospitalar do Alto Ave.

Introdução: *Ascaris lumbricoides*, também conhecido como lombriga, é um parasita que tem o homem como hospedeiro. Geralmente habita ambientes quentes e húmidos e a infecção ocorre por meio da ingestão de ovos contidos na água ou em alimentos contaminados. Quando eclodem originam larvas que alcançam a corrente sanguínea por absorção no intestino delgado, desenvolvendo-se no fígado até atingirem os alvéolos pulmonares, onde encontram a irrigação e a oxigenação necessárias para o seu crescimento. Quando atingem maiores dimensões migram dos brônquios até à faringe sendo a maioria deglutida. Novamente no intestino delgado completam o seu desenvolvimento e iniciam o ciclo reprodutivo com libertação de ovos nas fezes. A infecção do organismo por estes parasitas resulta muitas vezes em patologias específicas conhecidas como ascariase pulmonar, intestinal e extra-intestinal.

Caso clínico: Homem de 66 anos, ex-fumador, sem antecedentes relevantes, referenciado à consulta de Pneumologia do CHAA por apresentar lesão pulmonar suspeita em TC de tórax de dezembro de 2009, sem sintomatologia. Realizou nova TC em abril de 2010 sobreponível à anterior. Manteve seguimento em consulta tendo-se admitido o diagnóstico de bronquiectasias, iniciando tratamento com broncodilatadores. Em julho de 2010 realizou broncofibroscopia (BF) que identificou colonização por *S. aureus*, *S. pneumoniae* e *H. influenzae*. Após 2 anos sem intercorrências infecciosas, é internado no Serviço de Neurologia do Hospital São João em abril de 2013 por quadro compatível com AVC e estenose carotídea bilateral grave. Durante o internamento, o doente apresentou vómitos por *Ascaris lumbricoides*, tendo realizado diversos exames complementares nomeadamente TC de tórax que mostrou fistula traqueo-esofágica, atelectasia do lobo médio com obliteração do respectivo

brônquio lobar, diversos infiltrados no LID e LIE, granuloma calcificado de 4 mm e micro-nódulos dispersos sugestivos de processo infeccioso/inflamatório. Teve alta referenciado ao médico assistente de Pneumologia e ao Médico de família. Já no Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) realizou BF que confirmou a fistula traqueo-esofágica o que motivou a colocação de prótese esofágica em julho 2014. Desde então apresenta franca melhoria clínica sem exacerbações de foro pulmonar.

Discussão: A ascariase pulmonar é uma patologia rara nos países industrializados. Com uma prevalência mundial estimada em 25%, apresenta uma taxa de mortalidade de 0,8-1%. Habitualmente assintomática, a ascariase pulmonar pode manifestar-se com quadro de pneumonia, com tosse não-produtiva, febre, dispneia e infiltrados pulmonares migratórios. A ocorrência concomitante de eosinofilia pulmonar aguda pode originar um quadro sistémico conhecido como s. de Löeffler. No caso descrito o doente apresentou vários episódios infecciosos e alterações imagiológicas, admitidos como intercorrências no contexto de bronquiectasias. No entanto à posteriori todo o quadro se enquadra no diagnóstico de ascariase pulmonar. O caso clínico apresentado dá conhecimento de uma patologia rara e foca a importância do diagnóstico diferencial nos doentes com sintomatologia pulmonar de novo ou não controlada, alertando também para a complexidade da patologia pulmonar. É de realçar que neste caso se encontra descrito fistula traqueo-esofágica associada à infecção por *Ascaris lumbricoides*, entidade não descrita na literatura disponível.

Palavras chave: Ascariase pulmonar.

P004. PNEUMONIA DA COMUNIDADE COM DERRAME PLEURAL PARAPNEUMOCÓCICO COMPLICADO A STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-SENSÍVEL EM DOENTE ADULTO JOVEM

V. Durão, L. Carvalho, C. Carvalheira, N. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Unidade de Insuficientes Respiratórios (Responsável do Sector: Dr. Carvalheira).

Os autores submetem o caso clínico de um doente de 36 anos, natural do Brasil, residente em S. Tomé e Príncipe, não fumador, com história de asma controlada desde a infância, sem necessidade de terapêutica inalatória, com antecedentes familiares directos de doença renal crónica. Em abril de 2014 recorre ao serviço de urgência por quadro clínico com uma semana de evolução caracterizado por febre, tosse produtiva com expectoração muco-purulenta, toracalgia direita tipo pleurítico e dispneia em repouso; referência a “epidemia de gripe” no país de residência, tendo o doente viajado para Portugal três dias antes do internamento. À data da observação, destaca-se hipertensão arterial diastólica e, à auscultação pulmonar, aumento do tempo expiratório, diminuição do murmúrio vesicular na base do hemitórax direito e roncos mais evidentes a esse nível. Objectivou-se insuficiência respiratória parcial com alcalémia respiratória, elevação dos parâmetros inflamatórios de fase aguda com níveis de proteína C reactiva superiores a 10 mg/dL, insuficiência renal aguda, hipoalbuminemia, aumento da fracção α -2-globulina na electroforese das proteínas séricas, microalbuminúria e hematuria. Realizou radiografia e ecografia torácicas seguidas de tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica e, posteriormente, ecografia renal que evidenciaram derrame pleural bilateral com maior expressão à direita, espessamento pleural homolateral, condensação e colapso dos lobos inferiores, do médio e da língua, assim como múltiplas imagens quísticas corticais renais bilaterais. Os exames bacteriológicos da expectoração e lavado bronco-alveolar viriam a isolar *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível, tendo a análise do líquido

do pleural evidenciado um exsudado com exame microbiológico negativo. Perante a antibioticoterapia dirigida instituída verificou-se melhoria clínica, laboratorial e imagiológica. Os restantes achados e investigação foram fortemente sugestivos de doença renal poliquística autossómica dominante. A hipoalbuminemia tem vindo a ser definida como um factor de risco para o desenvolvimento de derrame pleural parapneumocócico complicado, assim como os níveis séricos de proteína C reactiva superiores a 10 mg/dL, ambos presentes neste doente. A identificação de factores de risco permite a criação de protocolos de actuação precoce perante os doentes mais susceptíveis ao desenvolvimento de complicações associadas à infecção respiratória, motivo pelo qual os autores destacam este caso.

Palavras chave: Derrame pleural parapneumocócico. *Pneumonia da comunidade*. Factores de risco. Doença renal poliquística.

P005. UM CASO DE SARCOIDOSE PÓS TUBERCULOSE PULMONAR E GANGLIONAR

M. Lopes, C. Barroso, A. Freire

Hospital Garcia de Orta/CDP Almada.

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos tecidos afetados. Os autores apresentam o presente caso clínico devido à relação temporal entre o diagnóstico e tratamento de um caso de tuberculose e o desenvolvimento de sarcoidose, sugerindo a atuação do *Micobacterium tuberculosis* como *trigger*. Trata-se de um doente do sexo masculino de 36 anos de idade, técnico de gás, não fumador, com antecedentes de tuberculose pulmonar e ganglionar diagnosticada em Março de 2011 através de mediastinoscopia e broncofibroscopia. A histologia da biópsia ganglionar mostrou granulomas caseificantes e os exames de expectoração evidenciavam BAAR no exame direto e *Micobacterium tuberculosis* multissensível no exame cultural. Imagiologicamente apresentava na altura do diagnóstico, uma volumosa massa hilar direita, de 39 mm, aderente às estruturas loco-regionais, nomeadamente, vasculares. Tinha múltiplos conglomerados adenopáticos na região retro-cava pré-traqueal, do compartimento pré-vascular, hilares bilaterais esub-carinais. Existiam ainda incontáveis micronódulos no parênquima pulmonar bilateralmente. Iniciou terapêutica antibacilar em abril de 2011 com HRZE durante 2 meses e fase de manutenção com HR durante 14 meses com exame direto e cultural da expectoração negativo após o primeiro mês e resposta clínica significativa à terapêutica. Repetiu TC tórax em abril de 2012 que evidenciava redução significativa da massa hilar, no entanto, mantinha as restantes alterações. Realizou biópsia ganglionar por EBUS e broncofibroscopia sem alterações macroscópicas a destacar, realizou lavado bronco-alveolar (LBA) e biópsia brônquica no brônquio lobar médio. Os exames micro e micobacteriológicos diretos e culturais das amostras colhidas foram negativos e a biópsia brônquica não evidenciava granulomas. A punção ganglionar não interessou gânglio linfático. O LBA apresentava linfocitose - 66%, relação CD4/CD8 de 1.3. Realizou nova TC tórax em dezembro de 2012 após o término da terapêutica antibacilar com aumento das adenopatias, mas sem melhoria dos micronódulos no parênquima pulmonar. Em novo controlo por TC, 7 meses depois, evidencia-se crescimento das adenopatias e micronodulação peri-hilar de novo. Em janeiro 2013 repetiu broncofibroscopia e EBUS com LBA e biópsia pulmonar tranbrônquica (BPTB). Os exames bacteriológicos e micobacteriológicos de todas as amostras colhidas foram negativos. A punção ganglionar não evidenciou granulomas, no entanto a BPTB mostrava tecido pulmonar com granulomas epiteioides sem necrose. O LBA apresentava uma relação CD4/CD8 de 1.3. Em janeiro de 2014 repetiu-se TC tórax com crescimento de adenopatias mediastínicas e hilares e aumento da extensão da micronodulação.

A função respiratória não apresentava alterações e analiticamente destaca-se uma ECA de 70. Clinicamente o doente não apresenta atualmente queixas, encontrando-se medicado com budesonida inalado 400 µg de manhã e à noite. Admite-se um diagnóstico de sarcoidose estadio II.

Palavras chave: Sarcoidose. Tuberculose. Pulmonar.

P006. SÍNDROME DE LOEFFLER - CASO CLÍNICO

J. Carvalho, A.S. Oliveira, C. Santos, C. Bárbara

Unidade de Insuficiência Respiratória, Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Caso clínico: Doente sexo feminino, 62 anos idade, médica, fumadora (carga tabágica: 16 UMA), com história de neoplasia do colo do útero em 2000 submetida a histerectomia e anexectomia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico com 4 dias de evolução de tosse seca, febre, astenia e mal-estar geral. Analiticamente apresentava de relevante leucocitose (12.500), aumento da PCR (10,2 mg/dL) e urina II com nitritos positivos tendo sido iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato. Urocultura com resultado positivo para *Klebsiella pneumoniae*. Por agravamento clínico com dispneia de novo, foi efectuada gasometria arterial (FiO₂ a 21%) que apresentava insuficiência respiratória parcial (PaO₂ 60 mmHg) e a telerradiografia do tórax demonstrava presença de opacidades nodulares dispersas em ambos os campos pulmonares. Em tomografia computadorizada de tórax (TC) observavam-se múltiplos focos de consolidação dispersos bilateralmente compatíveis com processo pneumónico vs metastização pulmonar, pelo que foi associada claritromicina. Internada para investigação, tendo sido a antibioterapia alterada para piperacilina/tazobactam, levofloxacina e linezolid. Dos exames complementares de diagnóstico realizados no internamento salientam-se: Analiticamente: eosinofilia periférica: 1.395 (16%); PCR: (6 mg/dL). Hemoculturas, antigenúria para *Pneumococcus* e *Legionella* negativas. Electroforese de proteínas com aumento de alfa α_1 . Aumento discreto de β_2 microglobulina: 2,55 (normal < 2,4). IgG, IgM e IgA normais. IgE para *Aspergillus*, *Alternaria* e *ascaris* negative. ANA, Anticorpo anticitrulina, Anticorpos antinucleares e citoplasmáticos negativos. Broncofibroscopia: sem alterações, com exame bacteriológico, micobacteriológico directo, micológico e galactomanan no lavado bronco-alveolar (LBA) negativos. Exame parasitológico das fezes negativas. Realizada nova TC: "Áreas de consolidação pulmonar bronquiocêntricas, de pequenas dimensões, geralmente acompanhando os eixos broncovasculares, distribuídas de modo difuso e aleatório entre os dois pulmões. A principal hipótese diagnóstica é eosinofilia pulmonar simples (síndrome de Loeffler) considerando-se como hipóteses de diagnóstico alternativas vasculite com atingimento pulmonar ou pneumonia organizativa". Perante os resultados dos exames efectuados, decidiu-se realizar nova broncofibroscopia que apresentou, na contagem diferencial de células do LBA, eosinofilia (43%) e exame bacteriológico e micobacteriológico directo negativos. Durante o internamento, sem terapêutica adicional, apresentou evolução favorável com melhoria sintomática, reavaliação imagiológica com desaparecimento da maioria das lesões nodulares e analiticamente com diminuição de eosinofilia periférica 560 (8%).

Discussão: A síndrome de Loeffler é uma pneumonia eosinofílica que afecta indivíduos de todas as idades, sendo geralmente auto-limitada, caracterizada pela presença de febre, tosse não produtiva e dispneia, devendo ser equacionado o seu diagnóstico na presença de eosinofilia periférica e infiltrados pulmonares bilaterais.

Palavras chave: Síndrome de Loeffler. Eosinofilia. Opacidades nodulares.

P007. PNEUMONIA ORGANIZATIVA EM CONTEXTO DE EXPOSIÇÃO A POMBOS

L. Meira¹, I. Neves¹, N. Melo¹, P. Caetano Mota^{1,2}, C. Souto Moura³, A. Morais^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de S. João.

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de S. João.

Introdução: A doença dos criadores de aves corresponde geralmente a uma pneumonite de hipersensibilidade, embora no mesmo contexto de exposição tenham sido descritas outro tipo de alterações respiratórias nomeadamente de tipo obstrutivo. A pneumonia organizativa (PO) que ocorre em vários contextos, tem sido sugerida como uma das possíveis alterações, embora existam um número infimo de casos descritos na literatura.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 71 anos, não fumadora, antecedentes de asma e dislipidemia não medicadas e osteoporose, com prescrição de ácido alendróico. Na exposição ambiental, detacava-se o contacto com aves, dado o marido ser criador de pombos. Iniciou um quadro clínico de dispneia de esforço, tosse seca e pieira, sendo medicada após 1 mês com broncodilatador de longa acção e amoxicilina/ácido clavulânico. Por agravamento clínico, recorreu a urgência hospitalar, onde se apresentava febril, com sintomas constitucionais e dispneia de esforço, verificando-se na auscultação respiratória a presença de crepitações inspiratórias dispersas. A gasimetria arterial revelava uma paO_2 de 73,3 mmHg e na radiografia torácica observavam-se imagens de infiltrados pulmonares bilaterais, de predomínio periférico e à direita. Internada com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, iniciou levofloxacina e azitromicina, mantendo no entanto agravamento clínico, funcional e radiológico, com transferência para Unidade de Cuidados Intermediários, onde foi escalada antibioterapia (Imipenem) e oseltamivir (suspensão após pesquisa negativa para H1N1). A TAC torácica entretanto realizada evidenciou áreas de consolidação e zonas com densificação em vidro despolido, distribuídas bilateralmente embora com predomínio à direita, sobretudo em topografia subpleural. Para esclarecimento do quadro clínico, foi efectuada biópsia transtorácica guiada por TAC que revelou alterações compatíveis com PO. No estudo efectuado, não foi encontrada nenhuma causa evidente para este diagnóstico, nomeadamente de etiologia infecciosa. O estudo imunológico, nomeadamente auto-imune foi negativo, sendo no entanto positivas as precipitinas para excrementos de pombos. Após o diagnóstico de PO, foi prescrita corticoterapia, tendo a doente ficado apirética e assintomática, para além de se ter verificado regressão das alterações imagiológicas, tendo alta medicada com corticóide e aconselhamento de cessação da exposição aviária. No entanto, em ambulatório manteve exposição aviária e apesar da corticoterapia prescrita, observou-se um agravamento clínico, deterioração funcional respiratória e recidiva das imagens de infiltrados pulmonares bilaterais, mantendo-se monitorização em consulta de Doenças do Interstício Pulmonar e intervenção terapêutica.

Discussão: O caso descrito sugere a exposição a aves como causa provável da PO diagnosticada, o que confirma ser esta entidade uma das formas possíveis, embora raramente, de doença relacionada com aquela exposição. Por outro lado a exposição aviária deverá ser considerada no estudo etiológico da PO.

Palavras chave: *Pneumonia organizativa. Exposição a pássaros.*

P008. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Pereira Eusébio, C. D'Araújo, C. Costa Cardoso, A. Domingos

Unidade Hospitalar do Barro, Centro Hospitalar do Oeste.

As formas de eosinofilia pulmonar constituem um grupo heterogéneo de entidades clínico-patológicas em que se verifica um número aumentado de eosinófilos nas vias aéreas e/ou no parênquima pulmonar podendo também existir eosinofilia periférica. Ainda não foi estabelecida uma relação de causa-efeito relativamente à presença de eosinófilos. Já foram feitas várias tentativas para criar um sistema de classificação com utilidade clínica mas, actualmente, não há uma classificação universalmente aceite. Pneumonia eosinofílica crónica (PEC) é uma doença rara, que afecta todos os grupos etários mas que tem o pico de incidência na meia-idade e predomina no sexo feminino (2:1). Aproximadamente 90% dos doentes são não-fumadores e sintomas de asma estão presentes em 50-60% dos casos. A apresentação da doença é insidiosa, com aparecimento progressivo de sintomas respiratórios e sistémicos como tosse seca, dispneia, febre, sudores nocturna, astenia e perda ponderal. Manifestações extra-pulmonares são raras. A radiografia do tórax revela infiltrados pulmonares periféricos difusos, de base pleural, em 63% dos casos, e a TC torácica mostra áreas de consolidação do espaço aéreo e opacidades periféricas em vidro despolido em praticamente todos os casos. A doença responde rápida e dramaticamente à corticoterapia com menos de 10% dos casos a ter resolução espontânea. O prognóstico é excelente mas um tratamento prolongado (3-6 meses) é geralmente necessário. O desmame deve ser feito lentamente por risco de recidiva. Se houver recidiva, o tratamento deve ser continuado por um período prolongado antes de nova tentativa de desmame. Já foram descritos casos fatais. Os autores apresentam o caso de um doente de 22 anos de idade, sexo masculino, não fumador, com antecedentes pessoais de asma, com queixas de tosse, dispneia, febre intermitente e perda ponderal de 5-8 Kg com 3 meses de evolução. Análises revelaram eosinofilia periférica (7.300 células/mm³) e a radiografia do tórax evidenciou infiltrados pulmonares periféricos difusos que foram confirmados por TC torácica. O diagnóstico foi confirmado através de lavado broncoalveolar realizado por broncofibroscopia que mostrou eosinofilia intensa (66%). Foi iniciada corticoterapia com rápida melhoria do doente. Apesar dum plano de desmame lento, o doente já teve três episódios de recidiva sintomática e com infiltrados visíveis em TC torácica. Os autores acreditam estar na presença de uma PEC corticodependente.

Palavras chave: *Eosinófilos. Doenças do interstício pulmonar. Pneumonia eosinofílica. Lavado broncoalveolar. Corticosteroides.*

P009. PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR - UM CASO RARO DE DOENÇA DO INTERSTÍCIO PULMONAR

V.C. Melo, E. Silva, M. Sousa, J. Silva, T. Abrantes, A. Campos, S. Torres

Centro Hospitalar Tondela Viseu.

A proteinose alveolar pulmonar (PAP) é uma doença rara que cursa com a deposição alveolar de surfactante lípido-proteico. Três tipos são conhecidos: autoimune que cursa com a presença de auto-anticorpos anti GM-CSF e representa 90% dos casos em adultos; secundária (inalação de substâncias tóxicas ou doenças hematológicas) e genética (mutações nos genes que codificam as proteínas do surfactante ou os recetores do GM-CSF). Os autores apresentam um caso clínico de um homem de 58 anos de idade, ex-fumador 30 UMA, que trabalhou em pedreiras de granito 7 anos e tinha contacto com galinhas. Recorreu ao serviço de urgência por edema, rubor, dor e calor no membro superior direito (MSD) associados a febre (38,3 °C) com 2 dias de evolução. Referiu ainda tosse seca ocasional no último mês. Negou dispneia, expetoração, hemoptises, perda ponderal, anorexia, astenia, trauma. Ao exame objetivo apresentou sinais de celulite do MSD, T. 38 °C, SpO₂ 98% e auscultação pulmonar normal. Realizou estudo analítico que evidenciou apenas elevação dos parâmetros inflamatórios. Radiografia osteoarticular

e ecografia do MSD sem sinais de fratura, osteomielite ou abscesso. A radiografia do tórax evidenciou opacidades alveolares difusas sobretudo nos andares superiores. Em termos gasimétricos não apresentou alterações. O doente foi internado para tratamento de celulite do MSD e estudo das alterações pulmonares. O estudo analítico subsequente mostrou melhoria dos parâmetros inflamatórios, autoimunidade e SACE normal, marcadores viricos, serologias e hemoculturas negativos. A TC tórax revelou múltiplas opacidades em vidro despolido e espessamento septal interlobular sobretudo nos ápex pulmonares. Realizou videobroncofibroscopia que não revelou alterações morfológicas e o LBA apresentava relação CD4/CD8 2,88; 300.000 células das quais: linfócitos 35%. O LBA revelou ainda ADN *Pneumocystis jirovecii*, tendo feito tratamento com cotrimoxazol durante 21 dias. As biopsias transbrônquicas revelaram apenas inflamação. O doente foi submetido a BTT, cujo estudo histológico revelou espaços alveolares preenchidos por material proteico granular PAS positivo - proteinose alveolar pulmonar. Realizou pletismografia com DLCO que foi normal. Repetiu LBA que revelou material proteináceo PAS positivo. Mantém seguimento em Consulta de Doenças de Interstício aguardando realização de prova de marcha de 6 minutos, pletismografia com DLCO e TC de controlo.

Palavras chave: *Proteinose alveolar pulmonar.*

PO10. DOENÇA GRANULOMATOSA PULMONAR COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DE CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA

I. Franco, G. Casoni, A. Dubini, S. Piciocchi, V. Poletti

Unità Operativa di Pneumologia, Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni, Forlì, Itália.

Introdução: A cirrose biliar primária (CBP) é uma doença hepática colestática progressiva, caracterizada por destruição imunomediada das vias biliares intra-hepáticas e mais frequente em mulheres de meia-idade. Encontra-se entre as doenças hepatobiliares autoimunes primárias que mais frequentemente apresenta compromisso pulmonar, tendo sido associada a vários padrões de doença pulmonar intersticial (DPI): pneumonia intersticial linfocítica (PIL), pneumonia organizativa (PO), fibrose intersticial e doença pulmonar granulomatosa (DPG), entre outros. Apresentamos um caso clínico, associado a revisão da literatura, de um doente do sexo masculino que apresentou DPG com padrão radiológico de PO, tendo recebido, anos mais tarde, o diagnóstico de CBP.

Caso clínico: Homem de 47 anos, empregado de escritório, fumador (23 UMA), observado por quadro clínico agudo de tosse seca e febre. Tinha sido emigrante na América do Sul 10 anos antes. Sem sinais ou sintomas sugestivos de doença do tecido conjuntivo. Apresentava opacidades heterogêneas nos andares inferiores de ambos os pulmões na telerradiografia de tórax e o estudo laboratorial revelou eosinofilia (850/ μ L), elevação da proteína C reativa (7,9 mg/dL) e anticorpo antimitocôndria positivo (AMA). A tomografia computadorizada de tórax mostrou áreas em vidro despolido e consolidações multifocais, bilaterais e periféricas, com padrão perilobular e sinal do halo, sugestivo de PO. A contagem celular do lavado bronco-alveolar (LBA) revelou aumento de linfócitos (35%) e eosinófilos (3%) e relação CD4/CD8 de 1,9. Dados os antecedentes de estadia prolongada na América do Sul e a eosinofilia, foi colocada a hipótese diagnóstica de paragonimíase pulmonar crônica mas a pesquisa de *Paragonimus westermani* em LBA foi negativo. O exame histológico da criobiópsia transbrônquica do lobo inferior direito revelou granulomas não necrotizantes, mal definidos, associados a infiltrado linfoplasmocitário intersticial. A função pulmonar encontrava-se dentro da normalidade, exceto a DLCO ligeiramente reduzida (66%). O doente iniciou terapia com prednisolona por via oral (40mg/dia) com subsequente melhora radiológica. Dois anos após o diagnóstico de DPI, ainda sob corticoterapia (10 mg prednisolona/semana), o doente foi diagnosticado com CBP dado o qua-

dro de evidência bioquímica de colestase associada à presença de AMA, (critérios da American Association of Study of Liver Diseases). **Discussão:** Reações sarcoid-like, fibrose intersticial, PIL e OP são as complicações pulmonares mais comuns na CBP. Na maior parte dos casos a doença pulmonar ocorre no decurso da CBP. Desconhece-se se o compromisso pulmonar é decorrente da inflamação crônica hepática ou se está associada a outras patologias autoimunes coexistentes. Os AMA são considerados marcadores clássicos de diagnóstico, presentes em cerca de 95% dos doentes, podendo preceder o início da doença por vários anos, como sucedeu no caso aqui apresentado. A CBP tem um predomínio marcado pelo sexo feminino, com uma relação mulher/homem estimada em 10 para 1. Do que é do conhecimento dos autores, este é o primeiro caso reportado de DPI como primeira apresentação de CBP num homem. O envolvimento pulmonar no decurso de doenças de outros órgãos pode apresentar variadas formas clínicas e, consequentemente, dificuldades no diagnóstico. Os sintomas respiratórios ocasionalmente precedem a doença primária pelo que os clínicos devem ter atentos para essa possibilidade.

Palavras chave: *Doença granulomatosa pulmonar. Pneumonia organizativa. Cirrose biliar primária.*

P011. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE NEOPLASIA DO COLON

D. Araújo¹, L. Meira¹, C. Marques², C. Moreira³, A. Morais¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Oncologia; ³Serviço de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar São João.

Introdução: A pneumonia eosinofílica aguda (AEP) associa-se a diversos tipos de etiologia, nomeadamente fármacos, parasitas, fungos, para além das formas idiopáticas. Tem sido descrito, embora raramente, a ocorrência de AEP no contexto de neoplasia.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente, sexo masculino, 53 anos, trabalhador numa fábrica de tintas, fumador 30 UMA, hipertenso - medicado com inibidor da enzima conversora da angiotensina, sem outros antecedentes médico-cirúrgicos de relevo. Após 1 mês com queixas de tosse seca, dispnéia para médios esforços e sintomas constitucionais, com perda ponderal de 5 kg, recorreu a avaliação médica. No exame físico era apenas de realçar a presença de crepitações inspiratórias nos terços inferiores bilateralmente e alguma sibilância dispersa. No estudo analítico, observou-se leucocitose com eosinofilia (32%), elevação da proteína C reactiva (93,9 mg/dL), para além da presença de hipoxemia (paO_2 64 mmHg). Realizou igualmente radiografia do tórax que evidenciou imagens de infiltrados heterogêneos extensos e difusos. O exame bacteriológico e micobacteriológico foi negativo. Dadas as alterações descritas e por agravamento clínico, o doente foi internado, tendo aí realizado Tomografia computadorizada (TC) torácica na qual se identificavam no parênquima pulmonar zonas de padrão em vidro despolido, de predomínio nos campos superiores e na periferia e áreas de espessamento dos septos interlobulares de predomínio nos lobos inferiores, para além da presença de várias adenomegalias mediastínicas. De seguida efectuou broncoscopia durante a qual foi realizado lavado broncoalveolar, cujo estudo revelou uma alveolite eosinofílica intensa (39%) e ausência de isolamento de microorganismos ou células malignas; durante o mesmo procedimento foi realizada ecoendoscopia, com punção aspirativa de adenopatias mediastínicas, que revelou alterações compatíveis com adenocarcinoma. Foram excluídas causas descritas de AEP, nomeadamente fármacos ou inalação de drogas ilícitas, microorganismos, e doença mieloproliferativa (biópsia de medula óssea e imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações relevantes). Entretanto, em TC abdomino-pélvica foi observada massa neoplásica ao nível do angulo hepático do cólon, com envolvimento transmural, para além de várias lesões hepáticas sugestivas de me-

tastização. Apesar da corticoterapia instituída, o doente manteve agravamento clínico, com insuficiência respiratória e progressão das alterações imagiológicas, observando-se em reavaliação por TC torácica maior extensão das zonas em vidro despolido e intensificação do espessamento dos septos interlobulares. Esta deterioração clínica manteve-se inexorável, inclusive após início de quimioterapia com FOLFIRI (ácido folínico, fluoruracilo e irinotecano), vindo o doente a falecer cerca de 2 meses após o diagnóstico.

Discussão: O caso descrito exemplifica e alerta a possibilidade de a AEP ocorrer no contexto de neoplasias, como síndrome paraneoplásica, para além de no presente caso se ter associado a um mau prognóstico.

Palavras chave: *Pneumonia eosinofílica aguda. Síndrome paraneoplásica. Carcinoma cólon.*

P012. FIBROSE PULMONAR ASSOCIADA A PARASITOSE

C. Nunes, L. Silva, D. Cruz, N. Marçal, C. Pissarra, A. Frazão, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

A ascariase é uma infecção helmíntica muito frequente, com prevalência mundial de 20-25% e baixa mortalidade (0,8-1%). Ao eclodirem as larvas migram através da parede intestinal, ao longo da circulação portal, acabando por se alojar no parênquima pulmonar onde condicionam manifestações de pneumonite. Os autores apresentam o caso de uma mulher de 38 anos, fumadora (18 UMA), com síndrome depressiva medicada com duloxetine e doença de refluxo gastroesofágico, com queixas de tosse e marcada dispnéia de esforço com 4 meses de evolução. Ao exame objectivo apresentava crepitações bibasais na auscultação pulmonar e hipocratismo digital. A radiografia de tórax apresentava infiltrado reticular difuso e a TC-tórax extensas áreas em vidro despolido e a esboçar padrão em favo de mel. Analiticamente destacava-se VS e LDH aumentadas e auto-anticorpos negativos. A prova de função respiratória documentava alteração ventilatória de tipo restritivo (CVF = 59,3% e DLCOsb = 22,7%). O exame citológico do lavado broncoalveolar demonstrou uma alveolite eosinofílica (51,24%). O ecocardiograma revelou dilatação das cavidades direitas com PSAP estimada em 43-48 mmHg. Colocou-se a hipótese de pneumonia eosinofílica secundária a antidepressivos pelo que foi iniciada prednisolona 1 mg/kg e suspensa terapêutica antidepressiva. Nos 4 meses seguintes o agravamento do quadro clínico e surgimento de diarreia, apesar da terapêutica instituída, motivaram a pesquisa de parasitas nas fezes que foi positiva para *Ascaris lumbricoides*. Desta forma, confirmado o diagnóstico de síndrome de Löeffler, a doente foi medicada com albendazol mantendo a corticoterapia sistémica. Verificou-se no entanto deterioração clínica, radiológica (redução de vidro despolido e aumento de pulmão em favo de mel), funcional (queda de 18,6% em valor absoluto da CVF e de 24,5% em valor absoluto da DLCOsb no espaço de 9 meses), da distância percorrida na prova de marcha de 6 minutos (de 420m para 345m) e confirmou-se a inexistência de nova infestação, motivo pelo que se procedeu a biópsia pulmonar cirúrgica. A biópsia demonstrou aspectos morfológicos compatíveis com fibrose pulmonar/UIP, motivo pelo que a doente se encontra actualmente em desmame de corticoterapia, sob oxigenoterapia suplementar e a realizar exames para entrar em lista de espera para transplante pulmonar. Está descrita na literatura que a infestação por *Ascaris lumbricoides* é responsável por pneumonias eosinofílicas sendo uma patologia corticossensível. Os autores não encontraram descrita uma associação entre esta síndrome e fibrose pulmonar, pelo que crêem poder tratar-se do primeiro caso descrito.

Palavras chave: *Ascaris. Fibrose pulmonar.*

P013. TRAQUEOBRONquite HERPÉTICA: APRESENTAÇÃO SINGULAR DE UMA PATOLOGIA RARA

M. Saldanha Mendes¹, F. Cunha², J. Dionísio³, J. Duro da Costa³

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.

²Serviço de Patologia Morfológica; ³Serviço de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

As infecções das vias aéreas inferiores por vírus herpes simples são raras e estão primariamente associadas a estados de imunodepressão grave, embora tenham sido também relatadas em indivíduos imunocompetentes. Os autores descrevem o caso de um homem de 47 anos, com compromisso imunológico condicionado pela disseminação da neoplasia da laringe e pela quimioterapia em curso, que foi internado por neutropenia febril e pneumonia. Apesar da terapêutica antibiótica e antifúngica instituída, assistiu-se a agravamento do quadro respiratório, pelo que foi realizada broncoscopia com colheita de secreções e biópsia de lesões endoluminais. As lesões, com diferentes morfologias, estendiam-se desde a cavidade nasal até aos brônquios segmentares e, numa área restrita da árvore brônquica direita, existiam aspectos sugestivos de vesículas herpéticas que foram biopsadas. Este é um achado extremamente raro num epitélio não pavimentoso como o da mucosa brônquica e, provavelmente, só possível no contexto da metaplasia pavimentosa acompanhante. Não foram encontrados agentes bacteriológicos nem fúngicos mas a biópsia das lesões mostrou alterações típicas de infecção herpética, cuja imunocitoquímica revelou a sua dupla etiologia. O caso que apresentamos destaca-se por se tratar de uma co-infecção das vias aéreas inferiores por HSV-1 e HSV-2, pela sua extensão, do meato nasal à emergência dos brônquios segmentares, e, acima de tudo, pela presença de vesículas herpéticas no epitélio brônquico, um achado extremamente raro em epitélios não pavimentosos. Dada a importância da precocidade da terapêutica nesta circunstância, os achados broncoscópicos mais típicos são decisivos na sua imediata instituição.

Palavras chave: *Broncoscopia. Vírus herpes simples.*

P014. SIDEROSE PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Dias, S. Campinha, F. Costa, D. Tente, S. Torres, M.C. Brito, S. Neves

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introdução: A siderose pulmonar é uma pneumoconiose pouco frequente, causada pela inalação de partículas constituídas por ferro. Normalmente é uma doença assintomática, sem alterações funcionais respiratórias ou fibrose pulmonar. Apresenta-se um caso raro de siderose pulmonar com fibrose pulmonar associada.

Caso clínico: Sexo masculino, 74 anos, casado, reformado (ex-soldador), ex-fumador desde os 40 anos (20 UMA). Apresentava hipertensão arterial e fibrilação auricular, medicado com lisinopril/hidroclorotiazida, amiodarona e varfarina. Sem patologia respiratória conhecida, sem alergias, sem contacto com animais. Doente assintomático até Novembro/2013, quando recorreu ao Serviço de Urgência por tosse com expectoração purulenta, dispnéia e febre. Apresentava-se polipneico, SatO₂ (FiO₂ = 21%): 89% com diminuição dos sons pulmonares à direita. Apresentava elevação dos marcadores inflamatórios e hipotransparência heterogênea de todo o hemitórax direito na telerradiografia torácica. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciou empiricamente amoxicilina/clavulanato e azitromicina com melhoria sintomática e analítica, mas mantendo as alterações imagiológicas. Teve alta clínica, mantendo estudo em ambulatório. Reali-

zou tomografia computadorizada (TC) torácica que mostrou áreas de vidro despolido à direita com algumas alterações fibróticas associadas. Suspendeu-se a amiodarona e repetiu o TC após 1 mês, com protocolo de alta-resolução, que mostrou lesões em vidro despolido mais extensas alterações fibróticas mais exuberantes. O doente referiu agravamento da dispneia de esforço (mMRC3). Realizou broncofibroscopia com biópsia transbrônquica, sem alterações macroscópicas, exame histológico foi negativo para células malignas, sem alterações sugestivas de um diagnóstico específico. Estudo das populações linfocitárias do lavado broncoalveolar e do sangue periférico com número muito elevado de células NK, sem evidência de monoclonalidade na imunofenotipagem. O estudo de imunológico e de auto-imunidade foi normal. Atendendo ao progressivo agravamento sintomático e imagiológico do doente, de etiologia desconhecida, foi decidido em reunião multidisciplinar, a realização de biópsia cirúrgica. O exame histológico da peça cirúrgica mostrou parênquima pulmonar com áreas de fibrose e hiperplasia de músculo liso peribronquiolares com números grânulos acastanhados cuja coloração de Perls mostrou serem constituídos por ferro. No seio destes infiltrados identificaram-se raras partículas de sílica. Sem granulomas. Assumiu-se o diagnóstico de siderose pulmonar com fibrose associada, provavelmente no contexto da sua história de exposição ocupacional (soldadura). Apesar de estar reformado, o doente referiu que mantinha contacto com a soldadura, ocasionalmente. Explicou-se ao doente a importância de se manter afastado definitivamente dessa exposição e optou-se por vigilância clínico-imagiológica.

Discussão: A siderose pulmonar é uma pneumoconiose habitualmente com bom prognóstico. A história exposicional do doente é fundamental para que seja este diagnóstico equacionado e o tratamento passa pelo afastamento dessa exposição. Apesar de existirem poucos casos descritos, a siderose pulmonar pode causar fibrose pulmonar e alterações funcionais respiratórias, principalmente se tiverem estado expostos concomitantemente a outras partículas nomeadamente a sílica e o tabagismo. O tratamento deste grupo de doentes ainda não está totalmente definido.

Palavras chave: Siderose pulmonar. Exposição ocupacional.

P015. PNEUMONIA RECORRENTE - APRESENTAÇÃO TÍPICA DE DOENÇAS RARAS

J. Carvalho, L. Oliveira, F. Nogueira

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz.

Introdução: Os tumores carcinóides brônquicos são neoplasias raras (1-2% de todas as neoplasias pulmonares em adultos, sendo os típicos 4 vezes mais frequentes que os atípicos). Constituem a neoplasia pulmonar primária mais frequente em crianças, com apresentação típica no fim da adolescência. A idade média de diagnóstico no adulto é 45 anos, aumentando em 10 anos nos carcinóides atípicos. A maioria desenvolve-se nas vias aéreas proximais, condicionando sintomatologia em contexto de massa tumoral obstrutiva ou hemorragia por hipervascularidade.

Caso clínico: Relato de um caso de tumor carcinóide atípico numa doente jovem. Mulher, 23 anos, leucodérmica, estudante. História pessoal de: síndrome de junção pieloureteral direita (diagnosticada e intervencionada aos 11 meses); pielonefrite aguda a *Escherichia coli* (2009); perfil hiperglicémico, controlado com dieta; Dois episódios de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) na base direita: primeiro em 2011; segundo em 2013, neste último com antigenúria *Streptococcus pneumoniae* positiva. Realizou TC torácica que revelou consolidação da pirâmide basal direita e atelectasia do lobo médio. Sem hábitos tabágicos ou alergias medicamentosas. Sem medicação habitual. Recorre ao Serviço de Urgência 6 meses após o último episódio de PAC por quadro de febre (39,7 °C) com um dia de evolução, acompanhada de tosse produtiva com

expectoração mucopurulenta. Referia tosse seca desde há vários meses. Sem outras queixas. À observação encontrava-se eupneica, destacando-se diminuição franca do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax direito. Gasimetria arterial (ar ambiente) sem alterações. Analiticamente destacava-se leucocitose ($24,5 \times 10^9/L$), neutrofilia e elevação de PCR (19,3 mg/dL). Antigenúria *Streptococcus pneumoniae* positiva. Radiografia torácica com consolidação homogênea envolvendo o lobo inferior direito, com componente atelectático. Admitiu-se quadro de pneumonia a *Streptococcus pneumoniae*, instituindo-se antibióterapia empírica (amoxicilina-ácido clavulânico e claritromicina). Foi internada no Serviço de Pneumologia para investigação de PAC's de repetição com a mesma localização. Submetida a broncofibroscopia, que revelou massa nacarada no brônquio intermédio. Por hemorragia abundante colheu-se apenas uma amostra; o exame histológico revelou tumor neuroendócrino de baixo grau (Grau-1). Citologia das secreções brônquicas, lavado broncoalveolar e escovado brônquico negativa para células neoplásicas. Exames microbiológicos negativos (expectoração, secreções brônquicas, lavado broncoalveolar, hemoculturas e urocultura). Programada broncoscopia rígida para remoção da lesão: tratava-se de uma massa muito volumosa e sangrante que se removeu apenas parcialmente. A reavaliação endoscópica mostrou viabilidade do lobo médio mas impossibilidade de aceder ao lobo inferior direito. Discutido caso em reunião multidisciplinar, optando-se por remoção cirúrgica da restante massa submetida a bilobectomia direita (inferior e média) e esvaziamento ganglionar. Resultado histológico da peça cirúrgica discordante da biópsia inicial: tumor carcinóide atípico sem metástases ganglionares. A revisão histológica das lâminas e de novas preparações a partir da peça operatória confirmou o diagnóstico de carcinóide atípico, estadiado I-b (pT2aN0M0) da NCCN. Actualmente mantém-se sob vigilância em consulta de Pneumologia Oncológica.

Discussão: Os tumores carcinóides brônquicos apresentam-se por vezes como pneumonias recorrentes na mesma localização, por obstrução tumoral. Apesar de raros e de difícil diagnóstico, devem ser considerados, uma vez que um atraso na sua identificação condiciona abordagens terapêuticas mais agressivas, com consequente aumento da morbilidade, como exemplificado no presente caso.

Palavras chave: Pneumonias de repetição. Tumor carcinóide brônquico atípico. Adulto jovem.

P016. DOENÇA ASSOCIADA A IGG4 - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

T. Sá¹, V. Calderira¹, D. Maia¹, R. Rosa¹, M. Emiliano¹, M. Toscano Rico², F. Martelo³, J. Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina; ³Serviço de Cirurgia Cardio-Tóraca, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: A doença associada a IgG4 é uma doença multi-sistémica, de etiologia desconhecida e crescente interesse clínico, cujo envolvimento pulmonar pode ter várias formas de apresentação.

Caso clínico: Relata-se o caso dum homem de 65 anos, caucasiano, fumador (30 UMA), com antecedentes de depressão maior, referenciado à Consulta de Pneumologia para esclarecimento etiológico de lesão pulmonar nodular única, no lobo superior do pulmão esquerdo, de contorno espiculado, com 14 mm de maior diâmetro, sem adenopatias associadas, identificada por tomografia computadorizada (TC). O doente apresentava-se clinicamente bem, sem sintomatologia respiratória ou constitucional. Procedeu-se ao controlo evolutivo através de TC seriadas, durante 12 meses. Atendendo a características radiológicas compatíveis com processo neoforativo, propôs-se ressecção cirúrgica do nódulo, realização de exame histológico extemporâneo e eventual lobectomia nomes motempo cirúrgico. Tendo em conta que o exame histológico da peça cirúrgica

ca foi compatível com lesão linfóide, não se prosseguiu para lobectomia. A cirurgia e o período pós-operatório decorreram sem intercorrências. Posteriormente o relatório histológico definitivo descreveu aspectos morfológicos compatíveis com doença esclerosante associada a IgG4, excluindo a presença de tecido de neoplasia linfóide ou epitelial na peça cirúrgica. Atendendo ao quadro clínico optou-se por não iniciar corticoterapia sistêmica e após 12 meses de acompanhamento o doente encontrava-se clinicamente estável, sem sintomatologia de novo, alterações laboratoriais ou evidência radiológica de novas lesões torácicas, abdominais ou pélvicas.

Discussão: A doença pulmonar associada a IgG4 é uma doença rara, identificada num número crescente de doentes, com múltiplas formas de apresentação clínica e que deve ser considerada como diagnóstico diferencial de lesões nodulares pulmonares únicas ou múltiplas. O seu diagnóstico atempado pode evitar agressões cirúrgicas maior com as complicações que lhes são inerentes.

Palavras chave: IgG4. Doença multi-sistêmica. Nódulo pulmonar.

P017. O QUE SE ESCONDE PARA ALÉM DE UMA MASSA PULMONAR?

M.J. Oliveira, J. Carneiro, A. Barroso, S. Conde

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução: As situações em que lesões benignas simulam lesões malignas são frequentes. Sempre que é colocada a hipótese de lesão maligna a prática do diagnóstico diferencial deve ser urgente. O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma urgência relativamente comum, cujo diagnóstico por vezes é difícil. Os sinais e sintomas juntamente com os exames complementares de diagnóstico de rotina, não permitem a exclusão ou confirmação de TEP agudo, mas aumentam o índice de suspeição. O diagnóstico precoce é fundamental, pois o tratamento imediato é altamente eficaz.

Caso clínico: Mulher, 44 anos, desempregada, fumadora (20 UMAs). Com antecedentes pessoais de fibromialgia e insuficiência venosa periférica. Referenciada do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), onde foi seguida por suspeita de tuberculose pulmonar, à consulta de Pneumologia, por toracalgia pleurítica e massa pulmonar. À observação na consulta referia dor torácica “violenta” de características pleuríticas, de agravamento progressivo, com início 2 meses antes da observação, associada a astenia, anorexia e um episódio de expectoração hemoptoica. A doente referiu também história de viagem de avião (duração de 2 horas), 4 meses antes. Dos exames já realizados no CDP: tomografia computadorizada (TC) de tórax a evidenciar área de condensação de 4 cm de margens mal definidas, justapleurais, no lobo inferior direito e broncofibroscopia sem alterações macroscópicas observáveis (lavado broncoalveolar negativo para células neoplásicas e infeção). O exame objetivo não apresentava alterações relevantes. Dos exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados salienta-se: doseamento de D-dímeros 2,64 ug/ml; gasimetria arterial: normoxemia (87 mmHg) e normocapnia (37 mmHg); angio-TC de tórax sem sinais de TEP e com evidência de aumento da massa pulmonar (45 × 23 mm); biópsia aspirativa transtorácica com processo inflamatório polimorfo com sinais de supuração. Dado o agravamento clínico, aumento da lesão pulmonar e o resultado inconclusivo dos ECD realizados, a doente foi submetida a mini-toracotomia direita para exérese em cunha da lesão pulmonar. O exame histológico do retalho de pulmão demonstrou enfarte pulmonar. Foi feito assim o diagnóstico de TEP. O estudo pró-trombótico revelou que a doente era portadora de duas variantes em heterozigotia (c.677C > T do gene MTHFR e 4G na posição -675 do gene PAI-1) e após ser discutido com Imunoterapia, tendo em conta o resultado do estudo e a duração do quadro (> 6 meses), foi decidido apenas profilaxia em situações de risco.

Discussão: Neste caso, apresenta-se uma doente com quadro clínico cujo diagnóstico diferencial foi difícil. A forte suspeita de neoplasia do pulmão assumiu o protagonismo. O tempo decorrido desde o início do quadro dificultou a avaliação da apresentação inicial (que foi muito sugestiva de TEP) e os ECD realizados desfavoreceram esta hipótese diagnóstica. Considerou-se pertinente a apresentação deste caso especialmente pelo fato dele espelhar que nem os sinais e sintomas, nem os exames complementares de diagnóstico, são totalmente definitivos. A elevada suspeição e a reunião de todos os dados deve orientar o clínico por forma a ser feito o diagnóstico acertado o mais precoce possível.

Palavras chave: Massa do pulmão. Tromboembolismo pulmonar.

P018. PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

R. Linhas, S. Campinha, M.C. Brito, A. Guilherme, S. Neves

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE.

Introdução: A pneumonia organizativa, para além da sua forma criptogénica, pode estar associada a doenças do tecido conjuntivo, fármacos, imunodeficiências, infecções respiratórias agudas, entre outros. Os autores apresentam 2 casos clínicos de pneumonia organizativa associada a hipogamaglobulinemia.

Casos clínicos: Caso 1: mulher, 35 anos, desempregada de costureira, não fumadora. Antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC), litíase vesicular e 2 abortamentos espontâneos. Em estudo inicialmente na consulta de Medicina Interna por opacidades pulmonares e adenopatias cervicais diagnosticadas na sequência de internamento prévio. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que mostrou múltiplas áreas de opacidade em “vidro despolido” com distribuição aleatória, sobretudo os lobos inferiores, algumas com sinal de Atol; consolidações mais densas subpleurais em ambos os segmentos póstero-mediais. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar sem alterações micobacteriológicas, microbacteriológicas e citológicas; contagem diferencial de populações celulares com alveolite neutrofílica e eosinofílica ligeira, tendo sido orientada posteriormente para a consulta de Pneumologia. Analiticamente estudo imunológico e tumoral sem qualquer alteração. Realizou biópsia transbrônquica sem alterações e posteriormente biópsia guiada por TC com diagnóstico final de pneumonia organizativa. Observada em consulta de Imunodeficiências primárias com resposta à vacina do tétano e pneumococos tardia mas normal. Após despiste de TB latente iniciou corticoterapia (CT) com redução gradual posterior da dose. Após ajuste de dose verificou-se recidiva das lesões pulmonares pelo que foi aumentada novamente a dose. Neste contexto pedido doseamento de Igs com défice importante da IgG (subclasses 2, 3 e 4). Iniciou tratamento de substituição com melhoria clínica e radiológica, com redução gradual da dose de CT. Caso 2: mulher 57 anos, directora comercial, não fumadora. Antecedentes de hipertensão arterial, osteoporose e eczema recorrente. Iniciou quadro de febrícula vespertina associada a hipersudoresenoturna, tosse seca irritativa e perda ponderal com 1 mês de evolução. Foi internada com o diagnóstico de pneumonia e iniciou antibióterapia. Por resposta desfavorável e manutenção das queixas após 3 ciclos de diferentes antibióticos realizou biópsia cirúrgica que permitiu o diagnóstico de pneumonia organizativa. Analiticamente sem alterações serológicas e imunológicas. Manteve seguimento na consulta de Pneumologia Geral e manteve tratamento com corticóide durante um ano (passou a dose de manutenção aos 6 meses) sem queixas e com TC de controlo sem alterações. Depois de ter cumprido 12 meses de CT e ter suspenso medicação iniciou quadro de temperatura subfebril, tosse seca e mialgias. Realizou TC torácica que mostrou imagem de consolidação no lobo inferior direito. Reiniciou CT e repetiu TC 3 meses depois com consolidação no lobo inferior esquerdo e desapa-

recimento da lesão à direita. Foi pedido novo doseamento de imunoglobulinas tendo sido diagnosticado um défice de IgG. Iniciou tratamento de substituição com melhoria franca e sem recidivas.

Discussão: A pneumonia organizativa é uma patologia rara e deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes com imagens radiológicas de consolidação. A hipogamaglobulinemia deve ser sempre excluída como causa de pneumonia organizativa secundária principalmente quando surgem recidivas com a redução ou suspensão da corticoterapia. Estes casos pretendem alertar para a importância de excluir causas secundárias de pneumonia organizativa.

Palavras chave: *Pneumonia organizativa. Hipogamaglobulinemia.*

PO19. UMA COMPLICAÇÃO RARA DO PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO

L. Martins, P. Dionísio, S. Moreira, A. Manique, I. Correia, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Pneumomediastino significa ar livre no mediastino. Define-se como pneumomediastino espontâneo quando não há uma causa aparente tal como trauma, cirurgia, procedimentos ou infeções intratorácicas. O pneumorráquis é uma entidade clínica rara que consiste na presença de ar intraespal. As principais causas de pneumorráquis podem ser classificadas em iatrogénicas, traumáticas e não-traumáticas. O pneumomediastino espontâneo cursa normalmente com enfisema subcutâneo e ocasionalmente com pneumotórax, mas raramente se complica de pneumorráquis. Apresentamos um caso raro de pneumomediastino espontâneo precipitado por um acesso de tosse vigorosa, associado a pneumorráquis.

Caso clínico: O caso refere-se a um jovem do sexo masculino, 22 anos, não fumador, sem antecedentes relevantes. Foi observado no Serviço de Urgência por apresentar dor torácica após acesso de tosse. Referiu tosse seca persistente nos 5 dias prévios. Sem história de trauma, asma, febre ou vômitos. No exame físico foi observado enfisema subcutâneo cervical e na região supraclavicular. Não apresentava sinais de dificuldade respiratória nem alterações na percussão e auscultação pulmonar. Exame neurológico normal. Foi efectuada uma TC do pescoço, tórax e abdómen que revelou a presença de pneumomediastino e quantidade de ar no espaço epidural a nível cervical e torácico. Não foi observado pneumotórax. O doente foi internado para observação e tratamento conservador, que consistiu em repouso, oxigenoterapia e medicação para controlo da tosse. Nos quatro dias subsequentes verificou-se uma melhoria sintomática com resolução do enfisema subcutâneo. Durante o período de seguimento não se registaram sinais de recidiva.

Discussão: O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara e pouco reconhecida o que implica elevado nível de suspeição para o diagnóstico correcto. É necessário estar atento particularmente em doentes jovens e especialmente naqueles com queixas de dor torácica e/ou dispneia. Como observado no caso clínico descrito e em concordância com a literatura, o tratamento conservador é recomendado porque o pneumomediastino espontâneo é normalmente benigno e auto-limitado, com ou sem pneumorráquis. Contudo, o diagnóstico precoce e a observação contínua são atitudes fundamentais para evitar potenciais complicações.

Palavras chave: *Pneumomediastino espontâneo. Pneumorráquis.*

PO20. SÍNDROME DE CHURG STRAUSS: REVISÃO DE 2 CASOS

J.P. Silva, C.B. Silva, T. Abrantes, M. Sousa, E. Silva, V. Melo, J. Vale, A. Garrido, S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A síndrome de Churg-Strauss (SCS) é uma doença inflamatória sistémica caracterizada por asma, eosinofilia periférica, vasculite necrotizante de pequenos e médios vasos e granulomas eosinofílicos extravasculares que podem atingir múltiplos órgãos e sistemas.

Casos clínicos: Doente 1. Sexo feminino, 80 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca e história de longa data de asma e rinosinusite alérgica. É admitida por astenia, anorexia, perda ponderal e agravamento do padrão de dispneia habitual, acompanhado de tosse produtiva com expectoração hemoptóica. Ao exame físico apresentou-se orientada e colaborante, com hipostesia e diminuição da força muscular nos membros inferiores. No Rx Tórax evidenciou um infiltrado de novo no campo pulmonar esquerdo que se traduziu em múltiplas condensações bilaterais com áreas em vidro despolido na tomografia computadorizada. A broncofibroscopia demonstrou macrófagos com grânulos de hemossiderina. Analiticamente destacou-se eosinofilia periférica, aumento da IgE e de p-ANCA, função renal preservada. Foi assumido o diagnóstico de SCS tendo iniciado corticoterapia com melhoria clínica franca. Doente 2. Sexo feminino, 69 anos, com antecedentes de asma, rinite alérgica e doença renal crónica, recorre ao SU com sintomatologia constitucional com um mês de evolução destacando-se na avaliação analítica inicial lesão renal aguda com indicação para diálise. Posteriormente desenvolveu tosse com expectoração hemoptóica e insuficiência respiratória. Analiticamente apresentava anemia, eosinofilia periférica de 20% e positividade para p-ANCA. Foi assumido o diagnóstico de síndrome pulmão-rim secundária a vasculite tendo iniciado de imediato pulsos de corticoterapia, terapêutica imunossupressora e plasmaferese com estabilização clínica e analítica. Realizou TC-tórax que mostrou áreas dispersas bilaterais em vidro despolido poupando o espaço subpleural. Fez ainda broncofibroscopia cujo estudo citológico realçou 66% de macrófagos com depósitos de hemossiderina e 40% de eosinófilos. Não realizou biópsia renal por constatação em ecografia de assimetria renal.

Discussão: O diagnóstico de SCS está geralmente dependente de análise histológica, embora esta possa ser desnecessária se o doente apresentar eosinofilia periférica e as manifestações clínicas típicas, atendendo aos critérios de diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia. A doença renal clinicamente significativa é menos frequente e menos grave que em outras formas de vasculite. A SCS é uma doença muito rara, com uma incidência de 1 a 7 casos por milhão de indivíduos por ano. A doença afeta igualmente ambos os sexos e pode surgir em qualquer idade.

Palavras chave: *Churg-Strauss. Asma. Eosinofilia. Vasculite.*

PO21. PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA: APRESENTAÇÕES DÍSPARES DE UMA ENTIDADE RARA

D. Apolinário, A. Vale, L. Ribeiro, A.I. Loureiro, A. Afonso

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

Introdução: A pneumonia intersticial linfocítica (LIP-Lymphoid interstitial pneumonia) está geralmente associada a uma desregulação do sistema imunitário, como nas doenças autoimunes ou imunodeficiências, infeções e fármacos. A forma idiopática é ainda menos frequente sendo atualmente classificada no grupo das Pneumonias Intersticiais Idiopáticas raras. O curso clínico não está completamente descrito e a transformação em linfoma pode ocorrer, aparentemente com uma baixa probabilidade, embora a verdadeira associação seja desconhecida.

Casos clínicos: Caso 1: mulher de 33 anos previamente saudável referenciada à consulta de Pneumologia em 2008 por quadro com 2 anos de evolução de tosse seca e dispneia para médios esforços, de agravamento progressivo. Ao exame físico estava emagrecida, com uma diminuição global do murmúrio vesicular. Em termos funcio-

nais apresentava um síndrome restritivo moderadamente grave com diminuição da capacidade de difusão pelo monóxido de carbono. Na tomografia computadorizada (TC) do tórax havia evidência de desorganização do interstício pulmonar com extensas áreas fibroticas apicais, padrão em mosaico e bronquiectasias. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar onde se constatou uma alveolite linfocítica. Posteriormente foi submetida a biópsia pulmonar cirúrgica que revelou padrão histológico de LIP. Foi realizado estudo complementar com serologias víricas, estudo imunológico, imunoglobulinas, eletroforese das proteínas séricas e função tiroideia sem alterações relevantes. Iniciou terapêutica imunossupressora mas por agravamento clínico, radiológico e funcional foi submetida a transplante pulmonar em 2012 tendo falecido 7 meses depois por intercorrência infecciosa. Caso 2: mulher de 50 anos, comerciante de aves, sem antecedentes de relevo. Aquando do internamento no nosso hospital em 2011 apresentava história de tosse seca e sintomas constitucionais com 1 ano evolução, por vezes com febre associada. Ao exame físico tinha crepitações na base pulmonar direita e esplenomegalia. Na radiografia do tórax havia uma hipotransparência na base direita e "reforço" retrocardíaco à esquerda, tendo realizado TC onde eram visíveis consolidações pulmonares nas bases, lobo médio e língua. Foi interpretado inicialmente em contexto infeccioso mas por persistência da imagem realizou-se estudo complementar do qual se destaca anemia e hipogammaglobulinemia (IgG e IgA) com função tiroideia, estudo imunológico, complemento e serologias víricas negativas. Apresentava uma alteração ventilatória restritiva ligeira. Foi submetida a biópsia pulmonar cirúrgica com resultado compatível com LIP e medicada com corticóides. Manteve seguimento simultâneo na consulta de Hematologia tendo-se diagnosticado uma imunodeficiência comum variável e realizou tratamento regular com imunoglobulinas. Em 2014 devido ao aparecimento de adenomegalias mediastínicas foi submetida a EBUS-TBNA que mostrou gânglios com população monoclonal. Poucos dias depois foi admitida no serviço de cuidados intensivos com quadro de síndrome de lise tumoral tendo sido diagnosticado um linfoma não-Hodgkin de grandes células B na medula óssea com evolução desfavorável e morte da doente.

Discussão: Os autores apresentam 2 casos de LIP em mulheres com idade ao diagnóstico semelhante ao descrito. A apresentação clínica foi insidiosa e inespecífica, imagiologicamente com padrões diferentes e ambas com um padrão funcional restritivo. No segundo caso foi possível encontrar uma associação a imunodeficiência comum variável e provável a linfoma. Ambas as situações foram de mau prognóstico com óbito em 3 e 4 anos após o diagnóstico.

Palavras chave: *Pneumonia intersticial linfocítica. Doença intersticial pulmonar. Linfoma.*

P022. COMORBILIDADES EM DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E SUA RELAÇÃO COM FREQUENCIA DE EXACERBAÇÕES AGUDAS E MORTALIDADE

D. Vaz, M. Dias, M.J. Oliveira, D. Coutinho, M. Vanzeller, M.C. Brito, T. Shiang

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) está frequentemente associada a outras patologias que condicionam um pior prognóstico no que respeita a qualidade de vida, frequência de exacerbações e mortalidade.

Objectivo: Caracterizar população de doentes com DPOC quanto à prevalência de comorbilidades. Estabelecer a relação entre prevalência de comorbilidades, número de exacerbações e mortalidade.

Métodos: Estudo retrospectivo caracterizando a população quanto a: Idade, género, hábitos tabágicos. Severidade de dispneia, seve-

ridade de obstrução (volume expiratório forçado no 1º segundo -FEV1). Estadio GOLD. Prevalência global de comorbilidades e score de comorbilidade de Charlson. Score de mortalidade a 3 anos ADO (conjugando idade, FEV1 e severidade de dispneia de acordo com escala mMRC). Número de exacerbações no último ano (discriminando exacerbações severas com necessidade de internamento hospitalar). Subsequentemente determinou-se a relação entre a prevalência de comorbilidades, score ADO e número de exacerbações no último ano.

Resultados: O estudo incluiu 75 doentes (76% sexo masculino), idade média $69,5 \pm 11,6$ anos e elevada prevalência de hábitos tabágicos (55%). 76% apresentavam dispneia de severidade igual ou superior a grau 2 mMRC. Em média, os doentes apresentavam FEV1 de $56 \pm 24\%$ do valor previsto. A estratificação por estadio GOLD classificou 12% como GOLD A; 13,3% GOLD B; 10,7% GOLD C e 64% GOLD D. O número médio de exacerbações no último ano foi de $3 \pm 2,3$; e o número médio de exacerbações severas no mesmo período foi de 2 ± 1 . As comorbilidades mais frequentes foram doença cardiovascular (74,7%); dislipidemia (42,7%), doença de refluxo gastroesofágico (32%), e a diabetes mellitus tipo 2 (26,7%). O número médio de comorbilidades por doente foi de $4,2 \pm 2,8$. O índice de Charlson médio foi de $2 \pm 1,6$ e de $4 \pm 2,8$ (ajustado para idade). A percentagem de doentes com índice de Charlson superior ou igual a 3 foi de 29,3%. O score ADO médio foi de $7,8 \pm 2,7$; a percentagem de doentes com score ADO superior ou igual a 7 (mortalidade a 3 anos de 10%), e superior ou igual a 9 (mortalidade a 3 anos de 20%) foi de 76% e 44% respetivamente. A presença de 2 ou mais comorbilidades associou-se a score ADO mais elevado ($8,3 \pm 2,3$ vs $5,4 \pm 3,6$, $p = 0,009$), maior número de exacerbações nos últimos 12 meses (3 ± 2 vs $1 \pm 0,7$, $p = 0,009$) e maior número de internamentos por exacerbação no mesmo período ($1,9 \pm 1,5$ vs $0,5 \pm 0,3$, $p = 0,003$). Os doentes com índice de Charlson superior a 3 apresentavam tendência para score ADO superior ($8,5 \pm 2$ vs $7,5 \pm 3$, $p = 0,09$). Os doentes com índice de Charlson ajustado à idade superior a 3 apresentavam score ADO significativamente superior (8 ± 2 vs 6 ± 3 , $p = 0,001$).

Conclusões: Nesta população a presença de 2 ou mais comorbilidades associou-se a um score de mortalidade ADO mais elevado, maior número de exacerbações anuais e exacerbações severas. Os doentes com índice de comorbilidade de Charlson mais elevado, apresentavam score de mortalidade ADO mais elevado. Estes achados evidenciam o impacto negativo que um maior número de comorbilidades condiciona no prognóstico global dos doentes com DPOC.

Palavras chave: *Doença pulmonar obstrutiva crônica. Comorbilidades. Exacerbações. Mortalidade.*

P023. CESSAÇÃO TABÁGICA APÓS INTERNAMENTO POR PATOLOGIA CARDÍACA VS PATOLOGIA RESPIRATÓRIA - RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE APOIO INTENSIVO

J. Cordeiro da Costa, I. Ladeira, M. Guimarães, M. Preto, J. Valério, A. Correia, I. Pascoal

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: As patologias cardiovasculares e respiratórias ocupam o topo das causas de morte no mundo segundo a OMS. O internamento hospitalar por estas patologias é um evento major na vida de um doente, sendo a intervenção para a cessação tabágica uma oportunidade nestas situações. O presente estudo pretende comparar o sucesso da intervenção para cessação tabágica em doentes com eventos cardíacos major em comparação com doentes com eventos respiratórios major com necessidade de internamento hospitalar.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo. Foram analisados os processos clínicos de todos os doentes orientados para consulta de

Desabitação Tabágica da nossa instituição provenientes dos internamentos de Cardiologia e Pneumologia entre 01/2012 e 12/2013. Foram analisadas variáveis demográficas, variáveis relacionadas com a história de consumo de tabaco e grau de dependência, motivo de internamento, a prescrição de terapêutica de substituição de nicotina (TSN) no internamento e após alta e o sucesso da intervenção intensiva aos 6 meses de seguimento. Estatisticamente foram utilizadas medidas de tendência central, os testes de t Student, Mann-Whitney e qui-quadrado. Foi assumida uma significância para $p < 0,05$ (software: IBM® SPSS® versão 22).

Resultados: O grupo de doentes da Pneumologia (gPn) teve $n = 27$ e da Cardiologia (gCd) $n = 39$. As medianas de idades (anos) foram: gPn = 56 (22-70), gCd = 49 (33-71), ($p = 0,2$). O gPn teve 25,9% doentes do sexo feminino, o gCd 15,4% ($p = 0,29$). Os motivos de internamento mais frequentes no gPn foram a DPOC exacerbada (33,3%) e a Pneumonia (22,2%) e no gCd todos foram internados por enfartes do miocárdio. Os tempos de internamento medianos (dias) foram: gPn = 8 (1-18), gCd = 4 (3-10) ($p < 0,001$). Os tempos internamento-consulta medianos (dias) foram: gPn = 18 dias (6-32), gCd = 15 dias (6-36) ($p = 0,8$). O número médio de consultas no gPn foi de $3,0 (\pm 2,2)$ e no gCd foi de $3,7 (\pm 3,0)$ ($p = 0,27$). A idade de início dos hábitos tabágicos (anos) média no gPn foi $17,4 (\pm 4,5)$ e no gCd = $15,3 (\pm 3,2)$ ($p = 0,04$). O número de cigarros/dia mediano no gPn foi 20 (9-40) e no gCd foi 20 (10-60) ($p = 0,07$); as cargas tabágicas medianas (UMA) foram: gPn = 44,5 (8-80), gCd = 47 (14-120) ($p = 0,47$). O valor do teste de Fagerström médio foi de 5,0 nos 2 grupos ($p = 0,84$). No gPn 66,7% dos doentes tinha patologia respiratória prévia (predominantemente asma e DPOC) enquanto no gCd apenas 7,7% ($p < 0,001$). No gPn 88,9% dos doentes cumpriram TSN no internamento vs 59% no gCd ($p = 0,05$); na 1ª consulta apenas 30% do gPn mantinha vs 33% do gCd ($p = 0,55$); 74% dos doentes nos 2 grupos estava em abstinência/redução significativa na 1ª consulta ($p = 0,51$). A taxa de sucesso foi semelhante nos 2 grupos (37% no gPn e 41% no gCd, $p = 0,43$).

Conclusões: O sucesso da cessação tabágica não foi influenciado pelo tipo de evento major (cardíaco vs respiratório) que justificou internamento. De salientar, que apesar da maior implementação da TSN durante o internamento no Serviço de Pneumologia, esse facto não se traduziu em manutenção da mesma após a alta, nem em maior taxa de sucesso.

Palavras chave: Tabagismo. Abstinência. Internamento. Evento. Cardíaco. Respiratório.

PO24. GRAU DE ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA NICOTINA E A MOTIVAÇÃO NUMA CONSULTA DE APOIO AO FUMADOR

D. Coelho, V. Firmino, C. Alves, V. Sacramento, M.J. Simões, H. Marques, M.E. Camacho

Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Introdução: O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de morte, a nível mundial. A promoção da cessação tabágica constitui um dos principais meios para obter diminuição da prevalência e uma das medidas com mais custo-efectividade na prevenção.

Objectivo: Caracterizar a população dos fumadores e avaliar o grau de associação entre a dependência nicotina e motivação dos utentes seguidos na consulta de apoio ao fumador do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo, cuja população em estudo é constituída por todos os utentes observados em primeira consulta no período compreendido entre o ano de 2012 a 2013. A recolha de dados foi efectuada através da consulta de registos dos processos clínicos. Foi recolhida informação relativamente às ca-

racterísticas socioeconómicas, história tabágica, nível de dependência de nicotina, grau de motivação, tratamento efectuado. Utilizou-se o teste de Fagerström para avaliar a dependência física da nicotina e o teste de Richmond para determinar a motivação. As variáveis quantitativas, foram apresentadas através de frequências absolutas e as medidas de tendência central e de dispersão. Utilizou-se o teste de qui-quadrado na comparação de proporções e o teste t-Student na comparação dos dados numéricos.

Resultados: Dos 130 fumadores estudados, 46 eram do sexo feminino (35,4%) e 84 eram do sexo masculino (64,6%). Apresentavam uma mediana de 50 anos, com a média da classe etária entre os 40-50 anos em ambos os géneros. Dos fumadores estudados 59 (45,4%) são trabalhadores no activo. Na amostra 47,7% têm o ensino secundário. A idade média de início de consumo regular de tabaco no sexo feminino foi $19,76 \pm 7,05$ e no sexo masculino $18,50 \pm 9,86$. A média de consumo de cigarro/dia foi de $20,59 \pm 6,26$ sexo feminino e $23,60 \pm 10,19$ no sexo masculino. Não se verificou diferença significativa em ambos os sexos para as variáveis em questão. O nível mediano de dependência de nicotina apresentado pelos fumadores foi moderado (6) e a pontuação mediana obtida no Teste de Motivação de Richmond foi moderada (7), não existindo uma diferença significativa quanto ao sexo para estas duas variáveis ($P > 0,05$). Não se verificou associação entre o grau de dependência e o grau de motivação para um valor de $p = 0,05$. Dos 130 fumadores, 105 (87,7%) realizaram terapêutica farmacológica para auxiliar a cessação tabágica. Foi prescrita: vareniclina 46,9%, bupropiona 14,6%, terapêutica de substituição de nicotina (TSN) em 19,2%.

Conclusões: Não se verificaram diferenças estatísticas significativas em ambos os géneros na média do início de consumo regular e de consumo de cigarro/dia. A associação entre o grau de dependência de nicotina e motivação não foi estatisticamente significativa para um nível de significância de 95%. A terapêutica prescrita na maioria dos fumadores foi a vareniclina e bupropiona.

Palavras chave: Tabaco. Grau de dependência. Motivação. Cessação tabágica.

PO25. APOIO INTENSIVO APÓS INTERNAMENTO - FACTORES PREDITIVOS DA ABSTINÊNCIA TABÁGICA AOS 6 MESES

J. Cordeiro da Costa, M. Guimarães, I. Ladeira, P. Faustino, J. Valério, A. Correia, I. Pascoal

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os profissionais de saúde têm a obrigação de identificar os fumadores e promover a cessação tabágica. O internamento hospitalar constitui uma oportunidade especial para a cessação tabágica. A intervenção deve ser iniciada no internamento. O tratamento da síndrome de privação aumenta a probabilidade de abstinência, sendo fundamental o seguimento após a alta. O presente estudo caracteriza os doentes provenientes do internamento, seguidos na Consulta de Desabitação Tabágica e avalia a abstinência contínua aos 6 meses.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo. Foram incluídos todos os doentes orientados para consulta de Desabitação Tabágica provenientes do internamento na nossa instituição entre 01/2012 e 12/2013. Foram recolhidas variáveis demográficas, tempo e motivo de internamento, tempo até à primeira consulta, características dos fumadores, terapêutica de substituição de nicotina (TSN) no internamento e na primeira consulta e abstinência, confirmada pela determinação do monóxido de carbono, na primeira consulta e aos 6 meses. Estatisticamente foram utilizadas medidas de tendência central os testes t Student, Mann-Whitney e qui-quadrado. Foi definido um nível de significância para $p < 0,05$. O software utilizado foi o IBM® SPSS® versão 22.

Resultados: Foram incluídos na amostra 73 doentes. A média de idades foi de 51,2 anos ($\pm 10,3$); 79,5% do sexo masculino ($n = 58$). Os Serviços de proveniência foram o de Pneumologia (37%), Cardiologia (53,4%) e Unidade de AVC (9,6%). Os motivos cardiovasculares predominaram (64,4%), em particular os enfartes agudos do miocárdio, sobre os respiratórios agudos ou crónicos (35,6%) - predominantemente asma ou DPOC exacerbada ou pneumonia da comunidade. O tempo de internamento mediano foi de 5 dias (mín-máx = 1-18) e o tempo para a primeira consulta de Desabitação Tabágica médio foi de 17,3 dias ($\pm 7,3$). Relativamente aos hábitos tabágicos, a idade de início média foi de 16 anos ($\pm 3,9$), o número de cigarros/dia mediano de 20 (mín-máx = 9-60) e a carga tabágica média de 48,9 ($\pm 26,3$). O valor médio do Teste de Dependência de Fagerström foi de 5 (± 2). Na primeira consulta 67,1% dos doentes estavam abstinentes e 5,5% reduziram consumo. O número médio de consultas foi de 3,4 ($\pm 2,6$) e o número médio de faltas às consultas de 1,15 ($\pm 0,86$). No grupo de sucesso, 74,8% dos doentes tiveram 4 ou mais consultas contra apenas 25,2% com 3 ou menos consultas ($p = 0,001$). Relativamente à TSN, 68,5% dos doentes efectuaram sistemas transdérmicos no internamento, mas apenas 30,1% mantinham à data da primeira consulta. A taxa de abstinência contínua aos 6 meses foi de 46,3%. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com sucesso na intervenção e o grupo de insucesso nas variáveis estudadas à excepção da maior adesão à consulta e da abstinência/redução na primeira consulta no grupo de sucesso ($p = 0,04$ e $p = 0,01$ respectivamente). Houve uma tendência não significativa para melhor resultado naqueles que cumpriam TSN em ambulatório à data da primeira consulta ($p = 0,09$).

Conclusões: A intervenção e terapêutica durante o internamento constituem um elemento-chave na abstinência. A abstinência precoce é determinante do sucesso aos 6 meses. Os resultados do apoio intensivo são animadores, particularmente em fumadores disponíveis para aderir ao programa.

Palavras chave: Tabagismo. Abstinência. Internamento.

P026. DIA MUNDIAL SEM TABACO: AVALIAÇÃO ESPIROMÉTRICA E DOSEAMENTO DO MONÓXIDO DE CARBONO (CO)

M. Fradinho¹, C. Matos¹, F. Nogueira¹, R. Ferreira²

¹Serviço de Pneumologia; ²Unidade de Função Respiratória, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz.

Introdução: Desde 1987 que se celebra o Dia Mundial sem Tabaco a 31 de Maio (OMS). Ao longo dos anos, neste dia têm sido realizadas várias iniciativas de sensibilização para a Cessação Tabágica e rastreio de alterações respiratórias relacionadas com o tabaco, nomeadamente a nível hospitalar.

Objectivo: Avaliação dos hábitos tabágicos e efeitos do tabaco na função respiratória de utentes e profissionais do Hospital Egas Moniz - CHLO, no âmbito do Dia Mundial sem Tabaco.

Métodos: Realização voluntária de questionário, avaliação espirométrica e doseamento de CO no ar exalado. Parâmetros avaliados: sexo, idade, utente/funcionário hospitalar, hábitos tabágicos passados ou atuais, grau de dependência de nicotina (teste de Fagerström), avaliação espirométrica através de espirómetro portátil Microlab 3300® e doseamento de CO e COHb no ar exalado através de Smokerlyzer Micro 4®.

Resultados: Foram avaliados 27 voluntários durante um período do Dia Mundial sem Tabaco, dos quais 15 eram funcionários do CHLO. Cinquenta e dois por cento eram do sexo feminino (18 doentes) e 48% do sexo masculino. A média de idades era de 42 ± 12 anos (17-65 anos). Vinte e três dos voluntários eram fumadores, sendo destes cerca de metade funcionários hospitalares. Sessenta e cinco por cento dos voluntários apresentava dependência baixa de nico-

tina, sendo os 3 com dependência elevada do sexo masculino. De acordo com o doseamento do CO no ar exalado, 8 eram fumadores regulares, 7 fumadores muito ligeiros e 3 fumadores pesados (> 20 ppm de CO), tendo estes fumado o último cigarro < 1 h antes da avaliação. Dos voluntários avaliados, 2 apresentavam alteração ventilatória obstrutiva (1 ligeiro e 1 grave) e 9 diminuição dos débitos a baixos volumes.

Conclusões: Apesar da amostra analisada ser pequena, nota-se uma crescente preocupação pela parte dos fumadores ou ex-fumadores em avaliar as repercussões negativas que o tabaco provoca. No entanto, há que sensibilizar cada vez mais os fumadores para os malefícios do tabaco, nomeadamente com iniciativas de rastreio.

Palavras chave: Dia Mundial sem Tabaco. Hábitos tabágicos. Espirometria.

P027. BARREIRAS E FACTORES ASSOCIADOS COM A INTERVENÇÃO BREVE EM CESSAÇÃO TABÁGICA DOS MÉDICOS PORTUGUESES- ESTUDO TRANSVERSAL EM DUAS CONFERÊNCIAS MÉDICAS

S.B. Ravara^{1,2}, S. Amorim^{3,4}, P. Aguiar³, J.M. Calheiros^{1,2}

¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã. ²Hospital Universitário CHCB, Covilhã. ³Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. ⁴Hospital Fernando Fonseca, Amadora.

Introdução: A cessação tabágica é uma das intervenções médicas com maior custo-efectividade. Os médicos devem intervir de forma sistemática, identificando os fumadores, aconselhando a deixar de fumar e oferecendo recursos válidos de cessação tabágica (intervenção breve para a cessação tabágica).

Objectivo: Avaliar as barreiras à intervenção breve em cessação tabágica auto-relatadas pelos médicos portugueses; avaliar os factores associados com a prática clínica da intervenção breve em tabagismo.

Métodos: Em 2009, foi realizado um estudo transversal no âmbito de conferências médicas, visando médicos de família e médicos hospitalares. Em duas conferências médicas nacionais de grande dimensão foram distribuídos questionários de auto-preenchimento aos participantes. Foram realizados dois tipos de amostragem: sistemática e consecutiva. Foi efectuada uma análise descritiva e inferencial, usando os testes estatísticos de qui-quadrado, McNemar e Mann-Whitney e regressão logística múltipla.

Resultados: A taxa de resposta foi de 64%. Dos 549 participantes, 61,9% eram do sexo feminino e 64,3% eram médicos de família; a média da idade foi de $40,5 \pm 12,6$ anos (24-70). Os médicos relataram as seguintes frequências: 1) Abordar e perguntar sobre o comportamento tabágico (83,5%, IC95%: 80,4-86,6); 2) Aconselhar para deixar de fumar (85,6%, IC95%: 82,7-88,5); 3) Motivar para deixar de fumar (67,2%, IC95%: 63,3-71,1); 4) Referir a um programa de cessação tabágica (38,3%, IC95%: 34,2-42,4), $p < 0,001$. A frequência dos passos combinados da intervenção breve foi de 30,5%, $p < 0,001$. A regressão logística mostrou que os factores associados à intervenção breve consistente foram os seguintes: prática clínica num programa de cessação (aOR = 3.41, IC95%: 1,58-7,34, $p = 0,002$); formação pós-graduada em prevenção/tratamento de tabagismo (aOR = 1.71, IC95%: 1,15-2,53, $p = 0,008$); ser do sexo feminino (aOR = 1.98, IC95%: 1,31-3,0, $p = 0,001$) e ter mais de 45 anos (aOR = 1.71, IC95%: 1,16-2,53, $p = 0,007$). Foram relatados pelos médicos como os obstáculos mais importantes para a intervenção clínica de cessação tabágica: 1) intervir em fumadores não motivados para cessar (51,7%); 2) limitações de tempo (28,1%); 3) formação insuficiente em cessação tabágica (27,6%); 4) e confiança baixa na eficácia da intervenção (17,1%), $p < 0,001$.

Conclusões: Os resultados sugerem que a intervenção breve em tabagismo está mal implementada nos serviços de saúde. Tal refor-

ça a necessidade de programas de formação abrangentes, assim como uma abordagem facilitadora e efectiva dos sistemas de saúde, a fim de promover a implementação da intervenção breve em cessação tabágica. Os programas de formação devem incluir a entrevista motivacional e a prática clínica num programa de cessação.

Palavras chave: Cessação tabágica. Intervenção breve. Médicos.

P028. CESSAÇÃO TABÁGICA E VARENICLINA

I. Ribeiro, R. Campanha, C. Guimarães, M. Fradinho, F. Martins, C. Matos, F. Nogueira

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz.

No período de 1 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013, foram observados pela primeira vez na consulta de desabitação tabágica 456 fumadores. O objectivo deste estudo foi avaliar a cessação tabágica em fumadores medicados com vareniclina. Este fármaco está aprovado para a cessação tabágica e disponível em Portugal desde março de 2007. Trata-se de agonista parcial específico do receptor $\alpha_4\beta_2$, nicotínico, que reduz a urgência em fumar, os sintomas de abstinência e a sensação de satisfação associada à inalação do fumo do cigarro. Dos 456 fumadores avaliados 97 (21,3%) foram medicados com vareniclina. A vareniclina foi prescrita, sem associação a outro fármaco, nos doentes sem história de doença psiquiátrica ou naqueles com doença psiquiátrica, após avaliação em Consulta de Psiquiatria. Esta terapêutica era iniciada cerca de uma semana antes do dia estabelecido pelo doente para a cessação tabágica, tendo duração de 12 semanas. Dos 97 fumadores, 44 (45,3%) eram do sexo feminino e 53 (54,6%) do sexo masculino. A média etária observada foi de 49 anos (mínima de 23 anos - máxima de 73 anos). A média da carga tabágica destes doentes era de 46 unidades maço por ano. O teste de dependência da nicotina de Fagerström mostrou elevada dependência em 21 doentes (21,6%), dependência média em 71 (73,2%) e baixa dependência em 5 doentes (5,2%). A motivação, avaliada pelo questionário de Richmond, foi baixa em 42 doentes (43,3%), intermédia em 49 (50,5%) e elevada em 6 doentes (6,2%). Os efeitos secundários mais documentados foram insónias, pesadelos e alteração do trânsito intestinal em cerca de 30% dos fumadores, não tendo havido necessidade de suspender a terapêutica em nenhum dos doentes por este motivo. Segundo a literatura, a vareniclina poderá estar associada a ideação suicida, não se documentando no nosso estudo qualquer registo em relação a esta situação. Em relação à cessação tabágica verificou-se que não fumam há mais de doze meses - 13 (13,4%); há mais de seis meses - 12 (12,4%); há mais de três meses - 13 (13,4%); continuam a fumar 21 casos (21,6%), sendo que destes apenas 7 mantêm seguimento em consulta. Os restantes doentes apresentam duração de cessação tabágica inferior a 3 meses. Os resultados do presente estudo parecem encorajadores na cessação tabágica. Não deverão, no entanto, ser desprezados os efeitos secundários descritos, pelo que deverá ser feita uma selecção rigorosa dos doentes para início desta terapêutica.

Palavras chave: Vareniclina. Tabagismo.

P029. REPERCUSSÃO CLÍNICA, FUNCIONAL E DO PERFIL DE SENSIBILIDADE DA ANTIBIOTERAPIA INALADA

V. Santos¹, A.V. Cardoso¹, A. Pereira², C. Damas¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Farmácia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto.

Introdução: A infeção crónica por agentes gram-negativos está associada a deterioração progressiva da função pulmonar e ao agra-

vamento clínico de doentes com patologia respiratória. Os antibióticos inalados têm sido utilizados com perfil de segurança e eficácia nestes doentes, nomeadamente, na fibrose quística, bronquiectasias e na prevenção e tratamento de doentes com pneumonia, com resultados promissores.

Objectivo: Avaliar a eficácia e segurança dos antibióticos inalados como terapêutica continuada e de suporte em doentes com patologia respiratória, colonizados cronicamente com *Pseudomonas aeruginosa*. Determinar se a administração de antibióticos através do trato respiratório está associada a melhoria clínica e funcional nestes doentes.

Métodos: Foram analisadas as características demográficas e clínicas dos doentes sob antibioterapia inalada no ano de 2013, assim como as diferenças funcionais e do perfil de sensibilidade nos 6 meses antes e depois do início da terapêutica inalada.

Resultados: Um total de 33 doentes estava sob antibioterapia inalada durante o ano de 2013, 54,5% (n = 18) do sexo masculino e 45,5% (n = 15) do sexo feminino, com uma mediana de idade de 35 anos (25-54 anos). Dos doentes incluídos, 54,5% (n = 18) tinham fibrose quística, 24,2% (n = 8) bronquiectasias, 12,1% (n = 4) eram transplantados pulmonares, 6,1% (n = 2) tinham doença pulmonar difusa e 3% (n = 1) esclerose lateral amiotrófica. A colistina inalada foi prescrita em 54,5% (n = 18) dos doentes, a tobramicina em 42,4% (n = 14) e o aztreonam em um doente. Quanto à avaliação funcional pré e pós tratamento, verificou-se sobreponibilidade (FEV1 45,9 ± 19,6% vs 47,2 ± 20,7%, p = 0,43; FVC 68,8 ± 20,4% vs 69,4 ± 21,5%, p = 0,75; IT 56,1 ± 15,3% vs 55,7 ± 14,9%, p = 0,71). Foi verificada melhoria clínica significativa, com redução do número de exacerbações e de internamentos após 6 meses do início da antibioterapia inalada (nº de exacerbações: 1,94 ± 0,9 vs 0,82 ± 0,6, p < 0,001; nº de internamentos: 1,03 ± 1,5 vs 0,45 ± 0,8, p = 0,002). Quanto à tolerância ao antibiótico prescrito, 84,8% (n = 28) dos doentes não manifestaram qualquer efeito lateral relacionado com o fármaco, no entanto, em 5 doentes (15,2%) houve necessidade da sua suspensão devido a cefaleias, epigastralgias e fissuras orais. Todos os regimes de antibióticos prescritos produziram uma redução do volume de expectoração e não se verificou desenvolvimento de estirpes altamente resistentes ao longo do estudo.

Conclusões: A terapêutica antimicrobiana inalada é uma alternativa atrativa à administração sistémica, uma vez que está associada a maior capacidade de atingir elevadas concentrações de agentes antimicrobianos nas secreções e no tecido pulmonar e brônquico, assim como atingir concentrações inibitórias mínimas em dosagens mais baixas em comparação com as formulações intravenosas. O estudo apresentado mostrou o benefício dos antibióticos inalados, em regime de manutenção, na redução do número de internamentos e exacerbações nos doentes com colonização por *Pseudomonas aeruginosa*, sem desenvolvimento de estirpes resistentes aos mesmos e, na maioria dos doentes, sem efeitos laterais.

Palavras chave: Antibioterapia inalada.

P030. ASSOCIAÇÃO ENTRE DÉFICE DE ALFA 1 ANTITRIPSINA E BRONQUIECTASIAS

D. Araújo, M. Sucena

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de S. João.

Introdução: O déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) como factor etiológico de bronquiectasias, tem sido alvo de discussão há vários anos. Vários casos foram descritos mas estudos mais alargados escasseiam. A existência de bronquiectasias nos doentes com este déficit é algo relativamente comum, sendo uma das explicações para tal a presença de um enfisema exuberante que aliado a bronquite crónica acaba por evoluir para uma distorção arquitetural das vias respiratórias. Contudo, existem casos de doentes com DAAT

sem enfisema e com bronquiectasias. Este trabalho tem como objectivo a caracterização de uma população de doentes com bronquiectasias e DAAT, tentando estabelecer uma associação causal-efeito entre as duas entidades.

Métodos: Dos doentes com DAAT seguidos em consulta externa de Pneumologia entre 2012 e 2014 (n = 108), foram seleccionados os que apresentavam bronquiectasias (evidência imagiológica em tomografia computadorizada). Avaliados vários parâmetros clínicos e analíticos. Utilizada a classificação internacional de gravidade clínica de bronquiectasias - *Bronchiectasis Severity Index* (BSI).

Resultados: A amostra (n = 24) tem uma distribuição equitativa em termos de sexos (homens: 46%; mulheres: 54%) com uma idade média de 59,6 anos. 58,3% dos doentes são não fumadores. Em termos de valores doseados ao diagnóstico de alfa 1 antitripsina a amostra é heterogénea com um valor médio de 63,4 mg/dl. Em termos de distribuição por fenótipos, temos em maior número o fenótipo ZZ (37,5%), seguido do SZ e do MZ (ambos com 20,8%), MS (16,7%) e por último o IZ (apenas um caso 4,2%). O enfisema pulmonar encontrava-se presente em 50% dos doentes (panlobular em 41,7% e difuso em 50%). No que diz respeito às características das bronquiectasias estas eram na sua maioria bilaterais (70,8%) e com atingimento de 2 lobos pulmonares (45,8%). Em 25% dos casos os doentes apresentavam sequelas pós-infecciosas, sendo esta outra etiologia possível para as bronquiectasias. Classificadas através do BSI, a maioria dos doentes apresentava bronquiectasias ligeiras (54,2%), sendo as mais graves a minoria (16,7%). Obteve-se uma correlação entre a gravidade do DAAT e das bronquiectasias, observando-se uma total preponderância do fenótipo ZZ (100%; n = 4) dentro das bronquiectasias mais graves. Avaliando os doentes com fenótipo ZZ vs os outros fenótipos no que diz respeito à gravidade das bronquiectasias segundo o BSI, obteve-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Os doentes com fenótipo ZZ apresentaram uma maior taxa de exacerbações infecciosas, internamentos hospitalares e colonização por *Pseudomonas aeruginosa*. A gravidade evidenciada pelo BSI não se parece relacionar com a presença ou não de enfisema.

Conclusões: Este estudo parece apontar para uma associação entre o DAAT e as bronquiectasias, independente da presença de enfisema. Um paralelismo entre a gravidade do défice e das bronquiectasias poderá ser importante não só em termos diagnósticos mas também de estratégia terapêutica. Serão necessários mais estudos, incluindo um maior número de doentes para que a associação entre DAAT e bronquiectasias se possa estabelecer com maior certeza/evidência.

Palavras chave: Déficit de alfa 1 antitripsina. Bronquiectasias.

P031. O CANTO COMO COMPONENTE INTEGRANTE DE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

C. Lacerda¹, C. Pacheco¹, J. Amado², A. Costa³, P. Almeida³

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ²Serviço de Pneumologia; ³Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital Pedro Hispano.

Introdução: Recentemente o canto tem sido alvo de estudos preliminares e pontuais como possível atividade adjuvante aos programas de Reabilitação Respiratória (PRR), com o objetivo de otimizar resultados na capacidade funcional e qualidade de vida de doentes respiratórios.

Objectivo: Avaliar o benefício do canto, como componente de um PRR, na capacidade funcional e qualidade de vida de doentes com doença respiratória crónica.

Métodos: Seleccionados doentes respiratórios crónicos clinicamente estáveis, com pelo menos 6 semanas de RR realizada. Integração dos doentes num plano de 24 aulas de canto (1h/semanal). Avaliação do estado de saúde/sintomatologia (CAT, mMRC), qualidade de

vida (SGRQ e EuroQol), ansiedade-depressão (HADS), impacto nas actividades de vida diárias, AVD's (LCADL) e capacidade funcional (provas funcionais respiratórias, pressões máximas (PM) e PM6M), realizada no início do estudo e após o término de, no mínimo, 10 sessões. Avaliação da satisfação global com inquérito final.

Resultados: Foram seleccionados 19 doentes, excluídos 10 doentes por excesso de faltas, sendo a justificação mais frequente agudizações da doença de base. Incluídos 9 doentes, 67% homens (n = 6) e idade média de 65 anos. Distribuição dos doentes por patologia: Asma grave (3), DPOC D (3), DPOC B (2) e bronquiectasias (1). Cinco doentes eram ex-fumadores e 4 não-fumadores. Os doentes participaram em média em 17 sessões, tendo sido avaliados entre a 10ª e 15ª sessão. A avaliação dos questionários mostrou relativamente ao estado de saúde/sintomatologia - melhoria média de 1 ponto no questionário CAT (19 Vs 20) e manutenção do valor médio de 2 no mMRC; Estado de depressão com melhoria média de 1 ponto no HADS (6 vs 5) e manutenção do valor médio de 8 na componente de ansiedade; AVD's com melhoria média de 2 pontos (26 vs 24) no LCADL; melhoria discreta SGRQ com descida média de 2 pontos (36 vs 34) e manutenção do valor médio de 10 no EuroQol. Funcionalmente o valor de FEV₁/FVC e FEV₁ agravou em média respectivamente de 60% para 57% e de 59% para 56%, no entanto o VR médio melhorou de 153% para 148%. As PM inspiratórias e expiratórias aumentaram respectivamente de 68 para 74% e de 89 para 104%. A distância média da PM6M aumentou de 400 m para 413m, verificando-se uma diferença mínima clinicamente significativa (26 m) em 5 doentes (56%). A análise do inquérito de satisfação revelou que todos os doentes descreveram as aulas de canto como uma experiência positiva, agradável, com benefício na melhoria da fadiga, dispneia, controlo respiratório, autoestima e ansiedade. Todos os doentes apelaram à continuação das aulas de canto.

Conclusões: Apesar do tamanho da amostra não permitir obter resultados estatisticamente significativos, neste estudo foi notório o impacto positivo do canto na qualidade de vida dos doentes, devendo por isso, ser considerada a sua integração em planos de reabilitação respiratória.

Palavras chave: Canto. Reabilitação respiratória.

P032. A REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E A PERCEPÇÃO DO DOENTE

M. Dias, N. Macedo, A.I. Araújo, I. Pascoal, N. Taveira

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os documentos de consenso internacional sobre reabilitação respiratória (RR) defendem que esta deve ser uma intervenção multifactorial individualizada para cada doente. A adesão e sucesso da RR dependem da auto-percepção que cada doente tem acerca da melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida.

Objectivo: Avaliar a percepção dos doentes com patologia respiratória crónica sobre os potenciais *outcomes* da RR.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal que incluiu doentes com patologia respiratória crónica com pelo menos um programa de RR no último ano. Colheram-se dados demográficos e clínicos. Baseado no modelo esquemático do questionário *COPD Assessment Test*, desenhou-se um questionário com 12 itens sobre a percepção do doente relativamente à evolução de sintomas e *outcomes* após a sua inclusão no programa (dispneia, limitações nas actividades de vida diária, uso de medicação de recurso, ansiedade, depressão, utilização de antibióticos, necessidade de consulta não programada, internamento, estado de saúde geral, alterações estilo de vida e absentismo laboral). O questionário foi aplicado por entrevista e para cada pergunta o doente escolheu apenas 1 resposta cuja pontuação varia entre 0 (melhor) 1 (igual) e 2 (pior). Avaliou-se também o resultado global do questionário cujo score variou entre 0 e

24 pontos e classificou-se o impacto da RR segundo a perspectiva do doente da seguinte forma: 0-5 pontos: elevado; 6-11: moderado; 12-24: baixo.

Resultados: Foram incluídos 30 doentes, 18 (62%) do sexo masculino, com idade entre os 35 e 87 anos (média: 60 ± 12 anos, mediana: 59 anos). Os doentes apresentavam patologia obstrutiva crónica (asma ou DPOC) e destes, 8 apresentavam bronquiectasias. Relativamente ao questionário de avaliação do impacto da RR, o score médio foi de 3 ± 2 . Dezoito doentes (62%) apresentaram scores globais inferiores a 5. Noventa e três por cento dos doentes referiu melhoria da dispneia após terem sido incluídos no programa de RR; 86% diminuiu o uso de antibioterapia; 83% diminuiu o uso de medicação de recurso e 76% diminuiu o recurso a consultas não programadas e sentiu melhoria do seu estado de saúde. Sessenta e dois por cento dos doentes referiram que foram internados menos vezes e 69% sentiam-se menos limitados nas suas atividades da vida diária e com menos sintomas depressivos. Sessenta e dois por cento afirmaram ter comportamentos mais saudáveis (aumento atividade física e/ou melhoria qualitativa da alimentação). Dos 11 doentes que se mantinham com profissão ativa, 8 assinalaram um menor absentismo laboral após terem iniciado a RR.

Conclusões: A RR é reconhecidamente um componente fundamental no tratamento dos doentes com patologia respiratória crónica. A grande maioria dos estudos realizados neste âmbito utilizam escalas objectivas para avaliar os *outcomes*, sendo menos valorizada a opinião do doente sobre a sua importância na sua saúde. Este estudo mostra que os doentes com patologia respiratória crónica obstrutiva percebem a RR como uma abordagem que melhora a sua doença, a sua qualidade de vida e a sua saúde em geral. A percepção e satisfação do doente relativamente ao seu tratamento é fundamental e deve integrar a avaliação regular dos programas de RR.

Palavras chave: Reabilitação respiratória. *Outcomes*.

P033. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO DA DISTÂNCIA PERCORRIDA NA PROVA DE MARCHA DE 6 MINUTOS COM O PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE PULMONAR

H. Dabó, L. Meira, C. Damas, P. Martins, L. Gaspar, E. Eusébio, I. Gomes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do São João.

Introdução: Os doentes em lista de espera para transplante pulmonar, podem manter-se em programa de reabilitação pulmonar, com objetivo de conservar ou melhorar o estado funcional, antes da cirurgia. A prova da marcha de 6 minutos (PM-6-Min), sendo um exame simples e objetivo para avaliar a capacidade funcional, mostrou ser um bom preditor de sobrevida durante o tempo em espera na lista de transplante. O seu papel na avaliação do pós-operatório é pouco compreendido.

Objectivo: Avaliar a correlação entre a distância percorrida na PM-6-Min e o tempo de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (TUCI), o tempo de suporte ventilatório mecânico (TSVM) e a duração total de internamento (DTI) após o transplante pulmonar.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes transplantados pulmonares, que estiveram incluídos no programa de reabilitação pulmonar durante o tempo de espera em lista, e que possuem registo de PM-6-Min num período aproximado de 3 meses antes da cirurgia.

Resultados: Foram incluídos 14 doentes, 64,3% (n = 9) de género masculino e 35,7% (n = 5) do género feminino, com a mediana de idades de 49,5 anos. Os diagnósticos foram silicose em 28,5% (n = 4) dos doentes, DPOC em 28,5% (n = 4), linfangioleiomiomatose em 14,3% (n = 2), pneumonite de hipersensibilidade 14,3% (n = 2) e fibrose pulmonar idiopática em 14,3% (n = 2). A duração mediana do programa de reabilitação pulmonar até transplante foi de 44,5 semanas. A distância mediana percorrida na PM-6-Min (DM-PM-6-Min) antes do transplante foi de 400m. O tipo de transplante realizado

foi unipulmonar em 92,9% (n = 13) e bipulmonar em 7,1% (n = 1). A mediana do TUCI foi de 9 dias; a mediana do TVM de 4 dias; a mediana da DTI foi de 40 dias. Na avaliação de correlações verificou-se relação negativa entre a DM-PM-6-Min e o TUCI (r = -0,505) e a TVM (r = -0,377), em ambos os casos sem significado estatístico (p = 0,248 e 0,204, respetivamente).

Conclusões: Nesta amostra de doentes, verificou-se uma relação negativa entre a capacidade de exercício dos doentes com o TUCI e o TVM, embora sem significância estatística. Tal facto pode dever-se ao reduzido tamanho da amostra, bem como à presença de outros fatores que podem influenciar o decurso deste processo, nomeadamente as complicações inerentes a própria técnica cirúrgica.

Palavras chave: Transplante pulmonar. PM-6-Min. Evolução pós-operatória.

P034. PREDITORES DE GRAVIDADE NA EXACERBAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA - PODÉMOS CONFIAR NA ANEMIA?

R. Campanha, C. Matos, M. Branco, N. Monteiro, M. Seidi, A. Nunes, D. Botelho, G. Lérias, F. Nogueira, A. Mello e Silva

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

A anemia é um marcador de doença com etiologia multifatorial e está muitas vezes relacionada com maior gravidade das doenças e hospitalizações frequentes tendo sido recentemente identificada como uma comorbilidade da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Estudos recentes revelaram que a presença de anemia é mais frequente nos doentes em estadios mais avançados da DPOC e com exacerbações mais graves e que um baixo valor do hematócrito permite prever de forma independente a frequência das exacerbações e a readmissão hospitalar. O objetivo deste estudo retrospectivo foi correlacionar os valores à entrada da hemoglobina (Hb) com os valores da proteína C reativa (PCR) numa amostra de doentes internados por exacerbação da DPOC por infeção respiratória. A amostra consistiu em 42 doentes com DPOC internados num serviço de Medicina Interna com o diagnóstico de exacerbação por infeção respiratória (traqueobronquite e pneumonia) em 2013. A idade média dos doentes foi de 78,8 anos e 69% eram homens. O valor médio de hemoglobina à entrada foi de 12,48 g/dL e o valor médio da PCR foi de 13,72. Através da utilização do índice de correlação de Pearson observou-se uma correlação inversa embora fraca entre as duas variáveis (p = -0,127) mas no entanto valores mais baixos de hemoglobina estavam associados a valores mais elevados de PCR. A explicação para a etiologia da anemia na DPOC é provavelmente multifatorial. No nosso estudo não encontramos uma correlação forte entre as variáveis analisadas provavelmente porque a amostra consistiu em doentes internados numa enfermaria de medicina interna com múltiplas comorbilidades além da doença respiratória que também contribuem para valores mais baixos de hemoglobina. A anemia é certamente um tópico interessante para estudos futuros de maneira a confirmar se poderá ser incluída como um parâmetro numa escala que possa prever o prognóstico de uma exacerbação.

Palavras chave: DPOC. Anemia. Exacerbação. Comorbilidades.

P035. DPOC E HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

D. Coutinho, A. Antunes, N. Taveira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Ansiedade e depressão podem estar presentes numa grande variedade de doenças agudas e crónicas. Nos últimos anos, têm sido associadas a doentes com doença pulmonar obstrutiva

crônica (DPOC). A escala HADS é constituída por 14 itens (7 itens em cada subescala de ansiedade e depressão), sendo atualmente largamente utilizada para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas em contexto ambulatorio. Pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica.

Objectivo: Aplicação da HADS numa população de doentes com DPOC e avaliação da sua relação com diferentes parâmetros clínicos.

Métodos: Estudo retrospectivo onde foram incluídos os doentes com DPOC em fase de estabilidade observados durante um período de 6 meses numa Unidade de Reabilitação Respiratória. Os dados colhidos incluem variáveis sociodemográficas, parâmetros antropométricos, escala de dispneia MMRC e provas de função respiratória. Análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS® v.21 para um intervalo de confiança de 95%.

Resultados: Foram incluídos 86 doentes neste estudo. A idade média era de $65,1 \pm 9,03$ anos, 91,9% eram homens e 84,9% apresentavam uma escala de dispneia MMRC ≥ 2 . O IMC médio foi de $25,7 \pm 4,6$ kg/m² e o valor médio de VEF1 de $0,47 \pm 0,15$ L. A média da HADS total foi de $12,1 \pm 6,5$, com um score HADS ansiedade e depressão ≥ 8 presente em 43% e 24,4% dos doentes, respetivamente. Valores baixos de IMC ($p = 0,013$) e VEF1 ($p = 0,027$) estavam relacionados com scores de HADS ansiedade ≥ 8 e ≥ 11 , respetivamente. Scores da subescala HADS ansiedade compatíveis com perturbação clínica provável ou possível foram também associados a valores de MMRC mais elevados ($p = 0,005/0,012$), tendo-se verificado o mesmo com a subescala HADS depressão ($p = 0,036/0,001$).

Conclusões: A ansiedade e depressão apresentam uma prevalência importante nos doentes DPOC. A dispneia, o estado nutricional e a obstrução das vias aéreas parecem influenciar significativamente o impacto psico-social decorrente desta patologia.

Palavras chave: DPOC. HADS. Depressão. Ansiedade.

P036. DOENÇA CARDÍACA NO DOENTE DPOC

D. Coutinho, I. Franco, C. Ribeiro, N. Taveira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença sistémica cuja história natural é influenciada pelo tabaco e outros fatores, incluindo a presença de comorbilidades, como a patologia cardíaca.

Objectivo: Avaliar a influência da presença de patologia cardíaca em doentes com DPOC nos parâmetros clínicos avaliados por rotina numa Unidade de Reabilitação Respiratória: COPD Assessment Test (CAT), classe GOLD, volume expiratório forçado no primeiro segundo previsto (VEF1%), IMC, hábitos tabágicos, valores diurnos da pressão arterial de oxigénio e dióxido de carbono em repouso (paO₂ e paCO₂). **Métodos:** Estudo retrospectivo onde foram incluídos os doentes com DPOC em fase de estabilidade observados durante um período de 8 meses numa Unidade de Reabilitação Respiratória. Análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS® v.21 para um intervalo de confiança de 95%.

Resultados: Foram incluídos 113 doentes neste estudo. A idade média era de $66,8 \pm 9,5$ anos, 84,1% eram homens e 72,5% apresentavam história de hábitos tabágicos (10,6% eram fumadores ativos). A patologia cardíaca estava presente em 43,5% dos casos (entre estes, 77,5% apresentavam história de hábitos tabágicos). Apresentavam VEF1 médio de $45,1 \pm 19,3\%$ e paO₂ média de $68,7 \pm 10,2$ mmHg. Verificou-se a presença de uma relação estatisticamente significativa entre valores inferiores de VEF1% ($p = 0,016$) e de paO₂ ($p < 0,001$) e a presença deste tipo de patologia. Os restantes parâmetros avaliados não revelaram qualquer relação com a presença de patologia cardíaca.

Conclusões: A presença de doença cardíaca está associada a valores inferiores de VEF1% e de paO₂, confirmando assim que esta comorbilidade influencia de forma negativa a história natural da DPOC, mesmo em doentes em fase de estabilidade.

Palavras chave: DPOC. Patologia cardíaca.

P037. DIMENSÃO DO EFEITO DE ADMINISTRAÇÃO OPEN-LABEL VERSUS DUPLA-OCULTAÇÃO DE TIOTRÓPIO EM ENSAIOS QUE INVESTIGAM A QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE NA DPOC

H. Schmidt¹, H. Kogler², S. Geier², T. Glaab², I. Leimer²

¹Biberach An Der Riss, Alemanha. ²Ingelheim AmRhein, Alemanha.

Introdução: Os efeitos das intervenções sobre os resultados relatados pelos doentes podem ser subjetivos e modulados pelas expectativas dos doentes relativamente à eficácia do tratamento. O *gold standard* para minimizar esse viés é o ensaio controlado aleatorizado com dupla-ocultação. Foram analisados os efeitos do tiotrópio na qualidade de vida relacionada com a saúde na DPOC em ensaios controlados por placebo e avaliou-se se o desenho do ensaio (*open-label* versus dupla-ocultação) é um modificador relevante dos efeitos do tiotrópio.

Métodos: Ensaios de duração mínima de 6 meses que investigaram o efeito do tiotrópio em comparação com placebo na qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com DPOC (avaliada através do *St George's Respiratory Questionnaire* [SGRQ]) foram identificados a partir da base de dados dos ensaios clínicos da Boehringer Ingelheim e por uma pesquisa sistemática da literatura no MEDLINE, com uma data limite de 30 de novembro de 2011. Como objetivo clínico, foi avaliada a diferença média entre os grupos de tratamento na pontuação total do SGRQ. Os ensaios foram agrupados tendo em conta se o tiotrópio tinha sido administrado sob dupla-ocultação ou em *open-label*. Foi realizada uma meta-análise de rede incluindo a metodologia padrão para testar a interação para avaliar se o desenho do estudo (dupla ocultação versus *open-label*) é um modificador potencial da dimensão do efeito ou da sua direção.

Resultados: Foram identificados 12 estudos em que o tiotrópio tinha sido administrado sob dupla-ocultação e três ensaios com tiotrópio administrado *open-label*. A diferença média global versus placebo na pontuação total do SGRQ foi de -2,98 unidades (intervalo de confiança [IC] de 95%: -3,49; -2,47). Para o subgrupo de ensaios de dupla-ocultação, a diferença média versus placebo foi de -3,20 (IC95%: -3,75; -2,65), comparando com os -1,67 (IC95%: -3,02; -0,32) para os ensaios *open-label*. O valor de p para a interação entre o subgrupo e o efeito sobre a pontuação total no SGRQ foi de 0,04.

Conclusões: Em doentes com DPOC, o desenho do estudo (dupla-ocultação versus *open-label*) foi um modificador estatisticamente significativo do efeito do tiotrópio inalado na qualidade de vida relacionada com a saúde. A modificação foi quantitativa, o que resulta numa subestimação substancial do efeito do tiotrópio na pontuação total do SGRQ quando a administração tinha sido *open-label*, em comparação com o *gold standard*, i.e., a dupla-ocultação. Um objetivo subjetivo como a qualidade de vida é particularmente suscetível a viés devido às expectativas dos doentes em relação à eficácia de uma intervenção. Assim, a validade dos estudos que utilizam desenhos de não ocultação para investigar tais parâmetros deve ser questionada.

Resultados apresentados no congresso anual da American Thoracic Society (ATS), San Diego, EUA, 16-21 Maio, 2014.

Palavras chave: Tiotrópio. Qualidade de vida. DPOC. *Open-label*. Dupla-ocultação.

P038. EFEITO DO TIOTRÓPIO NAS EXACERBAÇÕES DE DOENTES COM DPOC COM BAIXO OU ALTO RISCO DE EXACERBAÇÕES: UMA ANÁLISE PÓS-HOC DO ENSAIO UPLIFT® COM A DURAÇÃO DE 4 ANOS

B.R. Celli¹, G. Asijee², K. Kupas³, M. Decramer⁴

¹Boston, MA, EE.UU. ²Ingelheim Am Rhein, Alemanha. ³Frankfurt, Alemanha. ⁴Leuven, Bélgica.

Introdução: Uma história de exacerbações é um indicador de eventos futuros para doentes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Enquanto os doentes podem ser classificados como exacerbadores frequentes (≥ 2) ou não frequentes (< 2) com base no número de exacerbações do ano anterior, a última estratégia da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) divide os doentes em categorias de baixo (< 2 exacerbações não graves) e elevado (≥ 2 exacerbações não graves ou ≥ 1 exacerbação grave) risco. Investigou-se o efeito do tiotrópio nas exacerbações da DPOC em doentes com baixo ou elevado risco no ensaio UPLIFT® (*Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium*) (NCT00144339; N = 5.992), que avaliou a eficácia do tiotrópio versus placebo (terapêutica usual, exceto anticolinérgicos) durante um período de tratamento de 4 anos.

Métodos: Foi conduzida uma análise pós-hoc da base de dados do ensaio UPLIFT®. Os doentes foram classificados como tendo baixo risco de exacerbações se tivessem ≤ 1 exacerbação e sem hospitalizações relacionadas com DPOC no ano anterior à entrada no ensaio, ou como tendo elevado risco de exacerbações com base na definição do GOLD 2013 de ≥ 2 exacerbações (esteroides orais/antibióticos) ou ≥ 1 hospitalização relacionada com a DPOC no ano precedente ao ensaio. Isto foi baseado numa recolha de características da DPOC, incluindo hospitalização por exacerbação ou medicação.

Resultados: Tabela. Adicionalmente, a comparação de doentes com baixo risco versus alto risco para exacerbações, antes e após 1 ano de tratamento, mostrou que o tratamento com tiotrópio resultou num desvio desta relação de 1,20 para 3,68 (aumento de 2,48) e a relação com placebo/terapêutica usual de 1,29 para 3,15 (aumento de 1,86). Após 1 ano de tratamento, o risco de permanecer no subgrupo de exacerbador de alto risco foi numericamente inferior com tiotrópio do que com o placebo/terapêutica usual (RR: 0,94; IC95%: 0,84, 1,05, p = 0,2818). Embora o subgrupo de baixo risco seja relativamente estável, o risco de passar do subgrupo de baixo risco para o subgrupo de alto risco foi estatisticamente inferior com tiotrópio do que com o placebo/terapêutica usual (RR: 0,78; IC95%: 0,67, 0,92; p = 0,0029).

Conclusões: Esta análise confirma a eficácia do tiotrópio na redução das exacerbações e no prolongamento do tempo até à primeira exacerbação, um efeito comprovado em ambos os subgrupos de doentes: exacerbadores de alto e de baixo risco. O tratamento com tiotrópio resultou num desvio favorável na relação de baixo risco/alto risco para exacerbações de DPOC, sugerindo que o tiotrópio tem um efeito estabilizador na doença.

Resultados apresentados no congresso anual da American Thoracic Society (ATS), San Diego, EUA, 16-21 Maio, 2014.

Palavras chave: Tiotrópio. Exacerbações. DPOC. Pós-hoc. UPLIFT.

P039. O QUE MUDOU NOS INTERNAMENTOS LONGOS EM PNEUMOLOGIA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS?

M.J. Oliveira, M. Dias, D. Coutinho, D. Vaz, M.C. Brito

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução: A maior longevidade da população, levou a que o número de internamentos em doentes com patologias crônicas e idosos tenha aumentado. A duração destes internamentos tem repercussões importantes. Os internamentos longos associam-se a morbilidade adicional, aumento do tempo de recuperação pós-alta, reabilitação, morte e custos do doente. A informação existente na literatura acerca dos internamentos longos e a sua evolução ao longo dos últimos anos, é escassa.

Objectivo: Caracterizar os doentes com internamentos longos, internados num Serviço de Pneumologia ao longo de 10 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com internamento longo, num Serviço de Pneumologia, entre 01/01/2004 e 31/12/2013. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, duração do internamento e diagnóstico principal (de acordo com a 9ª revisão da International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death). Considerou-se internamento longo o internamento com duração igual ou superior a 20 dias.

Resultados: Incluíram-se 954 internamentos, de 830 doentes, dos quais 567 (68,3%) eram homens. Idade média 66 ± 15 anos. Duração média de internamento 32 ± 15 dias (duração mínima de 20 dias e máxima de 154 dias). O diagnóstico principal de internamento mais frequente foi doenças do sistema respiratório com 586 internamentos (61,4%), seguido pelas neoplasias 182 (19,1%), infeções 93 (9,7%), outras doenças 57 (6,0%) e doenças da circulação pulmonar 36 (3,8%). Entre as doenças do sistema respiratório, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) agudizada foi o diagnóstico mais frequente com 209 casos (35,7%) e a pneumonia com 181 casos

Tabela - P038

Tempo até à primeira exacerbação de DPOC						
	Tiotrópio		Placebo		Tiotrópio vs placebo	
	N	Nº eventos	N	Nº eventos	HR (IC95%)	Valor p
Subgrupo de baixo risco	1.606	944	1.670	1.034	0,81 (0,74; 0,88)	< 0,0001
Subgrupo de elevado risco	1.335	1.031	1.294	990	0,89 (0,81; 0,97)	0,0066
Número de exacerbações de DPOC durante o ensaio						
	Taxa ajustada de eventos de tiotrópio por doente-ano		Taxa ajustada de eventos de placebo por doente-ano		Tiotrópio vs placebo, RR	
	N	Média (IC95%)	N	Média (IC95%)	Média (IC95%)	Valor p
Subgrupo de baixo risco	1.606	0,50 (0,47; 0,53)	1.670	0,63 (0,59; 0,67)	0,79 (0,72; 0,86)	< 0,0001
Subgrupo de risco elevado	1.335	1,02 (0,97; 1,08)	1.294	1,16 (1,10; 1,23)	0,88 (0,81; 0,95)	0,0009

IC, intervalo de confiança; HR, hazard ratio; RR, rate ratio.

(30,9%). Ao longo dos 10 anos analisados: o número de internamentos apresentou tendência crescente, 82 em 2004 e 94 em 2013; a duração média de internamento não apresentou variação significativa; a percentagem de homens internados aumentou; a idade média dos doentes aumentou. Relativamente aos diagnósticos principais de internamento, ao longo dos 10 anos: as doenças do sistema respiratório aumentaram, 46 casos em 2004 e 57 em 2013 (sobretudo pelo aumento do número de pneumonias, DPOC exacerbada, bronquiectasias com exacerbação aguda e derrames pleurais); as infeções apresentaram diminuição a partir de 2008 e novo aumento em 2013 (sobretudo devido as variações no número de internamentos por tuberculose pulmonar); o número de internamentos por neoplasia manteve-se estável e por doenças da circulação pulmonar diminuiu.

Conclusões: Nos últimos 10 anos, na amostra em estudo, verificou-se um aumento no número de internamentos longos, na percentagem de homens e na idade média dos doentes internados. O que se enquadra no esperado, tendo em conta a longevidade da população e nas suas comorbilidades crescentes. O diagnóstico principal de internamento mais frequente nestes internamentos longos foi doenças do sistema respiratório. Este número elevado deve-se sobretudo aos casos de DPOC exacerbada e pneumonia, os quais têm apresentado tendência crescente. o número de doentes com internamento longo por neoplasia é elevado, no entanto, tem-se mantido estável ao longo dos anos. As infeções (diagnóstico mais representado pela tuberculose pulmonar) apresentaram variações diferentes, com decréscimo a partir de 2008 e novo aumento em 2013.

Palavras chave: Internamentos longos. 10 anos. Pneumologia.

P040. RASTREIO OPORTUNISTA DE DPOC NA POPULAÇÃO GERAL

T. Maricoto¹, L. Rodrigues², G. Teixeira², C. Valente², L. Andrade², E. Pratas², A. Saraiva²

¹UCSP Aveiro I, Centro de Saúde de Aveiro. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro.

Introdução: Para promover o Dia Mundial da DPOC em 2013 num hospital, realizou-se uma pequena apresentação de slides, focando sintomas, epidemiologia, tratamento, bem como a necessidade de espirometria para diagnóstico.

Objectivo: Realizar um rastreio oportunista de DPOC com base em inquérito de sintomas e realização de espirometria no Hospital de Aveiro.

Métodos: Convidaram-se funcionários e visitantes do hospital a realizar uma espirometria e preencher um questionário considerando tabagismo, exposição ambiental, sintomas respiratórios e história de co-morbidades. Foram utilizados os critérios GOLD 2014 para definir os resultados positivos da espirometria.

Resultados: Foram obtidos 116 participantes, 18,1% fumadores, 20,7% ex-fumadores e 30,2% com exposição ambiental a poeiras e biomassa. A espirometria foi positiva em 12,9% dos participantes, 47% destes com história de doença respiratória. Não foi encontrada relação significativa entre alterações na espirometria e tabagismo ou exposição ambiental. Observou-se uma associação entre sintomas respiratórios e alterações no FEV1, CVF e MEF75 ($p < 0,05$), mas não com a espirometria positiva. Excluindo-se a história de doença respiratória, houve uma associação entre hipertensão e alterações no FEV1 e CVF ($p < 0,05$), mas não com a espirometria positiva.

Conclusões: Nenhuma associação foi encontrada entre tabagismo ou exposição ambiental e alterações na espirometria, o que se pode dever ao tamanho reduzido da amostra. Nos participantes com queixas respiratórias, as alterações espirométricas podem representar formas iniciais de doença respiratória com insuficiência funcional ligeira. Além disso, as anormalidades encontradas em

hipertensos podem refletir um subdiagnóstico de compromisso respiratório devido à patologia cardíaca.

Palavras chave: Espirometria. Tabagismo. DPOC. Exposição ambiental. Rastreio.

P041. RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE SÍNDROME METABÓLICO E SEVERIDADE DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC)

D. Vaz, M.J. Oliveira, D. Coutinho, M. Dias, M. Vanzeller, M.C. Brito, T. Shiang

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: O síndrome metabólico define-se pela presença de um conjunto de fatores de risco que predispõem a um estado de inflamação sistémica e a uma maior prevalência de doença cardiovascular. A prevalência de síndrome metabólico em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) varia entre 22,5% e 53%. A sua relação com a severidade da doença pulmonar ainda não foi completamente clarificada; e alguns estudos mostram que o conceito de epidemiologia reversa se aplica à relação entre a presença de síndrome metabólico e severidade da DPOC.

Objectivo: Determinar, numa população de doentes com DPOC, a prevalência de síndrome metabólico (SM) e a sua relação com a severidade da obstrução de vias aéreas e número de exacerbações.

Métodos: Estudo retrospectivo de uma população de doentes com DPOC caracterizando-a quanto a idade, género, hábitos tabágicos, estadios GOLD, índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura (PC), presença de síndrome metabólico (de acordo com a definição da International Diabetes Federation), comorbilidades, função pulmonar e número anual de exacerbações.

Resultados: O estudo incluiu 30 doentes (76,7% sexo masculino), com idade média de 67 ± 12 anos e elevada prevalência de hábitos tabágicos (83,3%). A estratificação por estadios GOLD mostrou que 13,3% foram classificados como GOLD A; 3,3% GOLD B; 30% GOLD C e 30% GOLD D. A prevalência de SM foi de 46,7%; os doentes com SM apresentavam valores significativamente mais elevados de volume expiratório forçado no 1º segundo-FEV1 ($56,2 \pm 17,7\%$ vs $29,9 \pm 11,5\%$; $p = 0,003$), de débito expiratório máximo-PEF ($57 \pm 14,3\%$ vs $41,7 \pm 17,9\%$; $p = 0,039$), de capacidade vital forçada-CVF ($81,2 \pm 20,8\%$ vs $59 \pm 21,2\%$; $p = 0,013$), e de capacidade de difusão do monóxido de carbono-DLCO ($79,6 \pm 17,9\%$ vs $47,8 \pm 22,9\%$; $p = 0,035$). Verificou-se tendência para menor número de exacerbações anuais nos doentes com SM (2 ± 1 vs 3 ± 2 ; $p = 0,48$).

Conclusões: Nesta população de doentes com DPOC (predominantemente GOLD C e GOLD D), a presença de síndrome metabólico associou-se a menor severidade de compromisso funcional pulmonar e a um menor número de exacerbações anuais; sugerindo uma relação de epidemiologia reversa entre severidade de DPOC e presença de síndrome metabólico.

Palavras chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica. Síndrome metabólica.

P042. AUTOCAPAP NA AFERIÇÃO DE PRESSÃO FIXA

C. Dias, L. Batata, L. Sousa, M.F. Teixeira, M. Marques, J. Moutinho dos Santos

Centro de Medicina do Sono HG-CHUC.

Introdução: A síndrome da apneia do sono (SAOS) tem uma elevada prevalência entre a população adulta. O tratamento de excelência é o CPAP. Existem vários métodos para aferição da pressão fixa, sendo a polissonografia nível II o mais utilizado. O Auto-CPAP tem a

capacidade de detectar o fluxo de ar e a pressão no circuito, assim como a ocorrência de eventos respiratórios. Está descrita a possibilidade da aferição da pressão EPAP adequada através do registo da referida informação, evitando deste modo a realização de polissonografia nível II.

Objectivo: Determinar o período de tempo necessário de tratamento com Auto-CPAP para a estabilização da pressão EPAP em doentes com SAOS.

Métodos: Análise retrospectiva de 109 doentes com SAOS sob Auto-CPAP. Foram avaliados o percentil 95 e a pressão mediana da pressão EPAP fornecidos pelo dispositivo em quatro momentos (ao primeiro e sétimo dias, à sétima e décima segunda semanas) após o início do tratamento. Só foram considerados para a análise estatística os doentes aderentes ao tratamento e sem evidência de fuga significativa.

Resultados: Os doentes apresentaram uma idade média de $62,8 \pm 10,8$ anos; sendo 84,4% do sexo masculino, com um índice de massa corporal médio de 32 Kg/m^2 . Os dispositivos de Auto-CPAP estavam programados com uma pressão média de EPAP mínima de 5,7 cm de água e máxima de 14,1 cm de água. O tempo médio diário de utilização do Auto-CPAP foi de 7,2 horas. Obteve-se uma pontuação média de 13,4 pontos na escala de sonolência de Epworth (ESE) previamente ao início do tratamento, e de 7,5 na 12ª semana de tratamento. Houve um decréscimo progressivo do índice de apneia e hipopneia com a continuação do tratamento, sendo o seu valor médio: 5,9 eventos/hora (E/H) ao primeiro dia; 4,5 E/H ao sétimo dia; 3,7 E/H à sétima semana e 3,3 E/H à décima segunda semana de tratamento. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as pressões EPAP avaliadas nos quatro momentos referidos, quer relativamente à pressão mediana, quer à pressão no percentil 95. No entanto, nos doentes com utilização do Auto-CPAP por um período superior a 6 horas por noite ($n = 47$) verificou-se uma estabilização da pressão EPAP a partir do sétimo dia de tratamento.

Conclusões: Ao sétimo dia de tratamento houve uma estabilização da pressão EPAP nos doentes que dormiram por um período superior a 6 horas por noite, parecendo ser este o tempo mínimo necessário para a aferição de EPAP fixa através do Auto-CPAP.

Palavras chave: SAOS. Aferição de pressão. Auto-CPAP.

P043. SATISFAÇÃO COM A EMPRESA DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS E ADESÃO AO TRATAMENTO NOS DOENTES COM SÍNDROME DE APNEIA DO SONO

A. Ferreira, A. Vale, V. Rodrigues, T. Correia

CHTMAD, UTAD.

Introdução: A síndrome de apneia do sono (SAS) é uma patologia que, em Portugal, atinge cerca de 5% dos adultos e a sua prevalência tende a aumentar. A ventilação com pressão positiva contínua da via aérea permanece a terapêutica dominante no tratamento destes doentes. Esta terapêutica é fornecida por empresas prestadoras de cuidados respiratórios domiciliários (CRD), que têm por função, não só o fornecimento do equipamento, bem como o acompanhamento do tratamento, tendo em vista uma boa adesão.

Objectivo: O objectivo desta investigação é a avaliação da satisfação dos doentes com apneia do sono relativamente ao serviço domiciliário prestado pelas empresas de CRD que lhes dão assistência. Pretende-se também analisar a relação desta satisfação com a adesão ao tratamento prescrito.

Métodos: Para a realização do estudo foi elaborado um questionário que permitiu caracterizar a população do ponto de vista sócio-demográfico e clínico, adesão ao tratamento, atuação da empresa, conhecimento e satisfação do doente relativamente à mesma. Estes questionários foram aplicados no Centro Hospitalar de Trás-

-Os-Montes e Alto Douro, nos meses de Janeiro a Novembro de 2013, a todos os doentes com diagnóstico de SAS a cumprir ventiloterapia domiciliária há pelo menos 6 meses. Foram consultados os registos de adesão do ventilador, bem como os exames de diagnóstico. Foi realizada a sua análise estatística com o programa SPSS versão 20 e uma análise de equações estruturais com o AMOS.

Resultados: A amostra é constituída por 191 indivíduos, 145 homens e 46 mulheres, com idade média de $62 \pm 9,9$ anos. A maior percentagem da amostra apresentava um índice de massa corporal compatível com obesidade grau 1. A grande maioria dos indivíduos (73,3%) possuía apenas o 1º ciclo e a profissão mais referida foi agricultor. A apneia do sono grave foi a mais prevalente e verificou-se que 73,1% dos doentes tinham boa adesão à terapêutica. A média obtida de satisfação geral com a empresa foi de $62,23 \pm 20,30$, numa escala de 0 a 100. A satisfação com a empresa e a adesão superior a 4h/noite encontram-se relacionadas. Observaram-se correlações positivas entre a atuação da empresa na primeira visita e a satisfação com a empresa e adesão ao tratamento. A explicação do funcionamento do equipamento e o ajuste da interface relacionaram-se com a adesão. A adesão também se relaciona com a melhoria dos sintomas nestes doentes.

Conclusões: Os doentes com SAS encontram-se, no geral, satisfeitos relativamente à empresa de CRD. A atuação da empresa relaciona-se com a adesão ao tratamento, provando a importância da atuação das empresas no acompanhamento dos doentes com SAS.

Palavras chave: Cuidados respiratórios domiciliários. Adesão. Satisfação.

P044. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES SOB SERVO-VENTILAÇÃO ADAPTATIVA

A. Pereira¹, M.I. Lopes¹, E. Magalhães¹, J. Mendes²

¹CHCB-Covilha. ²Linde Healthcare.

Introdução: A caracterização e tratamento da síndrome de apneia complexa é um desafio atual na prática clínica devido à heterogeneidade de fatores de risco e das características fisiopatológicas e clínicas dos pacientes. O objetivo deste estudo é caracterizar clinicamente os pacientes sujeitos a tratamento com servoventilação adaptativa e avaliar a efetividade do tratamento.

Métodos: Foi feita uma análise retrospectiva das características clínicas, de diagnóstico e de recurso aos serviços de saúde dois anos pré e dois anos pós adaptação a servoventilação adaptativa, de todos os pacientes diagnosticados com síndrome de apneia complexa do serviço de pneumologia do Centro Hospitalar Cova da Beira EPE. Foram identificados 14 indivíduos todos do sexo masculino com idade média de $67,79 \pm 5,18$ anos.

Resultados: Verificou-se uma elevada prevalência de comorbilidades cardiovasculares (66,7%) assim como uma heterogeneidade nas características clínicas dos pacientes. A gravidade do índice de apneia/hipopneia na altura do diagnóstico foi elevada (49,6/hora) e a efetividade de tratamento com CPAP e BiNível foi baixa com um índice de apneia/hipopneia residual médio de 28,12/hora. A aplicação de servoventilação adaptativa permitiu uma melhoria muito significativa no controlo dos eventos respiratórios (índice de apneia/hipopneia residual médio de 6,8/hora). Em termos clínicos verificou-se uma melhoria significativa da dispneia, na sensação de sono reparador, no controlo da pressão arterial e na nictúria. Apesar de estatisticamente não significativa foi também observada uma diminuição do número de dias de internamento e de episódios de urgência relacionados com descompensação cardiorrespiratória, quando comparados os dois anos antes e após a adaptação a servoventilação adaptativa.

Conclusões: A aplicação da servoventilação adaptativa mostrou ser superior no controlo do índice de apneia/hipopneia e na melhoria de sinais e sintomas nestes pacientes em relação ao CPAP/BiNível.

O grupo de pacientes mostrou elevada prevalência de comorbilidades cardiovasculares no entanto cerca de um terço dos mesmos não apresentavam fatores de risco para a ocorrência de síndrome de apneia complexa. Estudos clínicos randomizados são necessários de modo a avaliar mais claramente os fatores associados ao desenvolvimento da patologia assim como esclarecer quais as melhores opções terapêuticas.

Palavras chave: Síndromes apneia do sono. Servo-ventilação adaptativa. Pressão contínua positiva nas vias aéreas.

P045. VALOR PREDITIVO DO QUESTIONÁRIO DE BERLIM E DO STOP-BANG PARA A APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

M. Aguiar, S. Rodrigues, A. Frade, C. Santos, A. Bugalho, S. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

O Questionário de Berlin (BQ) e o STOP-Bang são as duas ferramentas de rastreio mais usadas quando se suspeita de adultos com apneia obstrutiva do sono. O objectivo do estudo foi determinar a exactidão preditiva do BQ e do STOP-Bang no diagnóstico de apneia obstrutiva do sono em doentes referenciados à nossa consulta, utilizando a polissonografia (PSG) como “Gold Standard”. Fomos avaliar a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo (PPV) e o valor preditivo negativo (NPV) do BQ e do STOP-Bang para a identificação de um índice de distúrbios respiratórios (RDI) > 5/h. Os doentes foram rastreados com o BQ e o STOP-Bang e depois submetidos a uma PSG. Durante o ano de 2013, 162 doentes com suspeita de patologia do sono foram referenciadas à nossa consulta específica. Cinquenta e dois do sexo masculino, idade média de 53,5 ($\pm 14,3$), IMC médio de 29,8 ($\pm 16,6$) Kg/m². 62% apresentavam uma PSG positiva (RDI) > 5/h; 28% ligeira, 18% moderada e 16% grave. 75,3% tiveram um BQ positivo (positivo em pelo menos duas categorias) e 40,7% obtiveram > 4 no STOP-Bang. Para o BQ, sensibilidade 83,2%, especificidade 37,7%, PPV 68,9% e NPV 57,5% (ratio de probabilidade positiva 1,34; 95% intervalo de confiança (1,08,1,65)). Para o STOP-Bang, sensibilidade 56%, especificidade 83,6%, PPV 84,8% e NPV 53,7% (ratio de probabilidade positiva 3,42; 95% intervalo de confiança (1,8,6,18)). Os questionários por si só não conseguem com segurança excluir a presença de apneia obstrutiva do sono, possivelmente porque avaliam a sonolência e este é um sintoma algo inespecífico. A avaliação objectiva por PSG é fundamental para o diagnóstico e exclusão de apneia obstrutiva do sono.

Palavras chave: Questionário de Berlim. STOP-Bang. Apneia obstrutiva do sono.

P046. CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA SUBMETIDA A REGISTO POLIGRÁFICO DO SONO EM AMBULATÓRIO-EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL

M. Pereira, A.C. Lutas, T. Pequito, A. Ladeira Silva, S. Furtado, R. Staats, J. Valença, M.G. Freitas

Hospital da Luz.

Introdução: A SAOS é uma patologia com elevada prevalência associada a uma redução da qualidade de vida, aumento da morbilidade de múltiplas doenças cardiovasculares assim como aumento da mortalidade por acidentes rodoviários e laborais. Este estudo apresenta a experiência de um hospital, em Lisboa, na aplicação de RPSCR.

Objectivo: Análise estatística dos dados antropométricos e questionários que avaliam a probabilidade de SAOS e sua correlação com os resultados obtidos no RPSCR.

Métodos: Estudo retrospectivo compreendendo uma amostra de 139 indivíduos com queixas sugestivas de SAOS e/ou sinais indirectos de presença de patologia (p.e. HTA noturna) avaliados através de RPSCR entre Maio e Julho de 2013. No tratamento estatístico utilizaram-se o teste de Spearman e o teste exato de Fisher, com o auxílio da ferramenta informática IBM SPSS Statistics 21, para avaliar a correlação entre as variáveis, a um nível de significância de 0,05.

Resultados: Amostra composta por 61,9% de indivíduos do sexo masculino e 38,1% do sexo feminino, com uma média de idades de 53 $\pm$ 13,9 anos; média de IMC de 30,5 kg/m²; perímetro abdominal médio de 102,05 cm; e perímetro do pescoço médio de 41,41 cm. RPSCR positivo (IAH > 5/h) em 67% da amostra - 39 de gravidade ligeira (IAH 5/h a 15/h), 25 moderada (IAH 15/h a 30/h) e 29 grave (IAH > 30/h) com IAH médio de 18,46/h; IAH em decúbito dorsal médio de 26,48/h; índice de dessaturação médio de 17,47/h e percentagem média do T90 de 9,08%; frequência cardíaca média de 64,37 bpm. Foi encontrada uma correlação positiva fraca entre todos os dados antropométricos e o valor do IAH, IAH em decúbito dorsal, percentagem do T90 e ID. No que diz respeito à ESS não foi encontrada correlação com os parâmetros avaliados. O questionário STOP-BANG e a classificação de Mallampati correlacionaram-se com o IAH, IAH em decúbito dorsal e ID. Após se ter categorizado o IAH por níveis de gravidade, observou-se que existe uma maior correlação entre os dados antropométricos e o SAOS grave.

Tabela 2 - P046

	IAH	IAH decúbito dorsal	ID
	Valor p	Valor p	Valor p
Epworth Sleep Scale	0,122	0,782	0,303
Questionário STOP-BANG	0,001*	0,001*	0,001*
Classificação Mallampati	0,001*	0,001*	0,001*

Tabela 3 - P046

Correlação de IAH na SAOS grave com	Valor p	Coeficiente R
IMC	0,001*	0,594
Perímetro do pescoço	0,007*	0,693
Perímetro abdominal	0,003*	0,779

Tabela 1 - P046

	IAH		IAH decúbito dorsal		%T90		ID	
	Valor p	Coeficiente R	Valor p	Coeficiente R	Valor p	Coeficiente R	Valor p	Coeficiente R
Idade	0,016*	0,204	0,184	0,113	0,001*	0,314	0,019*	0,198
IMC	0,001*	0,324	0,001*	0,337	0,001*	0,361	0,001*	0,345
Perímetro do pescoço	0,001*	0,464	0,001*	0,440	0,001*	0,360	0,001*	0,457
Perímetro abdominal	0,001*	0,431	0,001*	0,442	0,001*	0,358	0,001*	0,448

Conclusões: Nesta amostra com provável SAOS, estudada através de RPSCR, os dados antropométricos, questionário de STOP-BANG e classificação de Mallampati correlacionaram-se com o diagnóstico e gravidade da SAOS.

Palavras chave: Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Registo poligráfico do sono cardio-respiratório (RPSCR). Índice de massa corporal (IMC). Perímetro abdominal. perímetro do pescoço. Epworth Sleep Scale (ESS). Questionário de STOP-BANG. Classificação de Mallampati. Índice de apneia-hipopneia (IAH). Índice de dessaturação (ID). Percentagem do tempo total de sono com saturação inferior a 90% (T90).

P047. EFEITOS LATERAIS DO TRATAMENTO COM APAP - AVALIAÇÃO PROSPETIVA

A.V. Cardoso¹, H. Novais e Bastos^{1,2,3}, A. Marinho¹, M. Sucena¹, F. Soares Pires¹, T. Silva¹, M. Drummond^{1,4}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, Porto.

²Instituto de Investigação das Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga.

³ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory, Braga/ Guimarães. ⁴Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: O APAP (Auto-adjusting Positive Airway Pressure) tem sido usado como tratamento de primeira linha nos doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Os seus efeitos laterais são comuns e podem influenciar a adesão ao tratamento.

Objectivo: Avaliar os principais efeitos laterais associados ao APAP e o impacto da sua identificação e correção precoces na adesão ao tratamento.

Métodos: Análise prospetiva de doentes com o diagnóstico recente de SAOS e que iniciaram tratamento com APAP. Os efeitos laterais relacionados com o tratamento assim como os ajustes realizados foram registados durante as sessões de ensino e/ou seguimento (1 e/ou 3 meses após o início do tratamento). Quarenta e nove doentes preencheram também o questionário Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI) dirigido às consequências negativas do tratamento, ao fim de 6 meses. A adesão ao tratamento foi igualmente registada em todas as avaliações dos doentes.

Resultados: Foram incluídos 80 doentes [homens: 61 (76,3%); idade mediana: 57 (50-65)], com índice de apneia-hipopneia (IAH) mediano de 32,3 (28,8-35,9) eventos/h e Escala de Sonolência de Epworth mediana de 12 (6-16). A máscara nasal foi a interface inicial em 55 (68,8%) doentes. Efeitos laterais relacionados com o APAP foram reportados por 58 (72,5%) doentes. As principais queixas registadas foram: secreta da mucosa da orofaringe (n = 21; 26,3%), fugas de ar (n = 20; 25,0%), lesões cutâneas da face (n = 18; 22,5%), despertares noturnos (n = 12; 15,0%), desconforto provocado pela máscara (n = 12; 15,0%) e congestão nasal (n = 11; 13,8%). A adesão ao tratamento aos 1 e 3 meses foi sobreponível nos doentes com e sem referência a efeitos laterais. As queixas referidas pelos doentes motivaram as seguintes alterações nas sessões de ensino e/ou seguimento: ajuste da máscara (12; 15,0%), troca de máscara (14; 17,5%) e colocação de humidificador (14; 17,5%). Os doentes em que se procedeu a ajustes e foram reavaliados no final de 6 meses, apresentaram melhoria da adesão ao tratamento, embora sem significado estatístico (percentagem de uso: 86,6 ± 2,7% vs 96,8 ± 28,8; p = 0,20).

Conclusões: Os efeitos adversos relacionados com o APAP são frequentes. Contudo, não parecem afetar a adesão ao tratamento. A monitorização dos doentes com SAOS no início do tratamento permite a sua identificação e resolução precoces.

Palavras chave: Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Auto-adjusting positive airway pressure. Efeitos adversos. Adesão.

P048. CORRELAÇÃO ENTRE CLÍNICA E PARÂMETROS OBTIDOS POR POLIGRAFIA CARDIORRESPIRATÓRIA

V. Melo, V. Mesquita, C. Caminha, A. Marinho

Serviço de Cuidados intensivos, Centro Hospitalar Tondela Viseu, CHP.

Com o aumento da longevidade e da prevalência da obesidade aumenta também a consciência das implicações da síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS). O crescente número de doentes que recorrem aos serviços de saúde para avaliação e diagnóstico e o acesso limitado à polissonografia (Gold standard) implicam o recurso a dispositivos de registo portáteis como a poligrafia cardiorrespiratória (PR). Existem poucos estudos a avaliar a relação entre a clínica de SAHOS e os parâmetros da PR. O objetivo deste trabalho é investigar a relação entre parâmetros demográficos (sexo e idade), antropométricos (IMC) e sonolência (Escala de sonolência de Epworth - ESE) e a PR (IAH e SpO₂ mínima). Foi efetuada uma análise retrospectiva de 143 doentes com elevada suspeita clínica de SAHOS submetidos a PR (Stardust® e Embletta®) entre outubro 2013 e março 2014. Foram avaliadas as variáveis categóricas descritas nos objetivos e a sua análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS statistics for Windows 22.0. Os principais resultados obtidos: 54% homens, a maioria entre os 40 e 60 anos, 52% com IMC > 30 Kg/m², 35% ESE > 12, 51% com IAH entre 5 e 30 e 88,8% atingindo SpO₂ mínima < 90%. Foi possível estabelecer uma correlação estatisticamente significativa entre o sexo masculino e IAH > 5, o mesmo acontecendo com o IMC > 30 Kg/m². Foi ainda possível estabelecer uma relação significativa entre o IMC e a SpO₂ mínima durante a PR. O sexo masculino e o IMC > 30 Kg/m² são fatores de risco para a SAHOS e preditores da sua gravidade. Há tendência para idades > 40 anos se relacionarem com SAHOS. Há um número importante de indivíduos com idades > 70 anos com SAHOS. O grau de sonolência diurna excessiva medida pela ESE isoladamente não constitui um bom preditor de SAHOS e da sua gravidade.

Palavras chave: SAHOS. Poligrafia cardiorrespiratória. Epworth.

P049. ALTERAÇÕES DO SONO NOS DOENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

L. Nascimento, B. Conde, E. Matos, A. Vale, A. Duarte, M. Brandão, A. Ferreira, L. Ribeiro, A. Afonso

Serviço de Pneumologia, CHTMAD, Vila Real.

Introdução: O envolvimento muscular pela esclerose lateral amiotrófica (ELA) condiciona, inexoravelmente, o compromisso dos músculos respiratórios em algum ponto da evolução da doença. Múltiplos estudos descreveram a associação entre várias doenças neuromusculares e alterações do sono, com uma incidência aumentada destas últimas relativamente à população normal. As alterações do sono mais frequentemente descritas são a hipoventilação e o síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS).

Objectivo: Caracterização demográfica, antropométrica, funcional e gasimétrica dos doentes com o diagnóstico de ELA; Identificação das alterações do sono em estudo polissonográfico.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado na análise dos doentes com diagnóstico de ELA e em seguimento na consulta de pneumologia-ventiloterapia do CHTMAD. Os estudos polissonográficos do sono foram realizados entre os 2 e os 40 meses à data do diagnóstico de ELA. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao SPSS 20.0.

Resultados: Foram incluídos 21 doentes com o diagnóstico de ELA, com idades compreendidas entre os 34 e os 83 anos, e com uma média de idades de 81 anos. Verificou-se um predomínio do sexo masculino, correspondente a 71,4% (n 15) da amostra. De todos os

doentes, 47,6% (n 10) dos doentes apresentavam envolvimento bulbar à data do diagnóstico. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 26, mas 19% (n4) dos doentes a apresentaram IMC com critérios para obesidade segundo a OMS. Funcionalmente, objectivou-se uma capacidade vital forçada (CVF) média dos doentes de 81,7% (max. 124; min. 14,9), e amédia da pressão inspiratória máxima (PIM) foi de 49 (max. 120; min. 4,4). Gasimetricamente 23,8% (n 5) dos doentes apresentavam hipercapnia diurna. Todos os doentes apresentavam alteração da estrutura do sono, com diminuição do sono REM e despertares frequentes (média de 17,5/hora). Destes, 66,7% (n 14) doentes apresentando critérios de SAOS, 9 de grau ligeiro, 3 de grau moderado e 2 de grau severo. Apenas 4 (19%) doentes apresentavam sonolência diurna excessiva (Epworth > 10). A taxa de mortalidade aos 5 anos foi de 42,9% (n 9).

Conclusões: Esta amostra reflecte o facto dos doentes com ELA apresentarem, frequentemente, alterações do sono, despertares frequentes e redução do sono REM, mesmo quando não se objectiva compromisso funcional diurno. O estudo evidencia também que estes doentes têm frequentemente SAOS associado e que são paucisintomáticos, pelo que a sonolência diurna excessiva é pouco sensível para as alterações do sono nestes doentes.

Palavras chave: Alterações do sono. Esclerose lateral amiotrófica.

P050. PERCEÇÃO DA IMPORTÂNCIA DAS EMPRESAS DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS NOS DOENTES COM SÍNDROME DE APNEIA DO SONO

A. Ferreira, A. Vale, V. Rodrigues, T. Correia

CHTMAD, UTAD.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é considerada um importante problema de saúde, associada a aumento da morbi-mortalidade cardiovascular e ao risco de acidentes rodoviários. A ventilação com pressão positiva contínua da via aérea permanece a terapêutica dominante no tratamento destes doentes. Esta terapêutica é fornecida por empresas prestadoras de cuidados respiratórios domiciliários (CRD), que têm como função, não só o fornecimento do equipamento bem como o acompanhamento do tratamento no domicílio.

Objectivo: Avaliar a percepção dos doentes com SAOS sobre a atuação das empresas de CRD e sua influência na eficácia do tratamento.

Métodos: Para a recolha de dados, foi elaborado um questionário, aplicado no Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro, nos meses de Janeiro a Novembro de 2013, a todos os doentes com diagnóstico de síndrome de apneia do sono a cumprir terapia há pelo menos 6 meses. Os registos de adesão dados pelo cartão do APAP foram também consultados, bem como os exames de diagnóstico. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS versão 20.

Resultados: A amostra ficou constituída por 191 indivíduos, maioritariamente do sexo masculino, com idade média de $62 \pm 9,9$ anos. A apneia do sono grave foi a mais prevalente, sendo que 73,1% dos doentes tinham boa adesão à terapêutica. A maioria da amostra refere adaptação na primeira semana de tratamento, sendo que a atuação da firma foi uma ajuda neste processo. O serviço mais frequentemente prestado pela empresa foi a troca/ajuste da interface. Um quarto dos doentes nunca receberam qualquer telefonema da empresa e 9,4% só teve a primeira visita após um mês de tratamento, parecendo não haver concordância no modo de atuação. Os doentes classificam o serviço da empresa como “atencioso”, seguido de “eficaz”, sendo que dão uma maior importância à amabilidade/simpatia dos funcionários. Verificou-se que cerca de metade dos inquiridos desconhece saber se a empresa atua a nível nacional.

Conclusões: A atuação da empresa de CRD é de extrema importância para o acompanhamento dos doentes com SAOS. Estes dão

grande valor à interação técnico-doente, uma vez que a simpatia foi referida como um dos aspetos mais importantes. Parece necessário uma uniformização de protocolos, uma vez que foram encontradas diferenças de atuação.

Palavras chave: Cuidados respiratórios domiciliários. Apneia do sono. Atuação.

P051. COMPARAÇÃO DE UMA COMBINAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS VALIDADOS COM ESTUDOS NÍVEL III NO DIAGNÓSTICO E NA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

M. Aguiar, I. Alves, L. Campos, S. Rodrigues, S. Simões, S. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Os questionários têm sido validados como uma ferramenta de rastreio na população adulta com factores de risco para apneia obstrutiva do sono (SAOS). Os estudos portáteis, nível III, têm sido globalmente aceites para a confirmação de SAOS em doentes com elevada probabilidade desta patologia. Avaliámos a utilidade diagnóstica dos questionários validados e dos estudos nível III no diagnóstico e na avaliação da gravidade de SAOS. O objectivo foi avaliar se doentes com uma elevada probabilidade de SAOS de acordo com questionários pré-determinados apresentariam de facto uma prevalência e gravidade elevadas de SAOS quando avaliadas por estudos nível III. Doentes consecutivos referenciados à nossa consulta do sono completaram três questionários (Escala de Sonolência de Stanford (SSS), Questionário de Berlin (BQ) e STOP-Bang) e depois foram submetidos a um estudo cardiopulmonar (nível III). Em 2013, 353 doentes foram referenciados à nossa consulta do sono, 64% do sexo masculino. Todos realizaram estudo do sono nível III e apresentaram os seguintes valores de gravidade (IAH $\leq$ 5 negativo; IAH $\square$ 5 ligeiro; IAH $\square$ 15 moderado; IAH $\square$ 30 grave); negativo 25%, ligeiro 26%, moderado 17% e grave 32%. No SSS, 12 doentes tiveram mais de 3. Oito doentes (66,7%) tiveram um teste positivo (IAH $\square$ 5). Destes, três apresentaram uma apneia grave, quatro moderados e um ligeiro pela poligrafia. Cento e vinte e seis doentes (35,7%) apresentaram um teste positivo nas três categorias do BQ. Destes, noventa e nove doentes (79%) tiveram um teste nível III positivo (IAH $\square$ 5). 29% ligeiro, 17% moderado e 33% grave. No questionário STOP-Bang, de um total de 219 respostas, 103 doentes (47%) tiveram um resultado $\square$ 4. Destes, 103 doentes, 89% tiveram um teste nível III positivo (IAH $\square$ 5); 27% ligeiro, 20% moderado e 43% grave. Nenhum dos questionários avaliados foi capaz de prever a gravidade do SAOS, no entanto, o STOP-Bang, quando positivo, é muito sugestivo da presença de SAOS.

Palavras chave: Questionário de Berlin. STOP-Bang. Escala de sonolência de Stanford. Apneia obstrutiva do sono.

P052. RESPOSTA HEMODINAMICA AOS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO EM FASE N2 EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE MÓRBIDA

D. Grencho, R. Staats, D. Fernandes, S. Moreira, P. Pinto, A. Bugalho Almeida, J. Valença, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa.

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) apresenta-se associada a um aumento do risco para o desenvolvimento de patologia cardiovascular, como é o caso da hipertensão arterial (HTA). As dessaturações repetitivas são em geral o factor mais relevante para o desenvolvimento da HTA. A HTA é uma das co-morbilidades mais comum em doentes obesos mórbidos. No entanto este grupo

Tabela - P052

	%	BP Sys	Std Dev Sys	BP Dia	Std BP Dia	MBP	std Dev	SV	SV std Dev	CO	CO std Dev
0 (n = 11)	25	99,1 *†‡	5,1*†‡	55,7*†‡	3,2*†‡	70,1*†‡	3,4	105,4*†‡	5,3*†‡	7,7*†‡	0,4*†‡
	50	113,7*†‡	6,7*†‡	67,1*†‡	4,1*†‡	86,1*†‡	4,8	108,8*†‡	7,5*†‡	8,2*†‡	0,6*†‡
	75	123,6*†‡	8,5*†‡	68,6*†‡	4,7*†‡	88,5*†‡	5,5	114,4*†‡	12,8*†‡	8,6*†‡	1,1*†‡
1 (n = 9)	25	124,8 *	10,8*	65,2*	4,1*	86,1*	5,7	106,9*	9,2*	8,1*	0,8*
	50	134,4*	12,3*	71,3*	6,8*	93,9*	8,7	110,4*	15,3*	8,3*	1,6*
	75	150,6*	14,2*	85,3*	10,9*	112,1*	10,2	115,2*	18,5*	9,4*	1,8*
2 (n = 24)	25	116,1†	13,5†	59,6†	7,9†	79,6†	10,3	102,7†	12,1†	8,2†	1,3†
	50	129,8†	14,9†	62,6†	8,6†	84,3†	11,3	111,4†	15,2†	9,1†	2,1†
	75	132,9†	17,2†	66,7†	9,9†	91,2†	12,4	113,6†	20,9†	9,8†	2,5†
3 (n = 9)	25	108,7 ‡	13,5 ‡	58,6 ‡	7,4 ‡	76,5 ‡	8,3 ‡	79,9 ‡	20,8 ‡	7,1 ‡	1,8 ‡
	50	115,9 ‡	15,9 ‡	69,9 ‡	8,9 ‡	84,3 ‡	11,1 ‡	96,1 ‡	25,1 ‡	7,1 ‡	2,3 ‡
	75	130,0 ‡	17,6 ‡	79,8 ‡	10,9 ‡	97,4 ‡	12,3 ‡	109,2 ‡	27,7 ‡	8,1 ‡	2,9 ‡

p < 0,05 * = 1 vs 0; † = 2 vs 0; ‡ = 3 vs 0.

de doente apresenta frequentemente não só AOS com dessaturações repetitivas mas também hipoventilação/hipoxemia alveolar com hipoxemia persistente. Nestes resultados preliminares são comparados os valores hemodinâmico durante o sono N2 em 16 doentes com AOS e/ou hipoventilação alveolar.

Métodos: Foram analisados 53 períodos contínuos de sono N2. Os períodos de sono considerados foram separados em 4 grupos de acordo com o seu índice de dessaturação arterial e percentagem de SpO₂ > 90%: 0 = grupo controlo com ODI < 15&T90 < 30%; 1 = hipoventilação alveolar ODI < 15&T90 ≥ 30%; 2 = SAOS + Hipoventilação com ODI > 15&T90 ≥ 30%; 3 = OSA com ODI > 15&T90 < 30%. A pressão arterial (PA) sistólica (sys-mmHg), PA diastólica (dia-mmHg) e PA média (MBP-mmHg), volume ejeção e débito cardíaco foram determinados de forma não invasiva através do sistema presente no Nexfin-HD®. Os resultados são apresentados nos percentiles 25%, 50% e 75%, para a determinação da existência de diferenças significativas foi usado o teste não paramétrico Mann-Whitney considerando-se a existência de diferenças significativas para um p < 0,05.

Resultados: Resultados dos parâmetros hemodinâmicos analisados (tabela).

Conclusões: Quando analisados os parâmetros hemodinâmicos verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos de doentes com distúrbios respiratórios do sono (grupos 1,2 e 3) quando comparados com o grupo controlo de doentes obesos (grupo 0). Estes resultados preliminares salientam a possibilidade de papel preponderante da presença de distúrbios respiratórios do sono para o desenvolvimento de patologia cardiovascular em detrimento da presença de obesidade mórbida.

Palavras chave: Obesidade. Pressão arterial. Estudos do sono.

P053. PRÁTICAS NACIONAIS NO DIAGNÓSTICO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E NA TITULAÇÃO DE CPAP: AVALIAÇÃO DOS EFEITOS NA POPULAÇÃO DOENTE

E. Matos¹, T. Paiva²

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

²CENC-Centro do Sono, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma perturbação crónica comum. Diferentes métodos podem ser utilizados para o

seu diagnóstico e para a determinação das pressões do tratamento com pressão positiva contínua, sendo a eficiência dos mesmos uma preocupação atual. A aplicação de normas protocolares é crucial para uma otimização dos resultados, existindo recomendações internacionais recentes.

Objectivo: Investigar se as recomendações internacionais estão atualmente a ser seguidas; determinar se existem diferenças na população causadas pelo seguimento ou não das normas; averiguar a existência de efeitos na população relacionados com as práticas correntemente utilizadas.

Métodos: Os dados foram solicitados a uma das maiores empresas com serviço domiciliário de CPAP em Portugal, sendo posteriormente a informação cedida pelos pacientes através do preenchimento de um questionário. Tratamento estatístico realizado no programa SPSS.

Resultados: A amostra ficou constituída por 165 indivíduos. Em 58,79% dos pacientes foi realizado um exame de diagnóstico e em 88,4% foi utilizado um método de titulação de CPAP, que não estão de acordo com as recomendações internacionais. Apenas 60% dos pacientes cumprem o tratamento com CPAP/APAP. Em 13% dos pacientes, persistem valores de sonolência patológicos após CPAP/APAP. 59,4% dos pacientes afirmaram tomar medicação para a tensão arterial (TA), sendo que, na última avaliação, 38,19% e 6,29% dos pacientes apresentavam valores de TA sistólica e diastólica elevadas. **Conclusões:** Os resultados obtidos levam-nos a afirmar que na maioria da população com AOS, não está a ser feito o diagnóstico e/ou a titulação de CPAP de acordo com as recomendações internacionais. No entanto, não foram encontradas diferenças na população que comprovem o benefício do seguimento dessas recomendações. Este estudo evidencia a existência de alguns efeitos negativos, nomeadamente, na adesão ao CPAP/APAP, nos valores da TA e nos níveis de sonolência da população, que poderão ser resultantes das práticas utilizadas.

Palavras chave: SAOS. População portuguesa. Normas. HTA. CPAP.

P054. HÉRNIA DE MORGAGNI: CAUSA REVERSÍVEL DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

P. Dionísio, S. Moreira, R. Basto, P. Pinto, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A hérnia de Morgagni é o tipo mais raro de hérnias diafragmáticas congênitas (2-3% dos casos). Na maior parte das situações, o diagnóstico é feito já na idade adulta, de forma acidental em indivíduos assintomáticos ou com sintomas respiratórios ou gastrointestinais crônicos inespecíficos. Por vezes o diagnóstico ocorre na sequência de quadro agudo de oclusão e/ou estrangulamento intestinal. O diagnóstico das hérnias diafragmáticas é feito, habitualmente, por radiografia torácica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher, actualmente com 70 anos, leucodérmica, não-fumadora, com os seguintes diagnósticos prévios: obesidade mórbida, hipertensão arterial, cardiopatia hipertensiva, hipotireoidismo, síndrome demencial de provável etiologia vascular e síndrome depressiva. Teve um primeiro internamento em 2007, por quadro de dispneia para esforços progressivamente menores, dispneia paroxística nocturna e edema dos membros inferiores, com cerca de um mês de evolução, sem outra sintomatologia. Por insuficiência respiratória global (pH 7,35, PaCO₂ 72,4 e PaO₂ 40,2 mmHg com O₂ a 5 L/min por óculos nasais) iniciou ventilação não-invasiva (VNI). Nas primeiras radiografias do tórax a doente apresentava uma hipotransparência da base pulmonar direita, motivo pelo qual realizou TC torácica, que mostrou volumosa hérnia de Morgagni à direita, com compromisso do volume do pulmão direito e desvio contra-lateral do mediastino, bem como sinais de hipertensão pulmonar. O ecocardiograma confirmou hipertensão pulmonar moderada (PSAP 49 mmHg). Foi referenciada à Consulta de Cirurgia Cardiotorácica, que recusou a intervenção por elevado risco cirúrgico. A doente, manteve em ambulatório oxigenoterapia de longa duração (incluindo oxigenoterapia de deambulação) eVNI. Entre 2008 e 2012 teve 3 internamentos electivos por agravamento da insuficiência respiratória global e necessidade de aferição de oxigenoterapia e parâmetros ventilatórios, tendo-se objectivado, radiograficamente, aumento das dimensões da hérnia diafragmática. Em 2013, teve 5 internamentos no contexto de vômitos e gastroparésia, com perda ponderal significativa (IMC 49,5 para 35,7 Kg/m²), mantendo necessidade, tanto de oxigenoterapia, como de VNI. Realizou nova TC, que mostrou aumento do volume da hérnia de Morgagni, que continha parte do cólon transverso, todo o cólon ascendente, ansas do íleon e jejuno distal, com insinuação do antro gástrico, condicionando atelectasia passiva do lobo médio e lobo inferior direito, com desvio das estruturas mediastínicas para o hemitórax esquerdo. O ecocardiograma mostrou redução da PSAP de 49 para 39 mmHg. Foi então submetida, no final do ano de 2013, a redução da hérnia, herniorrafia e gastropexia, com expansão favorável do pulmão direito, com posterior resolução progressiva da insuficiência respiratória global. Foi possível suspender a VNI, mantendo apenas oxigénio suplementar nocturno a 1 L/min, por dessaturação de oxigénio nocturna ligeira, sem evidência de hipoventilação.

Discussão: Por ser uma etiologia rara, com poucos casos relatados na literatura, e habitualmente assintomática ou com sintomatologia crónica e inespecífica, o diagnóstico da hérnia de Morgagni não é frequentemente equacionado perante alterações radiográficas do tórax. Por outro lado, não existe consenso quanto a indicação cirúrgica. Com este caso, pretendemos demonstrar o benefício da redução cirúrgica deste tipo de hérnias, mesmo em casos de insuficiência respiratória crónica, apesar do risco cirúrgico inerente.

Palavras chave: *Hérnia diafragmática. Hérnia de Morgagni. Insuficiência respiratória.*

P055. RESSECÇÃO COMPLETA DE UM TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO GIGANTE DA PLEURA - QUESTÕES COLOCADAS NA AVALIAÇÃO DA RESSECABILIDADE

D. Rodrigues, A.P. Vaz, J. Ferreira, J. Pardal, P. Bastos, A. Costa

Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano.

Introdução: Os tumores fibrosos solitários (TFS) da pleura são neoplasias mesenquimatosas raras, que podem crescer e atingir dimensões consideráveis. Devido à sua raridade, o conhecimento sobre o comportamento e a abordagem dos TFS gigantes baseia-se em escassos relatos da literatura. Os autores descrevem o caso de uma ressecção completa de um TFS de grandes dimensões cujo local de origem e a ressecabilidade só foram confirmados durante o ato cirúrgico.

Caso clínico: Uma doente do sexo feminino com 76 anos de idade foi internada no nosso hospital com uma história de tosse seca e dispneia de esforço com 4 meses de evolução. A radiografia de tórax demonstrou uma opacidade ocupando a quase totalidade do hemitórax esquerdo condicionado desvio contralateral do mediastino. A tomografia computadorizada (TC) revelou uma volumosa massa heterógena com 17 × 12,6 × 8,5 cm a ocupar todo o lobo inferior esquerdo, com derrame pleural ipsilateral associado. A análise do líquido pleural e a broncofibroscopia flexível não foram conclusivas quanto ao diagnóstico. A biópsia transtorácica guiada por TC revelou uma neoplasia de origem mesenquimatosa sem características de malignidade. Com o objetivo de avaliar a ressecabilidade do tumor, a doente realizou uma ressonância magnética nuclear torácica que demonstrou contacto íntimo da massa com a porção descendente da aorta torácica para além de efeito de massa sobre a artéria pulmonar esquerda. A doente foi submetida a uma toracotomia esquerda que permitiu a identificação de uma massa totalmente encapsulada, sem aderências pleurais ou mediastínicas, com origem na pleura visceral do segmento apical do brônquio inferior esquerdo. Foi efetuada uma ressecção em bloco que permitiu a remoção completa do tumor e a reexpansão completa do pulmão esquerdo. A análise macroscópica da peça cùrgica mostrou uma massa com 1.189 gramas. Histologicamente o tumor era constituído por células fusiformes monótonas com baixo índice mitótico, sem atipia e sem necrose, numa base de estroma colagenoso. O estudo imunohistoquímico revelou uma expressão difusa de CD34, CD99 e Bcl-2 nas células neoplásicas. Raras células expressaram positividade para CK8/18 e não se verificou expressão de calretinina, EMA ou p63. O diagnóstico final foi de um TFS da pleura sem sinais de malignidade. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta hospitalar ao 7º dia. Embora a ressecção cirúrgica completa esteja associada a um prognóstico favorável na maioria dos casos de TFS benignos, é necessário manter o follow up destes doentes.

Palavras chave: *Tumor fibroso solitário gigante da pleura.*

P056. DISFAGIA COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE QUISTO BRONCOGÉNICO

C. Couto, V. Martins, C. Rodrigues, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia da Orta.

Introdução: Os quistos broncogénicos são lesões benignas, que apesar de raros, estão entre as malformações mais frequentes das vias aéreas. Localizam-se preferencialmente no mediastino, principalmente a nível subcarinal. As manifestações clínicas tendem a surgir na segunda década de vida, sendo as mais frequentes a tosse recorrente, pieira infeções respiratórias de repetição. Raramente, podem apresentar-se por disfagia, síndrome da veia cava superior ou achado radiológico.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma doente de 59 anos, ex. fumadora (20 UMA) sem patologia pulmonar conhecida, referindo tosse seca, disfagia progressiva com um ano de evolução e perda de peso. A endoscopia digestiva alta mostrou compressão extrínseca do esófago; A TC Torácica identificou lesão retrotraqueal macronodular em contacto com o esófago e moldando a parede posterior da traqueia; videobroncofibroscopia revelou compressão extrínseca da parede posterior da traqueia. Submetida a EUS-FNA

visualizando-se lesão anecóide bem delimitada, com septo no seu interior sugestivo de quisto broncogénico. Por toracoscopia procedeu-se a remoção cirúrgica da lesão, confirmando-se o diagnóstico. **Discussão:** Apesar das malformações da árvore brônquica serem mais frequentes nas primeiras décadas de vida, uma lesão localizada no mediastino deverá levantar suspeita deste tipo de patologia independentemente da idade ou da sintomatologia. A remoção cirúrgica da lesão resolve normalmente a sintomatologia, como se verificou com esta doente.

Palavras chave: *Quisto broncogénico. Disfagia. Árvore brônquica.*

P057. SEQUESTRO PULMONAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J.C. Duarte¹, A.T. Castro¹, S. Freitas¹, J. Bernardo², M. Antunes²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O sequestro pulmonar é uma malformação rara caracterizada pela presença de uma área pulmonar não funcionante, com uma vascularização própria proveniente da circulação arterial sistémica. Acomete principalmente crianças podendo contudo afectar adultos jovens. Dependendo da sua relação com o parênquima pulmonar adjacente pode-se classificar em intralobar ou extralobar. Manifesta-se geralmente por quadros de infecção respiratória recorrentes ou hemoptises podendo contudo, ser assintomático. O seu tratamento implica a intervenção cirúrgica com especial ênfase no controlo do suprimento sanguíneo anómalo.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso clínico de um doente do sexo masculino de 34 anos de idade, ex-fumador há 4 anos (carga tabágica de 8 unidades maço-ano), sem outros antecedentes relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência após ter tido dois episódios de hemoptises em quantidade ligeira, sem outra sintomatologia associada. O estudo analítico, a radiografia torácica e a gasometria arterial não revelaram alterações. Foi submetido a broncofibroscopia na qual não se visualizou sangramento activo nem lesões endobronquiais. A tomografia computadorizada torácica revelou uma área geográfica de enfisema no lobo inferior direito, associada a bronquiectasias, e com vascularização anómala, sendo suprida por um vaso anómalo que emergia da aorta torácica descendente, e com drenagem venosa através de uma das veias pulmonares homolateral. Foi sujeito a lobectomia inferior direita, cuja análise anatomopatológica foi compatível com sequestro intralobar. Actualmente mantém-se assintomático, sendo seguido em consulta de Pneumologia.

Discussão: O sequestro pulmonar é uma malformação congénita rara, cuja etiopatogenia permanece desconhecida. Exige um elevado índice de suspeição e deve fazer parte do diagnóstico diferencial de hemoptises, particularmente em doentes jovens. O tratamento cirúrgico têm revelado excelentes resultados associados a baixa morbilidade pós-operatória.

Palavras chave: *Sequestro pulmonar. Malformação congénita rara. Lobectomia pulmonar.*

P058. CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO DO BRÔNQUIO PRINCIPAL ESQUERDO COM ENVOLVIMENTO TRAQUEAL - ABORDAGEM CIRÚRGICA

J.E. Reis, J. Santos Silva, R. Rosa, A.S. Santos, I. Bravio, P. Coelho, P. Baptista, F. Martelo

Serviços de Cirurgia Torácica e Pneumologia do Hospital de Santa Marta, CHLC.

Introdução: O carcinoma adenóidequístico (CAQ) é um tumor identificado geralmente nas glândulas salivares e região cervical podendo no entanto ter outras localizações anatómicas. No pulmão corresponde a 0,2% dos tumores primários. Apresenta, normalmente, uma evolução indolente mas é muitas vezes localmente invasivo podendo originar metastização à distância.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 57 anos com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade, SAOS e um macroadenoma funcionante da hipófise, com acromegalia. Na indução anestésica para a cirurgia de excisão do adenoma da hipófise, verificou-se broncoespasmo e hipoxémia. Para esclarecimento realizou-se posteriormente uma fibroscopia (BFO) que revelou uma extensa infiltração circunferencial no terço médio do brônquio principal esquerdo (BPE), que condicionava uma redução significativa do seu calibre. Não existia aparente invasão da carina principal. A biópsia realizada confirmou tratar-se de um CAQ. Nos restantes exames complementares de diagnóstico não se verificaram sinais de metastização à distância. A doente foi discutida em reunião multidisciplinar e proposta para ressecção broncoplastica do tumor. Em setembro de 2013, por toracotomia esquerda, procedeu-se à excisão do BPE e carina secundária (BLSE e BLIE). O exame extemporâneo da peça revelou que o coto proximal do BPE ainda tinha margem positiva. Foram efectuados recortes sucessivos de anéis brônquicos até chegar à carina principal, mas continuavam a verificar-se margens positivas para tumor. Pela impossibilidade de realizar, naquele momento, uma cirurgia curativa, ou seja, uma pneumectomia esquerda com sleeve carinal, foi decidido construir uma neo-carina secundária com os cotos do BLSE e BLIE e proceder à anastomose da mesma à carina principal. A doente teve um período pós-operatório sem complicações e teve alta para o domicílio ao nono dia com indicação de realizar nova cirurgia. A doente foi posteriormente operada, desta vez por esternotomia mediana, e procedeu-se a uma pneumectomia esquerda com sleeve carinal sob apoio de circulação extra corporal (CEC), via femoral direita. O exame extemporâneo do coto traqueal e do brônquio principal direito confirmou que estes estavam livres de tumor. Não se verificaram intercorrências no período pós-operatório e teve alta ao nono dia pós-operatório, após avaliação por BFO que evidenciava boa permeabilidade da nova anastomose e ausência de sinais de deiscência. A avaliação histológica final da peça confirmou a excisão completa da lesão. A doente tem sido vigiada em consulta de pneumologia e cirurgia torácica e após 9 meses, encontra-se clinicamente bem e sem sinais de recidiva na TC ou na BFO.

Palavras chave: *Carcinoma adenoide quístico. Pneumectomia com sleeve carinal. Ressecções broncoplasticas.*

P059. DIVERTÍCULO TRAQUEAL - ACHADO ACIDENTAL

J. Cravo, J.C. Duarte, A. Catarino

Serviço de Pneumologia, CHUC/HUC (Director: Dr. Mário Loureiro).

Introdução: Os divertículos da traqueia são uma entidade rara, não existindo dados muito concretos sobre a sua prevalência. Correspondem a evaginações benignas da parede traqueal, sendo mais frequentes na parede postero-lateral direita da traqueia, e ocorrem por herniação da mucosa através de uma zona de debilidade na musculatura da parede traqueal. Na maioria das situações são assintomáticos e, quando existem sintomas, estes são, geralmente, inespecíficos. O método de eleição para o seu diagnóstico é a tomografia computadorizada (TC) cervical e torácica. A broncofibroscopia pode confirmar esta situação se for visualizado orifício de comunicação com o lúmen traqueal, podendo no entanto não revelar qualquer alteração.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente de 72 anos, com antecedentes de patologia osteoarticular e hipertensão

arterial que, por queixas arrastadas de omalgia bilateral, realizou estudo radiológico do tórax, ombro e coluna cervical. A radiografia do tórax evidenciou opacidade de baixa densidade no mediastino superior à direita, tendo a TC Tórax demonstrado coleção aérea de parede fina com 7 cm longitudinais e 3 cm de eixo transversal, compatível com divertículo traqueal que se estendia desde a zona cervical até à carina, acompanhando sempre o lado direito da traqueia. Do ponto de vista clínico, a doente não referia qualquer queixa do foro respiratório e ao exame objectivo não apresentava sinais de dificuldade respiratória ou alterações à auscultação pulmonar. Realizou Broncofibroscopia que evidenciou pequeno orifício a nível do terço médio da parede anterior traqueia. O Estudo Funcional Respiratório era normal. Atendendo a que a doente se manteve assintomática, não se verificou necessidade de qualquer atitude terapêutica, nomeadamente do foro cirúrgico.

Discussão: Apesar de haver alguma dificuldade no diagnóstico desta situação devido, não só, à sua raridade, mas também à sintomatologia inespecífica, o divertículo traqueal é, habitualmente, identificado em TC torácica podendo, no entanto, ser necessários outros exames imagiológicos como a ressonância magnética. Após o diagnóstico, tendo em conta a sua benignidade, na maioria dos casos a principal atitude é conservadora, estando a abordagem cirúrgica reservada para doentes mais jovens ou francamente sintomáticos.

Palavras chave: Divertículo. Traqueia. Tomografia.

P060. HAMARTOMA CONDROMATOSO PULMONAR DE GRANDES DIMENSÕES - DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

C. Matos, M. Alvoeiro, J. Soares, C. Rodrigues, F. Félix, J. Vieira

Hospital Garcia de Orta, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Os hamartomas pulmonares são tumores relativamente frequentes (ocorrem em 0,3% da população geral), clinicamente benignos e de crescimento lento. O seu diâmetro encontra-se geralmente entre 1 e 5 cm, embora possam ser diagnosticadas lesões de maiores dimensões.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente de 61 anos, sexo masculino, caucasiano, metalúrgico, natural de Curaçao e residente em Portugal desde os 7 anos de idade. Como antecedentes pessoais relevantes destacam-se cardiopatia isquémica, diabetes mellitus tipo 2, doença arterial periférica em seguimento em consulta de Cirurgia Vascular e hábitos tabágicos activos (CT 42 UMA). Negava animais de estimação. Em 2011 realizou radiografia tórax em consulta de rotina que revelou massa na metade inferior do campo pulmonar direito, arredondada, de limites mal definidos, confirmada posteriormente por TC tórax. O doente foi submetido a biópsia aspirativa transtorácica que foi inconclusiva. Apesar de várias contactos, o doente abandonou o seguimento. Em abril de 2014, recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia, dor salga direita sem irradiação e febre com 24 horas de evolução. O exame objetivo permitiu a confirmação de febre e a auscultação pulmonar revelou murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito. Os exames complementares de diagnóstico revelaram insuficiência respiratória parcial e elevação dos parâmetros inflamatórios na avaliação analítica. O doente realizou radiografia tórax que mostrou hipotransparência homogénea, arredondada, na metade inferior do campo pulmonar direito com apagamento do seio costofrénico homolateral. Posteriormente realizou TC tórax que revelou volumoso derrame pleural direito e massa arredondada, bem definida, de natureza sólida, com múltiplas calcificações no seu interior, com 8 cm de diâmetro, no campo pulmonar direito. A serologia para *Echinococcus granulosus* foi negativa. Após colheita de hemoculturas (estéreis em aerobiose) foi iniciada antibiótoterapia empírica. O doente foi submetido a toracocentese e colocação de

drenagem torácica guiada por ecografia, com saída de líquido pleural seroso, com pH 6.9, sugestivo de exsudado e com predomínio de neutrófilos. O exame bacteriológico e citológico foram negativos. O doente foi então transferido para a Unidade de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente, tendo sido submetido a lobectomia inferior direita, descorticação e pleurectomia, que decorreram sem complicações e com evolução favorável. O exame anatómico-patológico da peça cirúrgica foi compatível com hamartoma condromatoso com 8.5 × 8 × 8 cm.

Palavras chave: Hamartoma. Tumor. Benigno.

P061. UM CASO DE SEQUESTRO PULMONAR

C. Dias, A.C. Ferreira, A. Costa

Hospital Geral-CHUC.

Introdução: O sequestro pulmonar corresponde a uma mal formação congénita incomum do sistema respiratório inferior, consistindo numa porção de tecido pulmonar que não está em normal comunicação com a árvore traqueobrônquica e que recebe irrigação sanguínea arterial através de uma artéria sistémica anómala.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 42 anos, pedreiro reformado, ex-fumador. Antecedentes de doença poliquística renal (em hemodiálise), cardiopatia hipertensiva, hipertensão pulmonar secundária e alcoolismo (em abstinência desde há 19 meses). Sem antecedentes de patologia respiratória. Recorreu ao Serviço de Urgência por toracalgia pleurítica póstero-basal direita com irradiação anterior, dispneia de esforço, tosse produtiva e febre com dois dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava-se eufónico em ar ambiente, saturação arterial periférica de 94%, febril, auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular nas bases e sibilos na base direita. Gasimetria com insuficiência respiratória parcial. Analiticamente, sem alterações do hemograma, elevação da proteína C reactiva, serologia para HIV negativa. Na radiografia de tórax existia uma opacidade ovalada para-cardíaca direita com nível hidro-aéreo. Fez TC de tórax que evidenciou uma imagem arredondada de limites bem definidos (10 × 8 × 7 cm) no lobo inferior direito, contendo líquido e focos gasosos, sugestiva de abscesso pulmonar. O doente foi internado e medicado com piperacilina e tazobactam, que cumpriu durante 57 dias, com evolução clínica favorável e descida dos parâmetros inflamatórios. No entanto, na reavaliação imagiológica, mantinha a imagem arredondada com menor conteúdo líquido, mas com dimensões semelhantes relativamente ao início da terapêutica. Assim, face o abscesso pulmonar, o doente foi proposto para cirurgia, sendo submetido a toracotomia com excisão da lesão de conteúdo líquido no lobo inferior direito que insinuava para a pleura parietal, tendo-se drenado a cavidade e retirado a cápsula. O resultado da anatomia patológica da peça foi compatível com sequestro intra-lobar.

Discussão: Assim, trata-se de um caso de sequestro pulmonar intra-lobar cuja manifestação inicial foi um abscesso pulmonar. De referir, que o diagnóstico desta malformação constitui um desafio e que o tratamento cirúrgico precoce previne o desenvolvimento de complicações, tais como infecções respiratórias de repetição, hemorragia ou insuficiência cardíaca.

Palavras chave: Sequestro pulmonar. Abscesso pulmonar.

P062. LOBECTOMIA SUPERIOR ESQUERDA COM BRONCOPLASTIA TIPO “SLEEVE” EM CRIANÇA DE 12 ANOS

J.S. Silva, J.E. Reis, I.G. Bravio, P. Baptista, F. Martelo

Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital de Santa Marta.

Caso clínico: Criança de 12 anos de idade, previamente saudável, inicia quadro de tosse seca irritativa persistente que evolui para crises hemoptóicas repetitivas. O quadro motivou realização de estudos complementares de diagnóstico que revelaram um tumor carcinóide do pulmão no brônquio lobar superior esquerdo com invasão do brônquio principal. Foi submetido a uma ressecção do lobo superior do pulmão esquerdo com broncoplastia do tipo “sleeve”. O procedimento decorreu sem intercorrências. Seguiu-se um pós-operatório sem complicações, tendo sido retirado dreno torácico ao 5º dia, tendo alta ao 7º dia pós-operatório, sem qualquer limitação. Primeiro “follow-up” aos 15 dias pós-operatório sem qualquer limitação respiratória, limitação motora ou queixa algica. A broncofibroscopia realizada ao fim de 1 mês demonstrou a boa patência da anastomose e uma óptima cicatrização.

Discussão: A lobectomia com sleeve brônquico é uma cirurgia pouco frequente, principalmente na população pediátrica, mas tem ganho popularidade uma vez que permite a preservação de parênquima pulmonar saudável, evitando assim a realização de pneumectomia desnecessária e as suas múltiplas complicações a longo prazo. Apesar da complexidade técnica e dos riscos inerentes a uma anastomose brônquica, está demonstrado que as ressecções pulmonares broncoplasticas tipo “sleeve” têm vantagens para o doente, não comprometem uma ressecção oncológica R0 e oferece melhores resultados quando comparado com a pneumectomia. Este tipo de procedimento deve ser mandatório quando existe indicação, refletindo a diferenciação de um serviço de cirurgia torácica de qualidade.

Palavras chave: Cirurgia torácica. Broncoplastia. Sleeve. Anastomose brônquica. Pediatria.

P063. QUANDO É NECESSÁRIO CIRURGIA TORÁCICA PARA DIAGNOSTICAR TUBERCULOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Cordeiro da Costa, J. Almeida

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Caso clínico: JFCR, 35 anos de idade, sexo masculino, natural e residente em Paços de Ferreira. Enviado para a Consulta Externa de Pneumologia em 2012 por alterações radiográficas torácicas. Semilogicamente não apresentava sintomas gerais nem sinais ou sintomas de qualquer foro (respiratório, gastrointestinal, genitourinário, etc.). Ao exame objectivo tinha bom estado geral, normossaturação, normotensão arterial, auscultação cardíaco-pulmonar normal, com restante exame objectivo normal. Como antecedentes patológicos tinha litíase renal, exérese de quisto sacrococcígeo, sem outros relevantes; referia rastreio prévio - há 10 anos - por contacto com irmão com tuberculose pulmonar - rastreio negativo efectuado no Hospital Militar do Porto. Era ex-fumador há 10 anos (5UMA), com consumo ligeiro de bebidas alcoólicas, sem outros hábitos de consumo. Sem alergias conhecidas. Na revisão por aparelhos e sistemas não tinha qualquer alteração. Na telerradiografia do tórax apresentava (de relevo) duas hipotransparências grosseiramente ovalóides apicais esquerdas com aproximadamente 3 cm de diâmetro (a maior), aparentemente calcificadas, com limites bem definidos, sem cavitação ou nível hidroaéreo, sem outras alterações parenquimatosas ou mediastínicas evidentes, sem derrame pleural. Pedido TC tórax que revelou “múltiplos nódulos bilateralmente predominando nos vértices (...) vários calcificados, de natureza residual. O nódulo de maiores dimensões, com cerca de 30 mm apresenta um padrão de calcificação algo atípico (...)”. Analiticamente não existiam alterações no hemograma, função renal e hepática, PCR negativa e marcadores tumorais negativos. Realizada videobroncofibroscopia que não evidenciou alterações na árvore traqueobrônquica e cujos lavados brônquico e broncoalveolar foram negativos para microbiologia, micobacteriologia e com cito-

logias negativas para células malignas. Efectuada PET: “os nódulos pulmonares não apresentam avidéz significativa para FDG (...) a probabilidade de infiltração maligna está diminuída; captação muito discreta (SUV máx 1.3) em parte do nódulo de maiores dimensões que pode traduzir apenas patologia inflamatória”. Discutido com o doente que pretendeu apenas continuar a vigilância imagiológica. Efectuados TC-Tórax aos 3 e 6 meses que revelaram estabilidade das alterações imagiológicas - eventual aumento dimensional do nódulo de maiores dimensões para 35 mm (TC efectuados em locais diferentes). Apresentado e discutido caso em Reunião de Grupo de Pneumologia Oncológica. Dada idade do doente e incerteza do padrão evolutivo, apesar da assintomatologia e do padrão “inocente” calcificado dos nódulos, decidido proposta para exérese cirúrgica. Discutido com o doente que dado padrão evolutivo anuiu a excisão. Efectuada VATS uniportal à esquerda para exérese em cunha da lesão nodular do lobo superior esquerdo. No relato cirúrgico “lesão nodular (...) bastante aderente à parede torácica, com abertura iatrogénica na tentativa da sua libertação. Saída de líquido esbranquiçado espesso (...)”. No relato anátomo-patológico “Duas lesões cavitadas (...) infiltrado inflamatório crónico com necrose no interior (...) não foram identificados granulomas (...) nem estruturas de natureza neoplásica (...) coloração de Ziehl-Neelsen não revelou BAAR”. Na micobacteriologia do pús extraído durante a libertação da lesão, exame directo positivo para micobactérias (1-3 bacilos por campos), teste de amplificação do ácidos nucleicos para Bk positivo.

Discussão: O presente caso clínico coloca-nos perante a problemática dos nódulos pulmonares assintomáticos em idade jovem, sendo por vezes necessário recorrer a cirurgia para o diagnóstico de patologias simples como a tuberculose pulmonar.

Palavras chave: Cirurgia. Torácica. Nódulos. Tuberculose.

P064. MICROLITÍASE ALVEOLAR PULMONAR - UMA DOENÇA RARA

I. Franco, T. Shiang, S. Campinha, S. Neves

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A microlitíase alveolar pulmonar (MAP) é uma entidade rara idiopática, de evolução crónica, caracterizada pela presença de cálculos (calcosferitos) nos espaços alveolares na ausência de alterações do metabolismo do fosfocálcico. As alterações radiológicas são características: micronódulos calcificados (< 1 mm), finos e bem definidos, com distribuição difusa ou com predomínio nos andares médios e inferiores, adotando um padrão descrito por alguns autores como “tempestade de areia”. Calcificações lineares subpleurais ou ao longo dos septos interlobulares, vidro despolido e cistos subpleurais são outros achados comuns. A predileção por determinadas áreas geográficas, assim como a presença de história familiar na maioria dos casos sugerem uma etiologia genética, com padrão de hereditariedade autossómica recessiva (geneSLC34A2). A maioria dos doentes são jovens adultos e assintomáticos na altura do diagnóstico, habitualmente realizado de forma ocasional. Apresenta-se um caso de MAP, observado na nossa consulta de Pneumologia, associado a uma breve revisão da literatura, dada a raridade desta patologia no nosso país.

Caso clínico: Homem de 69 anos, ex-fumador (90 UMA), reformado (lojista), com antecedentes pessoais de HTA, diabetes mellitus tipo 2 e hemiparesia esquerda sequelar a acidente vasculocerebral há mais de 15 anos. Orientado para consulta de Pneumologia por médico de família por padrão reticulomicronodular na telerradiografia de tórax, realizada no contexto de uma queda com traumatismo torácico. O doente referia apenas tosse seca de evolução arrastada e negava história familiar de doença pulmonar. Ao exame objetivo apresentava crepitações nos andares inferiores à auscultação pulmonar. A tomografia computadorizada de alta resolução do tórax

revelou espessamento dos septos interlobulares e micronódulos de densidade cálcica randômicos, com distribuição periférica, associada a significativa distorção da arquitetura pulmonar. O estudo funcional respiratório foi normal e o exame citológico, assim como contagem celular do lavado broncoalveolar não apresentaram alterações. O exame histológico da biópsia transbrônquica revelou a presença de pequenos calcosferitos intra-alveolares sugestivo de MAP. Os valores séricos do cálcio e fósforo encontravam-se dentro da normalidade. Atualmente o doente mantém seguimento na consulta (cerca de 1 ano após o diagnóstico), sem evolução funcional ou radiológica.

Discussão: Até à data, menos de 800 casos de MAP foram relatados na literatura médica mundial, sendo a maioria proveniente da Turquia, Japão e Itália. Do que é do conhecimento dos autores este é o primeiro caso de MAP reportado em Portugal. O diagnóstico foi realizado de forma ocasional dada a ausência de sintomas significativos, apesar das extensas alterações radiológicas, como é característico desta patologia. Embora não tenha sido realizado estudo genético não foi evidente história familiar de doença pulmonar. A biópsia pulmonar habitualmente confirma o diagnóstico embora, segundo alguns autores, não seja essencial na presença de alterações radiológicas características. Não há tratamento médico eficaz e o prognóstico a longo prazo é reservado, evoluindo na maioria dos casos para insuficiência respiratória.

Palavras chave: Microlitíase alveolar pulmonar. Calcificações pulmonares.

P065. UM CASO DE CESARIANA COMPLICADA POR HEMOPTISES: DIAGNÓSTICO E EVOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE UMA LACERAÇÃO TRAQUEAL TRATADA COM ABORDAGEM CONSERVADORA

M. Lopes, C. Matos, J. Soares, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A laceração traqueal é uma condição incomum mas importante, visto estar tradicionalmente associada a uma elevada morbilidade e mortalidade. As causas mais comuns são as lesões da cabeça, pescoço ou tórax, politraumatizados, ferimentos por arma branca ou de fogo e ainda lesões iatrogénicas durante procedimentos médicos invasivos (entubações traqueais, traqueostomias, broncoscopia, colocação de próteses, esofagectomia). A incidência de lacerações pós entubações traqueobrônquicas é de 1:20.000. No entanto, alguns estudos revelam uma maior incidência em situações de urgência - 15%.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de uma jovem puérpera de 31 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. A doente tinha tido uma gravidez de 38 semanas com bom seguimento pré-natal, até dar entrada no Serviço de Urgência de Obstetria por quadro de mal-estar geral, dor abdominal, vômitos e febre. Por bradicardia fetal foi submetida no próprio dia a cesariana de urgência, onde se constatou descolamento da placenta, com hematoma volumoso e perdas hemáticas significativas durante a cirurgia. O pós-operatório imediato evoluiu com dispneia e hemoptises, acompanhada analiticamente de descida de 3 g/L de hemoglobina, com necessidade de 2 transfusões de concentrado eritrocitário. Realizou TC tórax que revelou presença de múltiplos infiltrados alveolares bilaterais, envolvendo principalmente o lobo inferior esquerdo e o lobo inferior direito, mas também o lobo médio e lobo superior direito. Não eram evidentes sinais de tromboembolismo pulmonar central ou segmentar. Nas horas seguintes, efetuou broncofibroscopia que evidenciava sangue vivo na naso e orofaringe, proveniente da árvore traqueobrônquica. A traqueia apresentava-se com sangue vivo em grande quantidade e coágulo volumoso na parede posterior da traqueia. Posteriormente efetuou-se instilação de adrenalina e remoção mecânica do coágulo traqueal, ficando

evidente uma laceração no 1/3 distal da traqueia que se estendia por 6/7 cm de comprimento por 2-3 cm de largura, com marcado colapso/ herniação da parede posterior na expiração. A doente manteve-se hemodinamicamente estável, apenas necessitando de suporte transfusional, pelo que se optou por uma abordagem conservadora da laceração traqueal. Na reavaliação endoscópica às 48h já não se constatava hemorragia ativa, sendo evidente a herniação durante a expiração de estruturas mediastínicas peritraqueais, para o lúmen. No controlo efetuado duas semanas após o episódio, a lesão já se encontrava recoberta por tecido de granulação avermelhado e ligeiramente friável, verificando-se redução do abaulamento na expiração, pelo que a doente teve alta hospitalar. Efetuou-se novo controlo endoscópico um mês após o episódio inicial, no qual apenas era visível uma pequena área de tecido de granulação. A última revisão endoscópica foi efetuada 7 meses após o internamento, apresentando malícia da parede posterior no local da anterior laceração. Na inspiração era visível uma depressão neste local e, na expiração, um abaulamento marcado, reduzindo significativamente o lúmen traqueal.

Discussão: Com o presente caso pretende-se ilustrar uma complicação rara de um procedimento frequente, a entubação orotraqueal, e a sua evolução endoscópica em que se optou por uma abordagem conservadora.

Palavras chave: Laceração traqueal. Abordagem conservadora. Puérpera.

P066. PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO BILATERAL SECUNDÁRIO A JET VENTILATION EM DOENTE COM TUMOR OCLUSIVO DA TRAQUEIA

V. Santos Martins¹, J. Soares¹, S. Pica², I. Furtado², J. Roldão Vieira¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anestesiologia, Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A pneumologia de intervenção tem evoluído significativamente nas últimas décadas. As complicações associadas às diferentes técnicas endoscópicas são no entanto pouco reportadas. O barotrauma, embora raro, é uma das potenciais complicações de *jet ventilation*, frequentemente aplicada durante a broncoscopia rígida (BR).

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de doente de 56 anos, referenciada por tumor da traqueia, identificado em TC-torácica, localizado no terço médio da traqueia e condicionando oclusão do lúmen traqueal em cerca de 75-80%. Foi programada BR para diagnóstico e terapêutica endoscópica. Procedeu-se à indução anestésica com ventilação manual e posterior entubação com o traqueoscópio, que decorreu sem intercorrências e aplicou-se *jet ventilation* na sua porta lateral, sendo possível observar-se uma neoformação polipoide, de superfície arredondada e lisa, com hipervascularização, ocluindo cerca de 80% do lúmen traqueal. Imediatamente após o início de *jet ventilation* verificou-se distensão gástrica significativa, que aumentava a cada insuflação, associada a uma expansão torácica reduzida. Foi colocada sonda nasogástrica tendo-se verificado diminuição do volume abdominal. Cerca de dois minutos após o início do procedimento a doente evoluiu para assístolia cardíaca, tendo sido retirado o traqueoscópio e iniciado manobras de ressuscitação cardíaca. Constatado entretanto enfisema subcutâneo cervical, bem como semiologia de pneumotórax bilateral, pelo que se procedeu à descompressão imediata com agulha e seringa e posteriormente à colocação de drenagem torácica bilateral, com boa recuperação hemodinâmica. Num segundo tempo operatório, a doente foi novamente submetida a BR, tendo-se modificado os parâmetros ventilatórios (aplicado pressão mais baixa e menor frequência respiratória), o que permitiu a desobstrução mecânica e térmica da via aérea, sem complicações associadas. O

exame histológico foi compatível com carcinoma neuroendócrino moderadamente diferenciado. Adicionalmente ao risco inerente de barotrauma induzido por *jet ventilation*, julgamos que neste caso, a redução significativa do lúmen traqueal condicionou um aumento significativo da pressão da via aérea a jusante da lesão, com hiperinsuflação devido à deficiente saída do ar no tempo expiratório, desencadeando pneumotórax bilateral hipertensivo, pneumomediastino, e paragem cardíaca. Só a descompressão imediata do espaço pleural conjuntamente com as manobras de ressuscitação permitiram ultrapassar esta dramática e inesperada complicação.

Palavras chave: Barotrauma. Pneumotórax hipertensivo. *Jet ventilation*. Broncoscopia rígida.

P067. ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO COMO CAUSA DE PSEUDO - HEMOPTISE

T. Martín Rioja, H. Grumete, J. Soares, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A aspiração de corpo estranho (CE) pode ser uma situação potencialmente fatal. Tem uma baixa prevalência no adulto (0,66 por 100.000) e a maioria das situações ocorrem na 6ª e 7ª décadas de vida quando os mecanismos de protecção da via aérea se tornam ineficazes. São factores de risco para aspiração de CE a idade superior a 75 anos, doenças neurológicas e/ou diminuição do estado de consciência. A apresentação clínica vai depender da localização do corpo estranho na via aérea. No adulto é geralmente subaguda devido à frequente localização CE na árvore brônquica distal. A tosse é o sintoma mais frequente (80%) seguida dos sintomas relacionados com as complicações (pneumonia, estenose brônquica, bronquiectasias). Embora apenas 10% dos CE sejam radiopacos, a radiografia de tórax pode ser útil no diagnóstico uma vez que podem existir sinais indirectos de obstrução. Contudo, a broncoscopia é geralmente necessária para o diagnóstico, para além de constituir o meio terapêutico.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 66 anos, não fumadora, com antecedentes de doença bipolar grave, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia. De referir internamento recente com alta 18 dias antes, por choque séptico a *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente com ponto de partida respiratório. Admitida no serviço de urgência por quadro clínico sugestivo de infecção respiratória nosocomial, tendo iniciado antibioterapia empírica. Durante a permanência na Urgência apresentou episódio de “hemoptise” abundante (não quantificada) com repercussão analítica e hemodinâmica, com resolução espontânea. Posteriormente verificou-se aparecimento de tosse produtiva persistente. Realizou TC torácica que evidenciou infiltrados alodonomos bibasais e bronquiectasias cilíndricas. Foi submetida a broncofibroscopia sob anestesia geral tendo sido observado CE correspondente a prótese dentária, com ponte metálica, ancorado na orofaringe. A restante broncofibroscopia não mostrou lesões passíveis de perdas hemáticas. Procedeu-se à remoção do CE com apoio da Otorrinolaringologia. Verificou-se boa evolução clínica, com resolução do quadro infeccioso e desaparecimento da tosse.

Discussão: Embora se trate de uma situação clínica rara no adulto, a aspiração de CE deve ser considerada em doentes com infecções pulmonares de repetição, hemoptises, abscesso pulmonar, síndrome do lobo médio, bronquiectasias localizadas ou alterações fibróticas, especialmente se existirem factores de risco. A broncoscopia permite geralmente não só o diagnóstico, mas também a remoção do CE com altas taxas de sucesso, evitando complicações e sequelas subsequentes.

Palavras chave: Corpo estranho. Pseudo-hemoptise. Broncofibroscopia.

P068. PNEUMONIA DE REPETIÇÃO A CORPO ESTRANHO - CASO CLÍNICO

L. Gomes da Silva, D. Cruz, C. Nunes, N. Marçal, L. Santos, C. Pissarra, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O termo pneumonia de repetição abrange na sua definição pneumonias recorrentes ou de evolução arrastada. Podem ocorrer na sequência de doença pulmonar estrutural ou por factores extrínsecos. Perante esta patologia é necessário proceder a uma investigação aprofundada, para identificar as causas que estão na sua origem.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem de 82 anos, com antecedentes de síndrome de apneia obstrutiva do sono sob CPAP, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e fibrilhação auricular sob anticoagulação oral, internado por insuficiência renal crónica agudizada em contexto de diarreia e desidratação, que durante o internamento desenvolveu quadro de tosse com expectoração purulenta e disfagia de agravamento progressivo. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e a radiografia de tórax revelou hipotransparência perihilar esquerda. Estabelecido o diagnóstico de pneumonia fez sequencialmente antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina, levofloxacina, vancomicina e piperacilina/tazobactam, sem melhoria. Realizou então TC de tórax, que mostrou corpo de densidade metálica junto às estruturas posteriores da faringe. Após suspensão da anticoagulação, foi submetido a broncofibroscopia, tendo sido identificado corpo estranho metálico junto à epiglote, fixo às estruturas da oro e laringofaringe, que após remoção se verificou tratar de uma prótese dentária.

Discussão: O diagnóstico etiológico neste caso foi atrasado pelo facto de o doente não apresentar factores de risco para aspiração, nem história clínica sugestiva. Trazemo-lo para reforçar a importância de se iniciar precocemente o estudo etiológico da pneumonia de curso arrastado.

Palavras chave: *Pneumonia. Corpo estranho.*

P069. MEDIASTINITE COMO COMPLICAÇÃO DE PUNÇÃO ASPIRATIVA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA

M. Felizardo, A. Bugalho, P. Calvino, S. Simões, S. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Introdução: A punção aspirativa guiada por ecoendoscopia brônquica (EBUS-TBNA) é uma técnica minimamente invasiva, frequentemente utilizada na avaliação de adenopatias mediastínicas e estadiamento de cancro do pulmão.

Caso clínico: Relatamos o caso de um homem de 68 anos de idade, ex-fumador (50 UMA), com cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, diabetes mellitus e DPOC. Num TC de tórax de rotina foi detectado um nódulo pulmonar espiculado com 10 milímetros na periferia do lobo superior direito. O PET evidenciou uma elevada captação do nódulo referido (SUV 3,55), sem outras alterações valorizáveis (cT1aN0M0). Em novembro de 2013, o doente foi submetido a uma lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastínica (4R, 7 e gânglios hilares direitos). O resultado anatomopatológico confirmou a existência de um adenocarcinoma (CK7+; TTF1+; CK5 neg) pT1aN0Mx. O doente manteve-se sob seguimento oncológico sem tratamento adjuvante e em março 2014, no TC de tórax de rotina, visualizou-se um aumento dos gânglios linfáticos mediastínicos nas estações de 4R (22 × 15 mm) e 7 (30 × 19 mm). Esta situação foi discutida em reunião multidisciplinar de pneumologia oncológica e decidiu-se realizar EBUS-TBNA. O resultado citológico final foi de reação granulomatosa a corpo estranho

(o cirurgião usou Surgicel® de forma a controlar a hemorragia nessas estações). Dez dias após a EBUS-TBNA o doente foi admitido no serviço de urgência por dor torácica não pleurítica intensa, localizada na face anterior do tórax. Não tinha febre. A tomografia computadorizada revelou uma mediastinite e foi submetido a mediatinoscopia cervical, de forma a drenar duas coleções ao nível das estações 4R e 7. Verificou-se fibrose extensa e apenas a estação 4R pôde ser drenada. Dois dias após o procedimento, o doente apresentava sinais de choque séptico pelo que a estação 7 foi abordada por toracotomia posterior direita. Vinte dias depois o doente recebeu alta hospitalar, sem sintomas e sem identificação do microrganismo responsável.

Discussão: A EBUS-TBNA é considerada um procedimento seguro, com um registo muito baixo de complicações. O presente caso alerta para o risco de complicações raras, mas potencialmente fatais desta técnica, como a mediastinite.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Mediastinite. Punção aspirativa. Ecoendoscopia brônquica.

P070. ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NA ÁRVORE BRÔNQUICA ESQUERDA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

J. Vale Lages, C. Ângela, R. Rolo

Hospital de Braga.

Introdução: A aspiração de corpo estranho (ACE) é um evento potencialmente fatal. É mais comum em crianças, sendo baixa a taxa de ACE observada nos adultos (0,66 por 100.000). A incidência parece não ter preferência por género. Os factores de risco em adultos incluem a perda da consciência decorrente de trauma, drogas, intoxicação alcoólica, ou anestesia. O local mais comum de alojamento dos corpos estranhos aspirados é o brônquio principal direito. A ACE em adultos apresenta-se, geralmente, de forma subtil com escassez nos achados de imagem sendo crucial um alto índice de suspeição clínica. A visualização directa do corpo estranho, por broncoscopia, é necessário para o diagnóstico definitivo e tratamento. No mês de abril de 2014 estiveram internados, no serviço de Medicina, dois jovens com antecedentes de toxicod dependência intravenosa, ambos com ACE alojados no brônquio lobar superior (BLS) esquerdo.

Casos clínicos: Caso 1: sexo masculino, 32 anos. Ex-toxicod dependente com história de consumos intravenosos. Doente com infeção VIH em estadio SIDA e infeção VHC. Internado para estudo de anorexia, prostração e febre com um mês de evolução. Referia ainda tosse crónica. Sem outra sintomatologia pulmonar associada. Do estudo, e de relevo para o presente caso, apresentava radiografia do tórax com infiltrado reticular esquerdo e tomografia computadorizada (TC) de tórax com imagem endoluminal, ao nível do BLS esquerdo, a favor de corpo estranho. A broncofibroscopia evidenciou a presença de uma agulha de injeção endovenosa na região do BLS, com tecido de granulação em volta desta. O objeto foi removido por broncoscopia rígida. Caso 2: sexo masculino, 47 anos. Toxicod dependente com história de consumos intravenosos. Doente com infeção VIH em estadio SIDA e infeção VHC. Internado para estudo de tosse com expectoração hemoptóica com dois meses de evolução associada a dor de características pleuríticas e emagrecimento. Radiografia torácica sem alterações relevantes. TC de tórax mostrou presença de corpo estranho no brônquio principal e BLS esquerdo. Broncofibroscopia evidenciou presença de corpo estranho (agulha de injeção endovenosa), localizado no BLS. A retirada do mesmo foi realizada por broncoscopia rígida, sem intercorrências. Após revisão da anamnese supõe-se que as agulhas poderão ter sido aspiradas durante período de inconsciência imediatamente posterior à injeção de estupefacientes. Uma vez que a localização de corpos estranhos aspirados é frequentemente

a árvore brônquica direita, e em ambos os casos apresentados se ter verificado o contrário, levou-nos a concluir que a posição na qual os indivíduos se injetam estará possivelmente associada à localização do objeto. Ambos os doentes usavam preferencialmente o sistema circulatório venoso do membro superior esquerdo para administração, inclinados para a esquerda e segurando a agulha com a boca enquanto garrotavam o membro, deixado a árvore brônquica esquerda mais exposta aquando da ACE.

Discussão: A presente exposição de dois casos clínicos com ACE constatada no mesmo período de internamento, na mesma localização e decorrente dos mesmos antecedentes de toxicod dependência e da mesma técnica de administração de estupefacientes, pretende evidenciar uma raridade descrita na literatura e alertar para uma apresentação clínica e imagiológica subtil sendo, portanto, crucial um alto índice de suspeição clínica.

Palavras chave: Aspiração de corpo estranho. Adulto. Broncoscopia. Agulha.

P071. PNEUMONIA NECROTIZANTE - QUANDO A CIRURGIA É NECESSÁRIA

A. Silva¹, M.E. Torres², M. Ferrer², J.R. Badia², A. Torres²

¹Serviço de Pneumologia, CHUC-HUC (Director: Dr. Mário Chaves Loureiro). ²Unidade de Vigilância Intensiva e Intermédia Respiratória, Hospital Clínic de Barcelona, Espanha (Director: Dr. Àlvar Agustí).

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma complicação rara de pneumonia bacteriana que se caracteriza pelo aparecimento de focos de necrose em áreas de consolidação parenquimatosa. A gravidade, bem como a morbimortalidade, dependem do microrganismo causal e/ou de factores predisponentes do hospedeiro. O tratamento médico, com antibioterapia de largo espectro e terapêutica de suporte, é bem sucedido na maioria dos casos mas ocasionalmente pode ser necessária abordagem cirúrgica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 42 anos, fumadora, com hábitos toxicómanos e antecedentes de hepatite C crónica, que recorreu ao serviço de urgências por apresentar alteração do estado de consciência, náuseas, vômitos e dejecções diarreicas com cerca de 3 dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava desorientação, taquicardia, taquipneia, febre, hipotensão, saturação de O₂ de 84% (FiO₂ de 21%) e diminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax direito. Analiticamente era evidente elevação da PCR, leucopenia e insuficiência respiratória parcial grave. Na radiografia do tórax visualizava-se hipotransparência dos dois terços inferiores do campo pulmonar direito. Verificou-se agravamento do estado clínico com necessidade de suporte ventilatório invasivo tendo iniciado antibioterapia empírica, posteriormente dirigida para *Klebsiella pneumoniae*, *Stenotrophomonas maltophilia* e *Candida tropicalis*, isolados em aspirado traqueal, e *Candida tropicalis* em hemocultura. Por agravamento radiológico e persistência dos parâmetros de infeção, realizou tomografia computadorizada do tórax que revelou alterações compatíveis com pneumonia necrotizante ocupando todo o campo pulmonar direito. A doente foi, então, proposta para pneumectomia direita, que decorreu sem incidentes, com evolução clínica favorável.

Discussão: As infeções pulmonares necrotizantes são raras mas potencialmente fatais. A terapêutica cirúrgica é uma opção quando há falência da terapêutica médica e tem como objectivos a estabilização do doente e a remoção do pulmão necrótico. O tipo de ressecção efectuada dependerá da extensão do processo necrótico, tentando sempre ser o mais conservadora possível, mas a pneumectomia poderá ser necessária, como aconteceu no presente caso.

Palavras chave: Pneumonia necrotizante. Pneumectomia.

P072. PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO A INALAÇÃO DE COCAÍNA

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A dor torácica é uma queixa comum em consumidores de cocaína que recorrem ao serviço de urgência (SU). O pneumomediastino é uma complicação pouco comum do abuso de cocaína, que ocorre mais frequentemente quando a cocaína é fumada do que quando é inalada. Através da descrição de um caso clínico de pneumomediastino espontâneo secundário a inalação de cocaína, revê-se a abordagem diagnóstica e terapêutica subsequente.

Caso clínico: Um jovem de 27 anos, previamente saudável, recorreu ao SU com dor torácica e dispneia. Consumidor habitual e crônico de cocaína, heroína e tabaco, admitiu ter inalado cerca de 5 gramas de cocaína e ingerido vários shots de vodka na noite anterior. A dor torácica acordou-o de noite e era constante, subesternal, opressiva, de intensidade 10/10, sem irradiação, agravando com respiração profunda e movimentos e aliviando com repouso. Não havia história de trauma ou de infecção respiratória. Ao exame físico, sinais vitais estáveis e enfisema subcutâneo cervical e torácico antero-superior palpável; auscultação pulmonar limpa, aus-

cultação cardíaca rítmica e regular, sem sopros, no entanto, com crepitação audível síncrona com batimento cardíaco (sinal de Hamman) e abdômen inocente. Analiticamente, sem alterações de relevo. A análise de urina para pesquisa de cocaína revelou-se positiva. Realizou eletrocardiograma, com ritmo sinusal, sem alterações de sobrecarga ou isquemia. A radiografia torácica demonstrou pneumomediastino e enfisema subcutâneo (fig. 1), confirmados por tomografia torácica (fig. 2). Ruptura esofágica e laceração da árvore brônquica foram excluídas. Durante o internamento, o doente recuperou rapidamente sem qualquer intervenção dirigida para além de repouso e oxigenoterapia, com normalização da radiografia torácica ao terceiro dia de hospitalização.

Discussão: Aquando da avaliação de um doente com queixas de dor torácica e história de uso ou abuso de cocaína, é importante considerar a hipótese de pneumomediastino espontâneo no diagnóstico diferencial.

Palavras chave: *Pneumomediastino. Dor torácica. Cocaína. Tabaco. Urgência.*

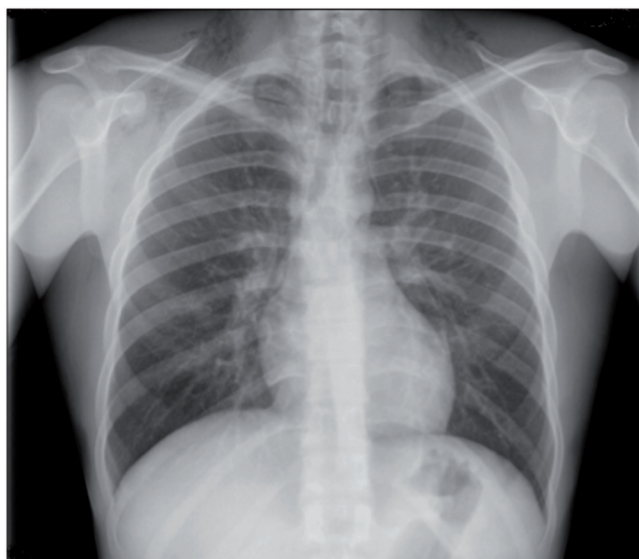


Fig. 1

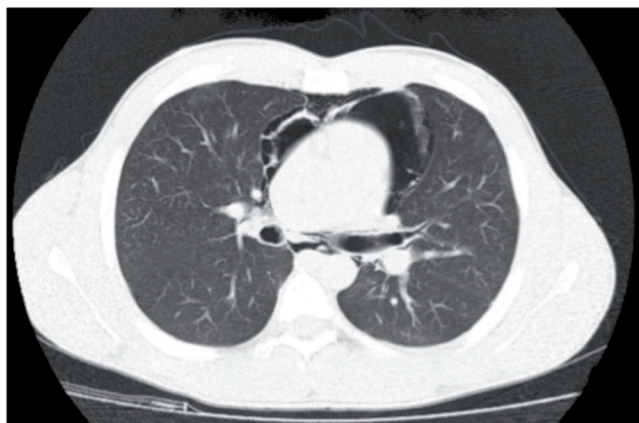


Fig. 2

P073. TIOTRÓPIO RESPIMAT® UMA VEZ DIA EM ASSOCIAÇÃO COM DOSES MÉDIAS A ELEVADAS DE CORTICOSTERÓIDES INALADOS, COM OU SEM AGONISTAS β_2 DE LONGA DURAÇÃO DE AÇÃO, MELHORA A FUNÇÃO PULMONAR EM DOENTES COM ASMA SINTOMÁTICA, INDEPENDENTEMENTE DO ESTADO ALÉRGICO

R. Dahl¹, E.D. Bateman², T. Casale³, E. Pizzichini⁴, M. Vandewalker⁵, J.C. Virchow⁶, M. Engel⁷, R. Sigmund⁷, P. Moroni-Zentgraf⁷, H.A.M. Kerstjens⁸

¹Odense University Hospital, Allergy Centre, Odense, Denmark.

²University of Cape Town, Cape Town, South Africa. ³University of South Florida, Tampa, United States. ⁴NUPAIVA (Asthma Research Centre), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brazil. ⁵Clinical Research of the Ozarks, Columbia, United States. ⁶Zentrum für Innere Medizin, Klinik I, University Clinic Rostock, Rostock, Germany. ⁷Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co, KG, Ingelheim am Rhein, Germany. ⁸University Medical Center Groningen, Netherlands.

Objectivo: Um número considerável de doentes tem asma sintomática, apesar de cumprir a terapêutica preconizada nas *guidelines*. Vários estudos têm confirmado que o tiotrópio Respimat®, um broncodilatador anticolinérgico de longa duração de ação, administrado uma vez dia, melhora a função pulmonar em doentes sintomáticos sob, pelo menos, doses médias de ICS ± LABA (Kerstjens et al NEJM 2012;367:1198-207; Bateman et al JACI 2011;128:315-22). O objetivo deste estudo é analisar se a situação atópica e/ou alérgica dos doentes incluídos nestes ensaios influencia a sua resposta ao tiotrópio Respimat®.

Métodos: Dois ensaios de 48 semanas com tiotrópio Respimat® 5 µg (PrimoTina-asma®: NCT00776984, NCT00772538) em doentes (n = 912) sob doses elevadas de ICS + LABA; dois ensaios de 24 semanas com tiotrópio Respimat® 5 µg e 2,5 µg (MezzoTina-asma®: NCT01172808, NCT01172821) em doentes (n = 2.100) sob ICS em doses moderadas. Análises pré-planeadas agregadas foram realizadas em dois subgrupos definidos com valores basais de IgE total sérica ≤ ou > 430 µg/L ou eosinófilos plasmáticos ≤ ou > 0,6 × 10⁹/L ou avaliação clínica da existência (ou não) de estado alérgico.

Resultados: O tiotrópio Respimat® 5 µg ou 2,5 µg melhorou os valores de FEV₁ pico e FEV₁ vale versus placebo (tabela), independentemente do nível de IgE, contagem de eosinófilos e avaliação clínica.

Conclusões: O tiotrópio Respimat®, uma vez dia, em associação com ICS ou ICS + LABA em doentes com asma sintomática moderada a grave reduz a obstrução do fluxo aéreo, aparentemente de forma independente do status atópico e/ou alérgico.

Tabela - P073

Diferença média ajustada de tiotrópio Respimat® vs placebo (mL)		IgE ≤/ > 430 µg/L Valor p	Interação ^a	Eosinófilos ≤/ > 0,6 × 10 ⁹ /L Valor p	Interação ^a Não/Sim	Avaliação clínica Valor p	Interação ^a
PrimoTinA-asma®	n ^b	336/377		654/175		335/516	
Tiotrópio Respimat® 5 µg	FEV ₁	148/102	0,742	115/58	0,7021	76/130	0,2114
	Pico (0-3h)						
	FEV ₁ Vale	127/89	0,6209	103/52	0,7542	94/91	0,4099
MezzoTinA-asma®	n ^b	356/610		769/201		349/624	
Tiotrópio Respimat® 5 µg	FEV ₁	168/193	0,9677	170/240	0,2375	180/189	0,6233
	Pico (0-3h)						
	FEV ₁ Vale	139/152	0,8437	137/182	0,5148	138/153	0,6727
MezzoTinA-asma®	n ^b	364/614		779/203		349/635	
Tiotrópio Respimat® 2,5 µg	FEV ₁	197/237	0,9677	236/176	0,2375	243/213	0,6233
	Pico (0-3h)						
	FEV ₁ Vale	167/188	0,8437	185/158	0,5148	209/164	0,6727

^aPara interação tratamento × subgrupo; ^bValores para grupos ativo e placebo combinados. ICS: Corticosteróides inalados (Inhaled corticosteroids). LABA: Agonista β₂ de longa duração de ação (Long acting β₂ agonist).

Resultados apresentados no congresso anual da European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EACCI), Copenhaga, Dinamarca, 7-11 Junho, 2014.

Palavras chave: Tiotrópio. Respimat. Asma. Função pulmonar. Corticosteróides inalados. Agonistas β₂ longa duração de ação.

P074. TERAPÊUTICA DE ASSOCIAÇÃO DO TIOTRÓPIO RESPIMAT® COM CORTICOSTERÓIDES INALADOS + AGONISTAS β₂ DE LONGA DURAÇÃO DE AÇÃO EM DOENTES COM ASMA SINTOMÁTICA GRAVE: EFICÁCIA POR NÍVEL DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS

H.A.M. Kerstjens¹, M. Engel², R. Dahl³, P. Paggiaro⁴, E. Beck⁵, M. Vandewalker⁶, R. Sigmund⁷, P. Moroni-Zentgraf², E.D. Bateman⁸

¹University of Groningen, University Medical Center Groningen and Groningen Research Institute for Asthma and COPD- Groningen, Netherlands. ²Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co, KG-Ingelheim Am Rhein, Germany. ³Allergy Centre, Odense University Hospital-Odense, Germany. ⁴University Hospital of Pisa, Italy. ⁵Institut für Gesundheitsförderung, Rüdersdorf Brandenburg, Germany. ⁶Clinical Research of the Ozarks, Columbia, MO, USA. ⁷Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co, KG-Biberach An Der Riss, Germany. ⁸University of Cape Town, South Africa.

Objectivo: Em dois ensaios replicados de Fase III (NCT00772538 e NCT00776984), tiotrópio 5 µg, uma vez dia, administrado via inalador Respimat® (tiotrópio Respimat®), melhorou a função pulmonar em doentes com asma grave que permaneceram sintomáticos apesar de tratados com ICS+LABA. Outros estudos têm demonstrado a eficácia de tiotrópio Respimat® 5 µg e 2,5 µg em doentes com asma ligeira a moderada. No nosso estudo de asma grave, analisámos a

eficácia do tiotrópio Respimat® 5 µg em doentes com diferentes graus de obstrução do fluxo aéreo.

Métodos: Realizaram-se dois ensaios de 48 semanas, de dupla ocultação, controlados com placebo, com grupos paralelos de tiotrópio Respimat® 5 µg, uma vez dia. Os critérios de inclusão foram: idade de 18-75 anos; ≥5 anos de história de asma diagnosticada antes dos 40 anos; pontuação total no *Asthma Control Questionnaire 7* (ACQ7) ≥ 1,5; ≥ 1 agudização durante o ano anterior; volume expiratório forçado num segundo (FEV₁) pós-broncodilatador ≤ 80%; não-fumador ou ex-fumador (< 10 maços-anos). Os doentes tinham de estar a cumprir tratamento com doses elevadas de ICS (≥ 800 µg/dia de budesonida ou equivalente) e LABA durante ≥ 4 semanas antes do rastreio. Os critérios de exclusão foram: diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou doença pulmonar significativa (exceto asma). Os objetivos primários da função pulmonar foram os valores de FEV₁ pico (0-3h) e FEV₁ vale (diferença vs os valores basais) avaliados às 24 semanas. Foram ainda realizadas análises pré-especificadas dos dois ensaios combinados para avaliar o efeito do tratamento às 24 semanas em subgrupos definidos por < 60% e ≥ 60- < 80% dos valores previstos de FEV₁ pós-broncodilatador no rastreio.

Resultados: No total, 912 doentes foram aleatorizados para o tiotrópio Respimat® 5 µg, uma vez dia, (n = 456) ou placebo (n = 456). Os dados demográficos dos doentes eram comparáveis entre os grupos de tratamento. Foram observadas melhorias estatisticamente significativas nos valores de FEV₁ pico (0-3h) e FEV₁ vale (pós-broncodilatação, percentagem vs valor previsto) com tiotrópio Respimat® 5 µg no subgrupo < 60% (ambos p < 0,001) e no subgrupo ≥60- < 80% (p = 0,015 e p = 0,022, respetivamente) versus placebo (tabela). De um modo geral, a melhoria nos valores FEV₁ pico (0-3h) e FEV₁ vale com tiotrópio Respimat® foi aproximadamente duas vezes superior no subgrupo de FEV₁ pós-broncodilatador de < 60% vs subgrupo ≥ 60- < 80%. No entanto, devido aos largos intervalos de confiança sobreponíveis (ICs), não

Tabela - P074

		FEV ₁ Pico (0-3h) (mL)		FEV ₁ Vale (mL)	
FEV ₁ pós-broncodilatador (% do valor previsto)	Terapêutica	Diferença média ajustada (95% IC)	Valor p	Diferença média ajustada (95% IC)	Valor p
< 60%	Tiotrópio Respimat® (n = 165) ^a	170 (86, 254)	< 0,001	139 (63, 215)	< 0,001
	Placebo (n = 171) ^a				
≥60% - < 80%	Tiotrópio Respimat® (n = 255) ^a	70 (14, 127)	0,015	61 (9, 113)	0,022
	Placebo (n = 251) ^a				
Valores p de Interação: FEV ₁ pico (0-3h) = 0,152; FEV ₁ vale = 0,103. ^a Número de doentes com avaliações na 24ª semana; IC - intervalo de confiança.					

foi obtida diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos (tabela).

Conclusões: Tiotrópio Respimat® 5 µg, uma vez dia, é um broncodilatador eficaz quando adicionado a ICS+LABA em doentes com asma sintomática. Embora não tenha sido atingida uma diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos, o tiotrópio Respimat® pode proporcionar maior benefício espirométrico em doentes com obstrução ao fluxo de ar mais grave.

Resultados apresentados no congresso anual da American Thoracic Society (ATS), San Diego, EUA, 16-21 Maio, 2014.

Palavras chave: Tiotrópio. Respimat. Corticosteroides inalados. Agonistas β₂ de longa duração de ação. Asma grave. Vias aéreas. Obstrução.

P075. ESTUDO DE EFICÁCIA E SEGURANÇA NA VIDA REAL DE OMALIZUMAB EM DOENTES PORTUGUESES COM ASMA PERSISTENTE NÃO CONTROLADA

M.A. Pereira Barbosa¹, A. Bugalho de Almeida², C.S. Pereira³, C. Chien-Wei⁴, P.G. Panayiotis⁵, G. Peachey⁵, como representantes do grupo do estudo eXpeRience

¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ³Novartis Farma, Portugal. ⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, NJ, USA. ⁵Novartis Pharmaceuticals UK Limited, Horsham, West Sussex, UK.

Objectivo: A eficácia e segurança do omalizumab na vida real de doentes com asma alérgica persistente não controlada em Portugal não é totalmente conhecida. O objetivo deste estudo é fazer uma avaliação observacional de pós-marketing, não intervencional, dos doentes portugueses inseridos no estudo eXpeRience.

Métodos: A metodologia utilizada neste estudo foi a mesma do estudo eXpeRience sendo aplicada à subpopulação portuguesa. Doentes com asma alérgica não controlada que iniciaram omalizumab nas 15 semanas anteriores à inclusão foram avaliados durante os seguintes 24 meses. Registaram-se dados de avaliação global da eficácia do tratamento (GETE), controlo da asma (questionário ACT) e sintomas, qualidade de vida (questionário mini-AQLQ), exacerbações e acontecimentos adversos graves (AAE).

Resultados: De um total de 943 doentes incluídos no estudo eXpeRience, 62 foram de Portugal. Na semana 16, 62,1% desta população apresentou uma boa/excelente classificação GETE. Foram observadas melhorias clínicas significativas no controlo da asma (questionário ACT) e qualidade de vida (questionário mini-AQLQ) após 12 meses de tratamento (alteração média: +7,7 [n = 35]; +2,1 [n = 20], respetivamente) e 24 meses (alteração média: +7,0 [n = 26]; +2,7 [n = 13], respetivamente). Os sintomas de asma e uso de

medicação de alívio foram reduzidos para 1 ou mais dia/semana ao mês 24 (inicial: mais de 3,5 dias/semana). A proporção de doentes sem exacerbações clínicas significativas aumentou de 6,5% durante o pré-tratamento (n = 62) para 50% no mês 12 (n = 54) e 60% no mês 24 (n = 45).

Conclusões: Os resultados relativos à subpopulação portuguesa do estudo eXpeRience confirmam que um tratamento contínuo com omalizumab na asma alérgica não controlada, na vida real, é eficaz e bem tolerada. Outra observação importante é o facto da subpopulação portuguesa apresentar um comportamento semelhante à média da população do eXpeRience.

Palavras chave: Omalizumab. Asma alérgica. Anti imunoglobulina E. Controlo de asma. Exacerbações. Estudo observacional.

P076. AVALIAÇÃO DA TÉCNICA INALATÓRIA NO CONTROLO CLÍNICO E FUNCIONAL DA ASMA E DPOC

T. Maricoto¹, L. Rodrigues², G. Teixeira², C. Valente², L. Andrade², A. Saraiva²

¹UCSP Aveiro I, Centro de Saúde de Aveiro. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro.

Introdução: A DPOC e a asma afectam quase 300 milhões de indivíduos em todo o mundo. A terapêutica inalatória é a forma mais eficaz de controlo mas associa-se frequentemente a erros na técnica realizada reduzindo a eficácia e a adesão.

Objectivo: Avaliar a técnica inalatória e sua relação com o controlo clínico e funcional em Asma e DPOC.

Métodos: Foi desenhado um estudo transversal analítico com amostragem de conveniência em que se incluíram doentes com diagnóstico estabelecido de Asma e DPOC medicados com qualquer tipo de dispositivo inalatório. Para cada doente foram recolhidos dados demográficos, inquérito acerca de ensino prévio de técnica inalatória e avaliação funcional respiratória (AFR), mediante realização de espirometria. Avaliou-se a técnica inalatória em: passo 1 - expiração prévia; passo 2 - activação do dispositivo; passo 3 - inspiração; passo 4 - apneia final. O controlo clínico foi realizado com os questionários Asthma Control Test (ACT), Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT), modified Medical Research Council (mMRC) e COPD Assessment Test (CAT).

Resultados: De um total de 62 indivíduos, 74,19% cometeram pelo menos um erro na inalação, principalmente na expiração prévia (53,2%). A existência prévia de ensino da técnica associou-se a menor nº de erros cometidos (p = 0,014). Não houve associação entre nº de erros e idade (p = 0,321) ou nº de anos de diagnóstico (p = 0,119) ou AFR (p > 0,05). Na asma encontrou-se associação entre menor nº de erros e ACT (p = 0,032) e CARAT (p = 0,008).

Conclusões: A existência de ensino prévio da técnica inalatória tem impacto positivo na sua execução futura, no entanto verificamos que a maioria dos doentes comete erros na técnica inalatória afectando o controlo clínico na Asma, apesar de não haver mudanças objectivas na AFR. Na DPOC esta associação não se verificou, quer no controlo clínico quer na AFR. Este trabalho encontra-se a decorrer procurando reavaliar os doentes após o ensino da técnica e verificar se isto tem impacto no controlo clínico e funcional.

Palavras chave: Asma. DPOC. Dispositivos inalatórios. Técnica inalatória.

P077. COLABORAÇÃO NA REALIZAÇÃO DA ESPIROMETRIA NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS - ESTUDO GERIA

I. Caires¹, J. Belo², T. Palmeiro¹, R. Sousa², D. Monteiro², A. Botelho¹, P. Martins^{1,3}, N. Neuparth^{1,3}

¹CEDOC, NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. ²Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, (ESTeSL-IPL).

³Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Introdução: A espirometria é o método de eleição para a identificação de alterações ventilatórias, porém é pouco utilizada em idosos pelo fato de habitualmente se considerar que estes não conseguem colaborar.

Objectivo: Avaliar a colaboração na realização da espirometria antes e após administração de broncodilatador (BD) numa população de idosos residente num lar de Lisboa.

Métodos: Entre janeiro e fevereiro de 2014, foram avaliados, através de espirometria, 141 residentes do lar (de um total de 277 utentes elegíveis para o estudo GERIA) após obtenção do consentimento informado e da avaliação da capacidade cognitiva para a compreensão das manobras respiratórias. O exame foi efectuado após medição da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio. Foi efectuada prova de BD (200 µg de Salbutamol) aos idosos sem terapêutica antiarrítmica. A colaboração foi avaliada tendo em conta os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade da ATS/ERS (2005). Para além destes critérios, a percentagem obtida do valor previsto para o PEF também foi estudada. Os procedimentos para a espirometria e para a técnica inalatória na prova de BD foram explicados e demonstrados no início e, sempre que necessário, durante o exame. Foi efectuada uma análise descritiva dos dados obtidos.

Resultados: A amostra foi constituída por 141 idosos, sendo 62,4% do sexo feminino. A média de idades foi de 84,3 ± 6,4 anos (mínimo de 66 anos e máximo de 101). Foram verificados os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade em 72,3% espirometrias basais e em 74,5% espirometrias após BD. Os motivos associados ao não cumprimento dos critérios foram a não visualização do planalto expiratório ou tempo expiratório inferior a 6 segundos (46,2% dos casos na basal e 34,6% no pós BD), volume de extrapolação/sopro lento (7,8% dos casos na basal e 20,0% no pós BD) e má colaboração generalizada com espirometria inconclusiva (46,2% dos casos na basal e 45,7% no pós BD). Dos 136 idosos (95,5%) que realizaram prova de broncodilatação, registaram-se 3 (2,2%) casos de má técnica inalatória. Relativamente à percentagem do valor previsto do PEF, constatou-se que 92,8% e 93,3% obtiveram um valor percentual deste superior ao do FEV1 na avaliação basal e na avaliação após broncodilatação, respectivamente.

Conclusões: A realização da espirometria com critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade foi possível num elevado número de idosos residentes no lar. Estes dados mostram que a espirometria é um exame realizável em idosos, mesmo em idades muito avançadas. Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - Projeto GERIA PTDC/SAU-SAP/116563/2010.

Palavras chave: Idosos. Espirometria. Colaboração.

P078. ACOS, UMA NOVA REALIDADE?

J. Silva, M. Brandão, C. Pinto, A. Vale, R. Noya, A. Afonso

Centro Hospitalar Trás-Os-Montes e Alto Douro.

Introdução: As doenças pulmonares obstrutivas como a Asma e a DPOC são patologias de elevada prevalência no mundo ocidental, cuja distinção pode ser difícil, sobretudo em fumadores e indivíduos mais velhos. A ACOS (Asthma-COPD Overlap Syndrome), reconhecida pela última carta do GINA como uma entidade distinta e independente, é caracterizada por uma limitação permanente do fluxo aéreo com várias características de Asma e DPOC em simultâneo.

Objectivo: Estudo e caracterização demográfica, clínica e funcional de doentes com ACOS.

Métodos: Estudo retrospectivo de uma população de doentes seguidos em consulta de Alergologia Respiratória ou Pneumologia Geral, de 1 de janeiro a 30 de junho de 2014. Dos 431 doentes observados, foram seleccionados os doentes com clínica compatível com asma e DPOC, com avaliação espirométrica e excluídos os doentes com idade inferior a 40 anos e ausência de obstrução definida pela espirometria. Aos indivíduos, foi realizado um questionário telefónico dirigido à revisão da anamnese baseado nos critérios definidos pelo GINA.

Resultados: Foram seleccionados 39 doentes com média de idades de 66 ± 10,1 anos, 35,9% do género masculino. Apresentavam história tabágica 17,9% dos doentes, todos do género masculino. A exposição a biomassas encontrava-se representada em 25,6% dos doentes e deste grupo, 90% eram do género feminino. Quanto às comorbilidades, 23% apresentavam hipertensão arterial, 15,4% dislipidemia, 10,3% patologia cardíaca, 10,3% hábitos etílicos e 7,7% eram diabéticos. De acordo com o questionário apresentado no GINA, 41% apresentava perfil asmático (31,3% do sexo masculino e 12,5% com hábitos tabágicos), enquanto 43,6% tinham questionário sugestivo de DPOC (47% homens e 29,4% fumadores). A prevalência de tabagismo nos homens com perfil asmático foi de 40% enquanto nos homens com perfil DPOC foi de 62,5%. Com score claramente sugestivo de ACOS englobam-se apenas 15,4% (16,7% género masculino e nenhum fumador). Afirmavam história de atopia familiar 43,5% e 58,8% dos doentes referia ter um diagnóstico prévio de asma (sendo que 13% destes apresentava hábitos tabágicos e 56,5% tinha sintomas antes dos 20 anos). Quando questionados sobre dispnéia de esforço, 46,2% confirmava e destes 16,6% apresentava patologia cardíaca concomitante e 11,1% referiam hábitos tabágicos. No estudo espirométrico, 53,8% apresentava FEV1 superior ou igual a 80% e 25,6% FEV1 inferior a 50%. Tinham resposta positiva à broncodilatação 41% dos doentes. Quanto ao estudo imagiológico, 76,9% apresentavam alterações sugestivas de hiperinsuflação.

Conclusões: Apesar de se tratar de uma amostra pequena, a casuística apresentada traduz numa amostra real a dificuldade na distinção entre Asma e DPOC, principalmente no que toca a adultos fumadores e expostos a biomassas. A ACOS aparece como uma forma de colmatar essa diferença, apresentando tanto características de DPOC como de Asma e deve ser pensada sempre que não haja um predomínio claro de um único perfil, assumindo grande importância em novas opções de tratamento, que devem ter como pedra basilar a corticoterapia inalada.

Palavras chave: Sobreposição Asma-DPOC. ACOS. Fenótipos da asma.

P079. ASMA ALÉRGICA GRAVE E OMALIZUMAB - EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL DE SANTARÉM

T. Sachisokele, G. Reis, J.M. Carvalho, J.R. Dias, S. Silva, J.S. Cruz

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santarém.

Introdução: Com a introdução do omalizumab, aprovado pela Food and Drug Administration em 2003, a asma alérgica grave passou a dispor de uma arma terapêutica importante, estando indicada no tratamento complementar da asma não controlada com as restantes medidas propostas pelo GINA. O presente trabalho visa mostrar a experiência com o omalizumab no Hospital de Santarém (HS) desde 2009.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo que avaliou um total de 8 doentes submetidos ao tratamento com omalizumab, sendo 4 doentes com tratamento terminado e outros 4 com tratamento ainda em curso. Os seus efeitos foram avaliados pelo controlo clínico, função pulmonar e necessidade de recurso aos serviços de saúde.

Resultados: Foram estudados 8 doentes; dos 4 que terminaram o tratamento, 2 efectuaram 5 anos, um, 3 anos e um doente fez um ano de tratamento. Dos 4 doentes ainda sob terapêutica, um cumpre há 3 anos, um doente há 2 anos e 2 doentes há um ano. A idade média dos doentes foi de 50 anos (mínimo 20 e máxima 68), sem predomínio do sexo (4 femininos e 4 masculinos). A função pulmonar antes do início do tratamento teve uma média de 57% do volume expiratório máximo no 1º segundo (FEV1), com mínimo de 36% e máximo de 89%, a *resistance* (RW) apresentou uma média de 5,8 cm H2O/L/s, com uma máxima de 15,7 cm H2O/L/s e mínima de 2,4 cm H2O/L/s. A média dos valores de IgE total foi de 568,8 U/L, sendo a máxima 1.675 U/L e a mínima de 50 UL. Todos os doentes estavam medicados com doses fixas de CI, LABA e LAMA. Os três doentes que terminaram o tratamento aos 5 e aos 3 anos, tiveram boa evolução clínica e funcional. Um doente terminou aos 12 meses por pouca resposta clínica e funcional. Os 4 doentes que estão em tratamento, tem registado uma evolução favorável. No conjunto dos doentes verificou-se melhoria média do FEV1 de 57% para 69% e RW 5,8 para 4,7 cmH₂O/L/s após os primeiros 12 meses de tratamento. Todos os doentes mantiveram ao longo dos períodos referidos a terapêutica inalatória inicial.

Conclusões: Os benefícios observados nos doentes submetidos ao tratamento com omalizumab no HS, além de uma evolução funcional positiva, traduziram-se por uma redução significativa das crises de asma.

Palavras chave: IgE. Asma grave. Omalizumab.

P080. IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA SUBCUTÂNEA DEZ ANOS DEPOIS: ANÁLISE DE FACTORES PREDITIVOS E RESPOSTA CLÍNICA

C. D'Araújo, J. Eusébio, N. André, A. Domingos

Serviço de Pneumologia, Unidade de Torres Vedras, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: A imunoterapia específica é actualmente o único tratamento que influencia o curso natural da doença alérgica. Os benefícios da imunoterapia específica subcutânea (ITESC) na asma e rinite alérgicas estão comprovados em vários estudos mas a recidiva dos sintomas é um achado comum.

Objectivo: Avaliar os factores preditivos de resposta à ITESC e as variáveis associadas à resposta clínica e à gravidade da doença, dez anos depois.

Métodos: Os autores fizeram uma análise retrospectiva dos doentes seguidos em consulta externa de Pneumologia de um Hospital Distrital que iniciaram ITESC em 2003 (n = 31). Foi feita uma análise comparativa entre ITESC para ácaros vs pólenes e entre doentes com rinite vs asma e rinite. Para determinar os factores preditivos associados à resposta clínica e à gravidade da doença os autores construíram um modelo de regressão logística que analisou as seguintes variáveis: idade de início dos sintomas, doseamento de IgE,

contagem de eosinófilos, testes de sensibilidade cutânea e apresentação clínica da doença alérgica.

Resultados: A idade média dos doentes foi 16,9 anos. A maioria dos doentes tinha o diagnóstico de asma e rinite (71%) e 87,1% do total de doentes foi tratado com ITESC para ácaros. Previamente à ITESC nenhum doente tinha a doença controlada enquanto que dez anos após a ITESC 64,5% dos doentes tinha critérios de doença controlada (70,4% pós-ITESC para ácaros vs 25% pós-ITESC para pólenes). Dos 31 doentes, 20 não tinha necessidade de qualquer terapêutica inalatória. A idade de início da ITESC mostrou tendência para influenciar a gravidade da doença e foi mais baixa nos doentes com rinite vs asma e rinite (p < 0,002). A idade de início dos sintomas foi significativamente mais elevada nos doentes apenas com rinite (p < 0,009). Nenhuma das variáveis analisada no modelo de regressão logística foi preditiva de boa resposta clínica ou de gravidade da doença.

Conclusões: Os resultados encontrados neste trabalho são semelhantes a outros estudos sobre a eficácia da ITESC. Segundo o modelo de regressão logística construído pelos autores, a idade de início dos sintomas, os níveis de IgE, a contagem de eosinófilos, o tipo de alérgeno e a apresentação clínica da doença alérgica não influenciaram significativamente a resposta clínica ou a gravidade da doença.

Palavras chave: Imunoterapia. Asma. Alergia.

P081. EXISTE RELAÇÃO ENTRE O AUMENTO ISOLADO DAS RESISTÊNCIAS NUMA PROVA DE BRONCOCONSTRIÇÃO COM METACOLINA E O DIAGNÓSTICO DE ASMA?

M.J. Oliveira, I. Ladeira, A. Carvalho, M. Guimarães, R. Lima

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução: A suspeita de Asma deve surgir perante uma história clínica que inclua sintomas como pieira, dispneia, tosse e toracalgia. A prova de broncoconstrição com metacolina (PBM), que avalia a hiperreatividade da via aérea, é usada na confirmação deste diagnóstico. A informação existente na literatura acerca da implicação diagnóstica do aumento das resistências nesta prova, e o diagnóstico de asma, é escassa.

Objectivo: Caracterizar os doentes que realizaram PBM e avaliar os doentes com PBM positiva e o subgrupo de doentes com aumento isolado das resistências.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes que realizaram PBM em sistema APS num laboratório de exploração funcional, entre 01/12/2012 e 01/12/2013. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, história tabágica, atopia, estudo funcional respiratório basal (índice de Tiffeneau, FEV₁ e FVC), fração exalada de óxido nítrico (FeNO), resultado da PBM e aumento isolado das resistências na PBM.

Resultados: Incluíram-se 195 doentes, dos quais 105 (53,8%) eram homens. A idade média foi 41 ± 17 anos. Tinham atopia documentada 54 (27,7%), história tabágica 57 (29,2%), com carga tabágica (CT) média de 13,2 UMAs. Faziam tratamento com corticoide inalado 82 (42,1%). A FeNO média foi de 28,9 ppb. A PBM foi positiva em 83 doentes (42,6%), sendo significativamente mais positiva nos doentes com FeNO superior (p = 0,001; 39 vs 21). Nos doentes com PBM positiva, a hiperreatividade brônquica foi ligeira em 20 (24,1%), moderada em 19 (22,9%) e acentuada em 44 doentes (53,0%). As resistências estavam aumentadas em 90 doentes (46,2%), sendo que em 39 doentes foi verificado um aumento isolado das resistências (sem queda do FEV₁). Houve um aumento significativo das resistências nos doentes com maior CT média (p = 0,015) e FeNO mais elevado (p = 0,009), apesar de não se encon-

trar, no entanto, associação significativa entre o aumento isolado das resistências e o diagnóstico de asma.

Conclusões: Nesta amostra confirmou-se a relação entre a PBM positiva, o diagnóstico de asma e o aumento do FeNO. Relativamente ao aumento isolado das resistências na PBM, não foi verificada relação estatisticamente significativa entre este e o diagnóstico de asma.

Palavras chave: Prova de broncoconstrição com metacolina. Asma. Resistências.

P082. REDE DE ESPIROMETRIAS NA REGIÃO DE SANTARÉM

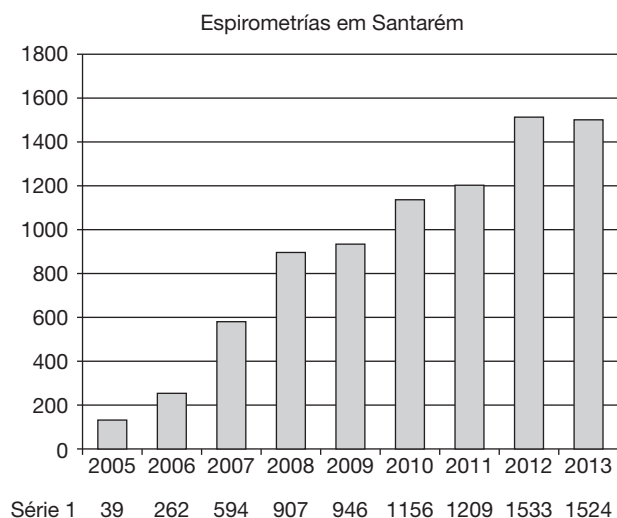
J.M. Carvalho^{1,3}, C. Gama², D. Clemente², E. Rangel², J. Barradas², J. Roque Dias³, S. Rodrigues²

¹Pneumologia, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Santarém.

²Cardiopneumologia, ACES Lezíria. ³Pneumologia, Hospital de Santarém.

Os autores apresentam os dados do movimento de uma rede de espirometrias instalada na actividade corrente das unidades de saúde da zona de influência do CDP e do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santarém; este dispõe de um departamento de fisiopatologia respiratória cujo movimento não está aqui referido. Assente na articulação com os centros de saúde desta zona, não só no apoio das consultas de Pneumologia, mas também nas sessões clínicas que ao longo dos anos se têm efectuado, foi-se fomentando o interesse pela utilização deste meio complementar tão importante no diagnóstico e monitorização dos doentes com patologia brônquica, nomeadamente a DOPC e a asma brônquica. Com o interesse dos médicos da saúde geral e familiar, havendo nos centros de saúde cardiopneumologistas, disponibilizados espirómetros com o apoio da indústria farmacêutica, e o CDP de Santarém assumindo o apoio para a realização dos relatórios, tivemos as condições para a criação desta rede de espirometrias. Esta actividade regular começou em 2005 e foi-se alargando progressivamente aos vários concelhos, como se ilustra na figura. Nos últimos dois anos tem-se registado um São ainda apresentados os dados do movimento por concelho: Almeirim (18%), Alpiarça (1%), Benavente (12%), Cartaxo (32%), Coruche (8%), Chamusca (6%), Rio Maior (0,3%), Salvaterra de Magos (15%), Santarém (8%). Das 8.170 espirometrias efectuadas nestes anos, 2.477 (30,3%) fizeram prova de broncodilatação.

Palavras chave: Espirometria. DPOC.



P083. CRITÉRIOS ESPIROMÉTRICOS DE OBSTRUÇÃO E CORRELAÇÃO CLÍNICA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO PROSPECTIVO

T. Sequeira, L. Bento, L. Correia, S. Maduro, E. Martins, J.P. Boléo-Tomé, H. Liberato

Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE, Amadora.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma causa comum de morbilidade e mortalidade, sendo a espirometria fundamental para o seu diagnóstico. Contudo, os critérios espirométricos definidores de obstrução diferem entre as várias recomendações. Estas variações podem sobre ou subestimar consideravelmente a real prevalência da doença em diferentes populações, não havendo consenso sobre qual a melhor definição de obstrução. **Objectivo e métodos:** Estudo prospectivo, longitudinal, observacional e controlado a um ano, com os seguintes objectivos principais: 1) Comparar os critérios espirométricos de obstrução definidos pelas duas recomendações mais importantes (ATS/ERS vs GOLD) numa amostra de doentes; 2) Estabelecer qual o critério espirométrico de obstrução que se correlaciona melhor com os sintomas, aferidos através de questionários (sintomas respiratórios "tosse, expectoração ou falta de ar", mMRC e CAT). O presente abstract reflecte os resultados preliminares dos primeiros 3 meses do estudo.

Resultados: Foram incluídos doentes que realizaram estudo de função respiratória (EFR), com mais de 35 anos e que não apresentassem asma, bronquiectasias ou EFR restritivo. Identificaram-se 67 indivíduos (44 homens), com idade média 58,8 anos, IMC médio de 28,8 kg/m² e carga tabágica média 43,2 UMA. Do total, 28 (42%) doentes não tinham qualquer critério de obstrução; 11 doentes (16%) apresentaram obstrução apenas segundo GOLD; 2 doentes (3%) com obstrução segundo ATS/ERS e 26 doentes (39%) cumpriam os dois critérios (ATS/ERS e GOLD). Dos doentes com sintomas respiratórios crónicos, 24 (36%) apresentaram critério de obstrução GOLD e apenas 17 (25%) os critérios da ATS/ERS. Considerando os doentes menos sintomáticos, aqueles com mMRC ≤ 1 foram mais frequentemente categorizados como obstrutivos segundo os critérios GOLD (36% vs 25%); os doentes com CAT ≤ 20, 45% cumpriam critérios GOLD e 39% critérios ATS/ERS. No que respeita à distribuição por grau de gravidade, existe também uma tendência para maior frequência de doentes menos graves (FEV1 > 50%) segundo o critério GOLD (42% vs 30%). Estas diferenças não foram, no entanto, estatisticamente significativas.

Conclusões: Estes resultados preliminares permitem observar uma tendência para um maior diagnóstico de doentes obstrutivos utilizando o critério GOLD, com uma maior taxa de doentes menos graves e menos sintomáticos. No entanto, a pequena dimensão da amostra não permite ainda estabelecer diferenças com significado estatístico.

Palavras chave: Síndrome obstrutivo. Espirometria. Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Critérios.

P084. RELAÇÃO DOS VALORES DA PAO2 BASAL E DA DESSATURAÇÃO COM O EXERCÍCIO COM A CAPACIDADE AERÓBICA MÁXIMA EM DOENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR

L. Meira, C. Damas, H. Dabó, E. Eusébio, C. Carrondo, P. Viana, I. Gomes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de S. João.

Introdução: A falência de órgão em candidatos a transplante pulmonar reflete o estadio terminal de um largo painel de patologias

respiratórias, traduz-se em insuficiência respiratória e é frequentemente associada à intolerância ao exercício. Contudo, outros factores poderão influenciar a capacidade de exercício nestes doentes.

Objectivo: Avaliação da relação entre a pressão parcial de oxigénio (PaO₂) em repouso e a dessaturação em prova de exercício máxima (PEM) em cicloergómetro, com os valores de carga máxima (Wmax) e de capacidade aeróbica (VO₂max) na mesma prova.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes candidatos a transplante pulmonar, com os seguintes critérios de inclusão: avaliação gasométrica em repouso e prova de exercício máxima em cicloergómetro efectuadas aquando o início de programa de reabilitação pulmonar. A avaliação estatística das correlações foi feita com recurso ao teste não paramétrico de Spearman.

Resultados: Trinta e cinco doentes preenchiam os critérios de inclusão, com idade mediana de 57 anos (20-68 anos), 26 deles do sexo masculino. As patologias pulmonares de base incluíam: pneumoconiose (n = 11), DPOC (n = 7), bronquiectasias (n = 5), patologia do interstício pulmonar (n = 5), asma (n = 2), défice de alfa1anti-tripsina (n = 2), síndrome de Sjögren (n = 1), pneumonite de hipersensibilidade (n = 1) e um doente com sequelas graves de pneumonia a *Staphylococcus aureus*. Considerando a globalidade dos doentes, o valor mediano para a PaO₂ em repouso foi de 62,9 mmHg (variação interquartil: 26,5 mmHg) e para a variação da saturação periférica na PEM foi de -9,0% (variação interquartil: 6%). O valor mediano de carga máxima atingida foi de 48 Watts (variação interquartil: 35 Watts) e de VO₂max foi de 11,9 ml/min/kg (variação interquartil: 5,8 ml/min/kg). A análise estatística mostrou correlação positiva significativa entre os valores de PaO₂ em repouso e o VO₂max (r = 0,35, p = 0,03), mas não entre a PaO₂ e a Wmax (r = 0,28, p = 0,09), não tendo sido encontrada correlação entre a dessaturação na PEM e os valores de VO₂max (r = -0,14, p = 0,40) ou da Wmax (r = -0,26, p = 0,11).

Conclusões: A maior gravidade da hipoxemia em repouso faz prever menor capacidade aeróbica com o exercício. A magnitude da dessaturação “per se”, poderá não ser determinante para a capacidade de exercício ou ser compensada por outros factores.

Palavras chave: Transplante pulmonar. Capacidade de exercício. PaO₂. SpO₂.

P085. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO NINTEDANIB EM DOENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: RESULTADOS DE DOIS ENSAIOS DE FASE III, DE 52 SEMANAS, ALEATORIZADOS E CONTROLADOS COM PLACEBO (INPULSIS™)

L. Richeldi¹, R. Bois², G. Raghu³, A. Azuma⁴, K.K. Brown⁵, U. Costabel⁶, V. Cottin⁷, K.R. Flaherty⁸, Y. Inoue⁹, D.S. Kim¹⁰, M. Kolb¹¹, P.W. Noble¹², M. Selman¹³, H. Taniguchi¹⁴, M. Brun¹⁵, M. Girard¹⁶, R. Schlenker-Herceg¹⁶, B. Disse¹⁷, H.R. Collard¹⁸, em nome dos investigadores do ensaio clínico INPULSIS™

¹National Institute for Health Research Southampton Respiratory Biomedical Research Unit and Clinical and Experimental Sciences, University of Southampton, UK. ²Imperial College, London, UK.

³University of Washington, Seattle, Washington, US. ⁴Nippon Medical School, Tokyo, Japan. ⁵National Jewish Health, Denver, Colorado, US. ⁶University of Duisburg-Essen, Essen, Germany.

⁷University of Lyon, Lyon, France. ⁸University of Michigan Health System, Ann Arbor, Michigan, US. ⁹Organization Kinki-Chuo Chest Medical Center, Osaka, Japan. ¹⁰Asan Medical Center, University of Ulsan, Seoul, South Korea. ¹¹McMaster University, Ontario, Canada. ¹²Centro Médico Cedars-Sinai, Los Angeles, California, US. ¹³Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Mexico City, México. ¹⁴Tosei General Hospital, Aichi, Japan. ¹⁵Boehringer Ingelheim France S.A.S., Reims, France. ¹⁶Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals Inc., Ridgefield, Connecticut, US. ¹⁷Boehringer

Ingelheim Pharma GmbH & Co, KG, Ingelheim am Rhein, Germany. ¹⁸University of California at the Medical Center of San Francisco, San Francisco, California, US.

Introdução: Nintedanib (anteriormente conhecido por BIBF 1120) é um inibidor intracelular demúltiplas tirosinases. Um ensaio de fase 2 sugeriu que o tratamento com 150 mg de nintedanib, duas vezes dia, reduziu o declínio da função pulmonar e exacerbações agudas em doentes com fibrose pulmonar idiopática.

Métodos: Foram conduzidos 2 ensaios de fase 3 replicados, de 52 semanas, aleatorizados, com dupla ocultação (INPULSIS-1 e INPULSIS-2) para avaliar a eficácia e segurança do nintedanib 150 mg, duas vezes dia, em comparação com placebo em doentes com fibrose pulmonar idiopática. O objetivo primário foi a taxa anual de declínio da capacidade vital forçada (FVC, *forced vital capacity*). Os objetivos secundários foram o tempo até à primeira exacerbação aguda e a alteração da pontuação total do questionário respiratório de St. George vs o valor basal, ambos avaliados durante um período de 52 semanas.

Resultados: Um total de 1.066 doentes foram aleatorizados numa proporção de 3:2 para receberem nintedanib ou placebo, respetivamente. A taxa anual ajustada de alteração na FVC foi de -114,7 ml com nintedanib vs -239,9 ml com placebo no INPULSIS-1 (diferença de 125,3 ml; 95% intervalo de confiança [IC], 77,7 a 172,8; p < 0,001) e de -113,6 ml com nintedanib versus -207,3 ml com placebo no INPULSIS-2 (diferença: 93,7 ml; IC95% 44,8 a 142,7; p < 0,001). No INPULSIS-1, não houve diferença significativa entre o nintedanib e placebo no tempo até à primeira exacerbação (*hazard ratio* com nintedanib 1,15; IC95% 0,54 a 2,42; p = 0,67); no INPULSIS-2, houve um benefício significativo com nintedanib versus placebo (*hazard ratio* 0,38; IC95% 0,19 a 0,77; p = 0,005). O efeito adverso mais frequente nos grupos de nintedanib foi diarreia. No INPULSIS-1 com percentagens de 61,5% e 18,6% nos grupos nintedanib e placebo, respetivamente. No INPULSIS-2 com percentagens de 63,2% e 18,3% nos grupos nintedanib e placebo, respetivamente. **Conclusões:** Em doentes com fibrose pulmonar idiopática, o nintedanib reduziu o declínio da FVC, o que é consistente com um retardamento da progressão da doença. O nintedanib foi frequentemente relacionado com a ocorrência de diarreia, o que, no entanto, levou a que menos de 5% dos doentes descontinuassem a medicação do estudo.

Resultados apresentados no congresso anual da American Thoracic Society (ATS), San Diego, EUA, 16-21 Maio, 2014.

Palavras chave: Fibrose pulmonar idiopática (IPF). Nintedanib. Placebo. Eficácia. segurança.

P086. IMPORTÂNCIA DA CAPACIDADE INSPIRATÓRIA NA DETECÇÃO DA INSUFLAÇÃO PULMONAR

C. Guerreiro, P. Dionísio, I. Ribeiro, S. Moreira, J. Valença, R. Staats, D. Escaleira, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro.

Introdução: A insuflação pulmonar é uma característica das doenças obstrutivas das vias aéreas e que se correlaciona com a dispneia, a tolerância ao exercício e com a mortalidade. A insuflação pode ser medida, de forma directa, por pletismografia corporal com a determinação da capacidade pulmonar total (TLC), do volume residual (RV) e da relação RV/TLC, embora não seja unânime a sua definição. Contudo, a pletismografia corporal tem o inconveniente de necessitar de equipamento sofisticado e dispendioso. A capacidade inspiratória (IC), é um parâmetro fornecido pela grande maioria dos espirómetros, e que a literatura tem vindo a propor como medida indirecta de insuflação.

Objectivo: Verificar a eficácia da capacidade inspiratória na identificação da insuflação pulmonar.

Métodos: Efectuado estudo transversal mediante selecção de provas de função respiratória (PFR) realizadas durante o mês de junho de 2014. Foram incluídas todas as PFR com características obstrutivas e que cumpriam os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade. Foram usadas as seguintes definições de insuflação: definição A-ITGV > 120% e RV > 140% do previsto, Definição B-ITGV > 130% e RV > 140% do previsto. Para a análise estatística foi utilizado o programa informático SPSS®v17 (teste one-way ANOVA; correlação bivariada de Pearson).

Resultados: Foram incluídas 108 PFR. Utilizando a definição A, 53,7% da população em estudo apresentava critérios de insuflação, tendo-se verificado, tal como era esperado diferenças nos parâmetros funcionais relacionados com a obstrução brônquica, FEV1, MMEF 75/25, FEV1/VC, FEV1/FVC, FEV3/FVC e FEV1/FEV6 (tabela 1). Contudo, não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo com insuflação e o grupo sem insuflação no que diz respeito à IC, tanto em valor absoluto como em % do previsto. Na análise dos vários parâmetros de insuflação, por correlação de Pearson, apenas se encontrou uma correlação negativa entre o RV(%) e a IC(%) ($r = -0,265$; $p < 0,05$). Utilizando a definição B, 43% da população em estudo apresentava critérios de insuflação, tendo-se verificado novamente diferenças nos parâmetros funcionais relacionados com a obstrução brônquica, FEV1, MMEF 75/25, FEV1/VC, FEV1/FVC, FEV3/FVC e FEV1/FEV6 (tabela 2). Nesta de-

finição encontrou-se apenas diferença estatisticamente significativa entre o grupo com insuflação e o grupo sem insuflação no que diz respeito à IC em valor absoluto ($p = 0,001$). Também com a definição B, a única correlação negativa encontrada foi entre a IC(%) e o RV(%) ($r = -0,265$; $p < 0,05$).

Conclusões: Este estudo demonstra que a espirometria, com recurso à IC, é um método menos eficaz na identificação da insuflação pulmonar quando comparado com a pletismografia corporal.

Palavras chave: Insuflação pulmonar. Capacidade inspiratória. Volume residual.

P087. CAPACIDADE DE DIFUSÃO DA MEMBRANA ALVEOLO-CAPILAR PARA O MONÓXIDO DE CARBONO E O PAPEL DA HEMOBLOBINA NA SUA MEDIÇÃO

C. Pereira, D. Grencho, S. Moreira, R. Staats, D. Escaleira, J. Valença, C. Bárbara

Laboratório de Fisiopatologia Respiratória, Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A capacidade de difusão da membrana alvéolo-capilar para o monóxido de carbono (DLCO SB) encontra-se presente na prática clínica há aproximadamente 100 anos. No entanto, existem dados divergentes quanto à sua utilidade como preditor da gravidade/presença de determinadas patologias e que têm sido a base para diversas pesquisas.

Objectivo: Avaliar a DLCO SB corrigida para a hemoglobina (Hb) relativamente à DLCO SB e qual o impacto em termos clínicos.

Métodos: Foram analisadas 39 provas de função respiratória (LFT) realizadas no nosso serviço. Em todas as LFT foi determinada a DLCO SB (de acordo com os critérios da ATS/ERS, 2005), considerando-se o valor absoluto e percentual. Foi realizada uma gasimetria arterial de modo a obter o valor de Hb, posteriormente utilizado na determinação do valor absoluto e percentual da DLCO SB ajustada para a Hb. A análise estatística foi realizada utilizando software SPSS® (versão 20). Os resultados da estatística descritiva são apresentados sob a forma de média $\pm$ desvio-padrão, assim como o t-teste para amostras emparelhadas. Considerou-se um nível de significância de 95%, $p < 0,05$.

Resultados: O grupo de indivíduos apresenta uma idade média de 59,77 ($\pm 14,38$) anos e índice de massa corporal de 28,49 ($\pm 5,76$) Kg/m². Na tabela 1 são apresentados os resultados descritivos. Na tabela 2 são apresentados os resultados dos estudos comparativos. **Conclusões:** Na nossa análise preliminar verificou-se que a Hb influencia o valor de DLCO SB determinado. Esta diferença entre considerar ou não a Hb pode ser determinante para um diagnóstico precoce da patologia ou, nos casos em que o diagnóstico já se encontra feito, na decisão farmacológica. Este trabalho corrobora, ainda, a hipótese de alguns estudos que apontam a não valorização da Hb como uma possível causa da divergência nos resultados quando se estuda a importância do papel da DLCO SB em determinadas patologias e a sua evolução.

Palavras chave: Capacidade de difusão da membrana alvéolo-capilar para o monóxido de carbono. Hemoglobina. Estudo da função respiratória..

P088. COMPARAÇÃO ENTRE O GRADIENTE ALVÉOLO-CAPILAR DE O₂ E A CAPACIDADE DE DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO

M. Dias, A.L. Vieira, C. Martins, R. Lima, M. Guimarães

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Tabela 1 - P086

Parâmetros	Com insuflação N = 58	Sem insuflação N = 50
FEV1, L	1,76 $\pm$ 0,75	2,22 $\pm$ 0,67
FEV1,%	71,3 $\pm$ 23,4	84,59 $\pm$ 15,53
MMEF 75/25,L	0,82 $\pm$ 0,57	1,21 $\pm$ 0,51
MMEF 75/25,%	25,68 $\pm$ 15,54	39,19 $\pm$ 15,1
FEV1/VC	57 $\pm$ 11	66,62 $\pm$ 5,73
FEV1/FVC	60 $\pm$ 11	67,99 $\pm$ 5,83
FEV3/FVC	82 $\pm$ 9,26	86,42 $\pm$ 5,02
FEV1/FEV6	63,63 $\pm$ 11,2	71,67 $\pm$ 5,42
IC,L	2,29 $\pm$ 0,75	2,52 $\pm$ 0,8
IC,%	104,11 $\pm$ 27,38	103,90 $\pm$ 25,62

Tabela 2 - P086

Parâmetros	Com insuflação N = 46	Sem insuflação N = 62
FEV1,L	1,6 $\pm$ 0,7	2,25 $\pm$ 0,65
FEV1,%	68,11 $\pm$ 23,93	84,38 $\pm$ 15,71
MMEF 75/25,L	0,693 $\pm$ 0,52	1,22 $\pm$ 0,50
MMEF 75/25,%	22,26 $\pm$ 14,61	39,05 $\pm$ 14,48
FEV1/VC	54,58 $\pm$ 10,99	66,56 $\pm$ 5,42
FEV1/FVC	57,85 $\pm$ 11,09	68,24 $\pm$ 5,48
FEV3/FVC	80,39 $\pm$ 9,67	86,75 $\pm$ 4,75
FEV1/FEV6	61,37 $\pm$ 11,47	71,79 $\pm$ 5,03
IC,L	2,11 $\pm$ 0,65	2,60 $\pm$ 0,79
IC,%	101,83 $\pm$ 26,64	105,63 $\pm$ 26,43

Tabela 1 - P087

	FEV1/FVC (%)	FEV1 (%)	pH	PaCO ₂ (mmHg)	PaO ₂ (mmHg)	Hb g/dL	DLCO SB (%)	DLCO SB (mmol/min/kPa)	DLCO SB/Hb (%)	DLCO sb/Hb (mmol/min/kPa)
LFT	71,13 ± 14,67	82,59 ± 27,72	7,41 ± 0,26	38,99 ± 3,71	77,82 ± 10,26	14,75 ± 174	74,93 ± 23,17	6,05 ± 2,33	72,81 ± 22,90	5,92 ± 2,24

LFT - prova de função respiratória; FVC - capacidade vital forçada; FEV1 - débito expiratório máximo no 1º segundo; FEV1/FVC - relação FEV1/FVC; PaCO₂ - pressão arterial de dióxido de carbono; PaO₂ - pressão arterial de oxigênio; Hb - hemoglobina; DLCO SB - capacidade de difusão da membrana alvéolo-capilar para o monóxido de carbono;; DLCO SB/Hb - capacidade de difusão da membrana alvéolo-capilar para o monóxido de carbono corrigida para a hemoglobina.

Tabela 2 - P087

	DLCO SB/Hb (%)	DLCO SB/Hb (mmol/min/kPa)
DLCO SB	t = 3,24 (p = 0,003)	t = 2,96 (p = 0,005)

Introdução: As trocas gasosas ocorrem a nível da membrana alvéolo-capilar por difusão. Existem várias técnicas que avaliam indiretamente esta função, nomeadamente a capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) e o gradiente alvéolo-capilar do O₂ (PA-aO₂).

Objectivo: Avaliar a correlação entre o PA-aO₂ e a DLCO em indivíduos sem doença aguda.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal numa Unidade de Fisiopatologia Respiratória de um Hospital Central, durante 2 meses. Incluíram-se todos os utentes que realizaram, no mesmo dia, gasimetria (FiO₂ = 21%) e DLCO (método *Single-Breath*, corrigido para a hemoglobina e carboxihemoglobina). Colheram-se dados demográficos, antropométricos e clínicos. Avaliou-se a correlação entre o PA-aO₂ e a percentagem do valor previsto da DLCO (DLCO%). Considerou-se que a DLCO% estava diminuída se fosse inferior a 80% e o PA-aO₂ aumentado se fosse superior a 20 mmHg e foi avaliado o grau de concordância (kappa) entre as duas metodologias. Foram calculados os valores da sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN) do PA-aO₂ na previsão da DLCO%.

Resultados: Foram incluídos 95 doentes, 62% homens, com idade entre 29 e 87 anos (média: 62 ± 13 anos, mediana: 62 anos). Vinte por cento dos doentes eram fumadores e 37% ex-fumadores. O valor médio da DLCO% foi de 77 ± 20 e do PA-aO₂ 20 ± 10. Verificou-se uma correlação negativa moderada entre a DLCO% e a PA-aO₂ (r = -0,398, p < 0,001), ou seja, quanto maior o valor do PA-aO₂, menor o da DLCO%. No entanto, o nível de concordância entre a diminuição da DLCO% e o aumento da PA-aO₂ é baixo (k = 0,139). Em 43% dos casos, os utentes apresentavam uma DLCO% diminuída mas uma PA-aO₂ normal ou vice-versa. Em 28% dos pacientes, o PA-aO₂ e a DLCO eram simultaneamente normais e em 29% estavam simultaneamente alterados (PA-aO₂ aumentada e DLCO% diminuída). A sensibilidade do PA-aO₂ > 20 mmHg foi de 55%, a especificidade de 59%, o VPP de 61% e o VPN de 53%. Através da análise da curva ROC, verificou-se que um valor de PA-aO₂ = 23 mmHg é o melhor cut-off para prever e principalmente excluir uma diminuição moderada ou grave da DLCO%. Com este valor, a sensibilidade é de 76%, especificidade de 62%, VPP 30% e VPN 92%.

Conclusões: O PA-aO₂ e a DLCO são duas técnicas utilizadas para avaliar a membrana alveolocapilar. Este estudo mostrou que o aumento do PA-aO₂ se correlaciona significativamente, de forma inversa, com a valor de DLCO%. No entanto, a especificidade e a sensibilidade do PA-aO₂ > 10 mmHg na previsão da diminuição da DLCO% são baixas. Ainda assim, salienta-se que um PA-aO₂ inferior a 23 mmHg exclui em 92% dos utentes a existência de uma diminuição moderada ou grave da DLCO%. Poderão existir outros factores não identificados neste estudo que expliquem a discordância entre

a DLCO% e o PA-aO₂, observada em alguns casos. Além disso, o valor normal do PA-aO₂ não está estabelecido de forma consensual, o que pode influenciar os resultados.

Palavras chave: Membrana alveolocapilar. DLCO. Gradiente alveolocapilar.

P089. EMPIEMA TORÁCICO - REALIDADE NUM SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA

M. Alvóeiro, T. Calado, P. Calvino, C. Rodrigues, I. Mendes, F. Félix

Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente, CHLN.

Introdução: O empiema definido como a infecção do espaço pleural, representa uma patologia grave, associada a doença pulmonar e/ou pleural de etiologia infecciosa, traumática ou iatrogénica. Constitui uma complicação grave em cerca de 5-10% dos doentes com pneumonia complicada de derrame pleural, e em 2-8% dos doentes submetidos a cirurgia torácica. A esta entidade associam-se uma morbilidade e mortalidade elevadas, bem como o aumento do tempo de internamento. De acordo com evidência recente existe um aumento do número de internamentos por empiema nas populações pediátrica e adulta que é transversal a países de diferentes níveis de desenvolvimento. Segundo o Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2003-2013) constatou-se um aumento do número de internamentos por doença respiratória (48%), para o qual contribuem a patologia infecciosa pulmonar e doença pleural. A atitude terapêutica passa pela identificação da coleção pleural, instituição de antibioterapia e drenagem precoce (fase I). A drenagem e desbridamento cirúrgico estão indicados em doentes com coleções septadas (fase II), ausência de melhoria clínica apesar da terapêutica médica ou em doentes sem foco infeccioso controlado. O atraso do início da terapêutica está relacionado com a evolução para empiema organizado e encarceramento pulmonar (fase III), com consequente aumento do número de complicações e da duração do internamento.

Objectivo: Estudar e caracterizar os casos de empiema da nossa unidade num período de 4,5 anos.

Métodos: Análise retrospectiva dos internamentos com diagnóstico de empiema na Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente, CHLN, o período entre janeiro/2010 e junho/2014, tendo em conta variáveis demográficas, etiologia da doença, atitude terapêutica e duração de internamento.

Resultados: Durante o período estudado foram identificados 108 doentes com diagnóstico de empiema, com a seguinte distribuição etiológica: derrame metapneumónico complicado (54%), empiema crónico/paquiopleurite (12%), empiema pós cirurgia torácica (17%), empiema pós cirurgia abdominal (6,5%), empiema em loca de pneumectomia (4,6%), empiema pós procedimento invasivo (2,8%) e hemotórax complicado (3,7%). A distribuição de casos/ano foi variável, com um marcado aumento no 1º semestre de 2014 (22

casos). Da amostra, 98 doentes (91%) foram submetidos a procedimentos invasivos: descorticação (n = 47), drenagem/desbridamento cirúrgico (n = 34), drenagem médica (n = 16) e pleuropneumectomia (n = 1). Em 63% dos casos não foi possível a identificação do agente infeccioso, sendo os agentes mais frequentemente isolados: *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. O tempo médio de drenagem torácica foi de 10 dias (máx. 86), e o tempo médio de internamento foi de 18 dias (máx. 87).

Conclusões: O empiema é uma patologia grave, expectável e com crescente incidência, que exige vigilância e terapêutica precoce. A suspeição clínica eo diagnóstico precoce permitem a referência atempada a uma Unidade de Cirurgia Torácica para terapêutica cirúrgica.

Palavras chave: Empiema. Pleura. Infecção. Cirurgia.

P090. ESTUDO COMPARATIVO DE PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO VS SECUNDÁRIO

I. Ribeiro, R. Campanha, M. Fradinho, F. Martins, C. Cristóvão, C. Matos, F. Nogueira

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz.

Pneumotórax é definido como ar no espaço pleural. Um pneumotórax espontâneo é aquele que ocorre sem trauma do tórax. O pneumotórax espontâneo primário (PEP) ocorre na ausência de doença pulmonar subjacente. Pneumotórax espontâneo secundário (PES) é uma complicação de uma doença pulmonar subjacente. O objectivo deste estudo retrospectivo foi caracterizar a nossa população de pacientes internados com o diagnóstico de pneumotórax espontâneo e analisar diferenças entre PEP e PES. Analisaram-se 119 episódios de pneumotórax espontâneo correspondentes a 110 doentes internados entre 2008 e 2013, na enfermaria de Pneumologia. A percentagem de doentes do sexo masculino foi de 84%. O pneumotórax foi classificado como primário em 104 (87,4%) episódios. A doença pulmonar obstrutiva crónica (n = 8) e neoplasia do pulmão (n = 4) foram as doenças coexistentes mais frequentes nos doentes com PES. No PEP a idade média dos doentes (34,2 anos) e a duração média da estadia hospitalar (7,9 dias) foram menores do que no PES. A toracalgia foi o sintoma mais frequente no PEP, enquanto a dispneia e tosse foram dominantes no PES. A drenagem pleural por toracostomia foi o método de tratamento inicial mais utilizado (98,1% no PEP e 100% no PES), tendo sido complementada por pleurodese toracoscópica apenas em 1 doente; no entanto 23,1% e 33,4% dos episódios de PEP e PES, respectivamente foram referenciados para Cirurgia. Em 19,2% dos doentes com PEP e em 26,7% dos com PES os pneumotórax corresponderam a episódios recorrentes. A complicação mais frequente foi a infecção respiratória (13,4% no PEP vs 26,7% no PES). A taxa de mortalidade no PES foi de 13,2% não se registando óbitos no PEP. O pneumotórax secundário é uma entidade que ocorre em indivíduos mais velhos, implica maior tempo de internamento, mais complicações e consequentemente maior taxa de mortalidade. Destaca-se a crescente importância da neoplasia do pulmão como patologia subjacente na PES, surgindo logo após a DPOC, provavelmente justificado pelo tabagismo presente em 64,7% dos doentes.

Palavras chave: Pneumotórax espontâneo primário. Pneumotórax espontâneo secundário.

P091. PNEUMECTOMIA EXTRAPLEURAL POR MESOTELIOMA MALIGNO - EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

A. Garcia, R. Pancas, T. Nogueira, J. Freitas, J. Bernardo
CHUC.

Introdução: O mesotelioma maligno da pleura é um tumor agressivo, que tem origem em células mesoteliais ou subserosas da cavidade pleural. Apesar de ter sido anteriormente considerado um tumor raro, tem-se verificado um aumento da sua incidência nos últimos anos. O mesotelioma pleural maligno tem como principal factor etiológico a exposição ao amianto, o que explica o aumento da sua incidência desde 1960. O seu diagnóstico é difícil, na medida em que a doença se poderá desenvolver cerca de 30 a 40 anos após a exposição ambiental ao amianto. O diagnóstico diferencial histológico entre mesotelioma maligno da pleura, doença pleural benigna e metástases pleurais de adenocarcinoma poderá igualmente ser difícil, mesmo utilizando imunohistoquímica. O objectivo deste trabalho é analisar a experiência do nosso centro quanto ao tratamento cirúrgico de mesotelioma pleural maligno, descrevendo os resultados perioperatórios e de *follow-up* destes pacientes.

Métodos: Estudo retrospectivo, que envolveu todos os doentes com diagnóstico de mesotelioma pleural maligno (7 doentes), submetidos a pneumectomia extrapleural, no período compreendido entre janeiro-2004 e janeiro-2014. A pneumectomia extrapleural consiste na ressecção em bloco da pleura parietal, diafragma homolateral e pericárdio. Os doentes eram maioritariamente do sexo masculino (57%) e apresentavam uma média de idades de 55 anos (40-66 anos).

Resultados: O sintoma de apresentação mais frequente foi a dispneia (5 doentes), seguido da toracalgia (4 doentes), tosse e astenia (3 casos) e anorexia (1 doente); 1 dos doentes era totalmente assintomático, tratando-se o diagnóstico de um achado imagiológico. Apenas 29% dos doentes tinham contacto conhecido com o amianto e 57% eram fumadores. 71% dos doentes tinham doenças crónicas associados, principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus. A maioria dos doentes foram submetidos a QT ou RT neoadjuvante. As complicações pós-operatórias foram raras, um doente teve como complicação imediata da cirurgia hemorragia pós-operatória com necessidade de revisão cirúrgica da hemóstase e outro doente tromboembolia pulmonar que resultou no seu falecimento no 2º dia pós-operatório. O tempo médio de internamento pós-operatório foi de 8 dias. Todos os doentes realizaram quimioterapia ou radioterapia adjuvante. O tempo médio de sobrevida foi de 21 meses (0-47,7 meses). O tempo médio de sobrevida aos 6, 24 e 48 meses foi de 83,3 ± 15,2%, 44,4 ± 22,2% e 22,2 ± 19,2%.

Conclusões: Existem poucas evidências sobre a eficácia da pneumectomia extra-pleural para o tratamento do mesotelioma. A mortalidade e morbilidade são aceitáveis e o tratamento multidisciplinar efectuado, que consiste em quimioterapia neoadjuvante, seguida de pneumectomia extrapleural e quimioterapia/radioterapia adjuvantes parece ter resultados sobreponíveis aos de outros estudos.

Palavras chave: Pneumectomia extrapleural. Mesotelioma maligno. Sobrevivência.

P092. BIÓPSIA PLEURAL CEGA: INTERESSE LIMITADO OU UMA MAIS-VALIA NO ESCLARECIMENTO DE DERRAMES PLEURAIS?

P. Ramalho, P. Brito, C. Dias, Y. Martins

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

Introdução: A toracocentese diagnóstica constitui, na prática, a abordagem inicial dos derrames pleurais (DP) de etiologia não esclarecida. Nem sempre se consegue obter o diagnóstico apenas por toracocentese, especialmente nos casos de suspeita de etiologia tuberculosa ou neoplásica, onde a biópsia pleural (BP) cega pode ter um papel importante.

Objectivo: Avaliar as características bioquímicas, citológicas e histopatológicas de DP com critérios de exsudado, bem como a

rentabilidade das técnicas utilizadas para obtenção do diagnóstico final.

Métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos de doentes submetidos a toracocentese diagnóstica isoladamente ou em associação com BP cega no serviço de Pneumologia do HG-CHUC, durante um período de 30 meses (janeiro de 2012 a junho de 2014). Foram analisados os resultados dos estudos bioquímico, microbiológico e citológico do líquido pleural colhido, bem como os resultados anatomo-patológico e microbiológico dos fragmentos pleurais obtidos.

Resultados: No período referido, foram seleccionados 51 doentes que apresentavam DP em estudo, todos com características do líquido pleural (LP) compatível com exsudado pelos critérios de *Light*. Destes, 25 (49%) eram do sexo masculino e 26 (51%) do sexo feminino, com média de idades de $71 \pm 11,6$ anos. Realizaram-se 51 toracocenteses diagnósticas, sendo que em 37 casos prosseguiu-se para biópsias pleurais cegas. Das 51 toracocenteses diagnósticas realizadas, obteve-se diagnóstico em 22 (rentabilidade de 43%), com 82% de DP de etiologia neoplásica, sendo o adenocarcinoma o diagnóstico mais frequentemente encontrado (32%). Em 18% dos casos, o DP era de etiologia infecciosa (tuberculose pleural). Das 37 biópsias pleurais cegas realizadas, obteve-se diagnóstico em 18 (rentabilidade de 49%), das quais 78% correspondiam a patologia neoplásica com metastização pleural (linfoma, mama e pulmão) e 22% correspondiam a tuberculose pleural. De referir que a BP cega permitiu chegar a um diagnóstico definitivo em 17% dos casos ($n = 5$) em que a análise citológica e/ou microbiológica do LP colhido por toracocentese foram negativas. A rentabilidade da toracocentese diagnóstica associada à BP cega foi de 54%.

Conclusões: No estudo apresentado, a rentabilidade da toracocentese diagnóstica associada à BP cega foi de 54%, enquanto a rentabilidade da BP cega isoladamente foi de 49%. Esta técnica permitiu efectuar diagnóstico da patologia pleural em 17% dos doentes que apresentavam citologia e/ou microbiologia do LP negativas, pelo que continua a ter um papel relevante no estudo de DP de etiologia desconhecida.

Palavras chave: Exsudado. Toracocentese. Biópsia pleural cega.

P093. COMO SÃO ABORDADOS OS DERRAMES PLEURAIS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A.C. Ferreira, M. Braz, F. Costa

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Introdução: O derrame pleural (DP) é uma patologia frequente com um diagnóstico diferencial amplo, necessitando de uma abordagem sistematizada e criteriosa. O objectivo é estabelecer um diagnóstico rápido, minimizando procedimentos invasivos.

Objectivo: Avaliar como se abordam os DP num Serviço de Medicina Interna.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna B do CHUC-HG entre março/2012 e dezembro/2013 que apresentaram DP. Avaliou-se demografia, diagnóstico de admissão, antecedentes pessoais, sintomas, localização e volume do DP e como foi efectuada a sua abordagem. Na investigação do DP avaliaram-se: ECD de imagem e séricos, toracocentese, tipo de derrame pleural (exsudato vs transudato), pH, exame microbiológico, citologia, ADA e biópsias pleurais. Identificou-se a causa do DP. Compararam-se os resultados com a abordagem preconizada nas normas de orientação internacionais.

Resultados: No período do estudo, 168/4638 doentes internados apresentaram DP (3,6%), com idade média de 80,9 anos, sendo 55% do sexo masculino. O diagnóstico de admissão mais frequente foi a Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD), seguida das infecções respiratórias. Os sintomas mais frequentes foram a dispneia, edemas, dor torácica, tosse e febre. Dos antecedentes pessoais desta-

cam-se: insuficiência cardíaca, insuficiência renal e neoplasias. Foi realizada radiografia torácica em 99%, ecografia em 60% e TC em 17,7%. Os DP foram mais frequentemente bilaterais e 45,8% de pequeno volume. Apenas 21,4% (36/168) dos DP foram abordados (54% com marcação ecográfica): 26 eram transudatos e 10 exsudatos. Os principais motivos para a não abordagem dos DP foram o pequeno volume e a evidência de ICD com boa resposta à terapêutica anti-congestiva. Em 4 doentes não se abordou o DP apesar de haver indicação. Foram efectuadas 3 toracocenteses em 27 doentes que apresentavam ICD, todos eles eram transudatos. Nos DP abordados, apenas em 15/36 foi doseada a ADA, em 23/36 o pH, em 31/36 feito exame microbiológico e em 15/36 citologia. 6 doentes apresentaram pH do LP $< 7,20$ mas em nenhum se drenou a cavidade torácica. Nenhum doente fez biópsias pleurais. A causa mais comum de derrame pleural foi a ICD (44,6%), seguida do DP associado a infecção respiratória (35,7%). Dos DP com características de transudato a maioria estava associada a ICD (18/26). A maioria dos exsudatos associou-se a infecção respiratória (6/10) e nenhum foi causado por ICD.

Conclusões: O DP foi um diagnóstico pouco frequente no S. de Medicina, sendo a ICD a principal causa. A maioria dos DP não foi abordada por ser de pequeno volume ou se associar a ICD. Alguns DP não foram abordados apesar de terem indicação. A abordagem do DP não foi feita de forma sistemática sob ecografia. A maioria eram transudatos e nem sempre foram efectuados todos os exames preconizados para o LP. Verificou-se que o achado de um pH $< 7,2$ no LP não motivou a drenagem da cavidade pleural. Não se efectuaram biópsias pleurais apesar de haver indicação. Tendo em conta as normas de orientação internacionais, existem alguns pontos que podem ser melhorados na abordagem dos DP.

Palavras chave: Derrame pleural. Abordagem.

P094. USO DE CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO NA ABORDAGEM DO DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE - ESTATÍSTICA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

C. Saraiva, J. Dionísio, A. Szanthó, D. Costa

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil.

Hospital de Faro, EPE, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Os autores efectuaram uma análise retrospectiva de 20 doentes consecutivos, com derrame pleural maligno sintomático recidivante, entre 2009 e 2014, tratados com recurso a um catéter pleural tunelizado, (PleurX®, DenverBiomedical, EUA) para realização de drenagens pleurais permanentes. Neste período foram colocados 22 cateteres (sendo que em dois dos doentes foram colocados 2 cateteres), correspondendo a 11 doentes do sexo feminino (55%) e 9 do sexo masculino (45%), com uma média de idades de $61,4 \pm 14,6$ anos. As indicações foram: em 12 doentes necessidade de toracocenteses de repetição, em 4 doentes derrame multiloculado, em 4 doentes pleurodesse ineficaz. Em 18 doentes, a inserção foi efectuada em regime de ambulatorio, sendo que nos restantes casos (2 doentes) foi efectuada em doentes que já se encontravam internados por pneumonia. Os diagnósticos dos doentes foram neoplasia do pulmão (5 doentes), mama (3 doentes), melanoma (2 doentes), ovário (2 doentes), cordão espermático (1 doente), laringe (1 doente), gástrica (1 doente), duodeno (1 doente), cólon (1 doente), hepática (1 doente) e tiróide (2 doentes). Em 16 doentes (80%), o derrame pleural localizava-se à direita, e em 4 doentes (20%) à esquerda; com extensão total em 4 doentes (20%), dois terços ou metade em 10 doentes (50%) e um terço em 6 doentes (30%). Na maioria dos doentes o derrame tinha aspeto macroscópico serofibrinoso (13 doentes, 65%), sendo sero-hemático em 3 doentes (15%), hemático em 2 doentes (10%) e quiloso em 2 doentes (10%).

A média de toracenteses previamente à colocação do catéter foi de 3,5 com uma média de 1.380 mL de líquido drenado. Relativamente ao *performance status* 9 doentes (45%) tinham um ECOG de 1, 9 doentes (45%) de 2 e 2 doentes de 3 (10%). Apenas 2 doentes não se encontravam a fazer quimioterapia ou terapêutica alvo. Dos 22 cateteres colocados, houve complicações imediatas em 3 doentes (15%), com 3 pneumotórax de pequeno volume. Relativamente a complicações tardias, houve necessidade de remoção de 5 cateteres, 2 por incompetência da válvula do catéter com pneumotórax, 2 por deslocação do catéter e 1 por empiema. Na maioria dos doentes houve benefício sintomático parcial ou total (14 doentes - 70%). O número médio de drenagens foi de 5, com uma média de drenado de 810 mL. Verificou-se pleurodese espontânea em 2 doentes (10%). A média de dias com catéter foi de $92,0 \pm 120$, sendo que três doentes permanecem vivos. A análise efetuada no nosso serviço demonstrou a semelhança de outros dados da literatura que o uso de um cateter tunelizado permanece como um tratamento paliativo eficaz e seguro no derrame pleural maligno recidivante do doente de ambulatório, com alívio sintomático relevante, com maior conforto nas drenagem e com uma taxa de complicações aceitável.

Palavras chave: Cateter tunelizado. Derrame pleural maligno.

P095. MESOTELIOMA DA PLEURA - UM CASO DE DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DIFÍCIL

M. Dias de Sousa, J. Cemlyn Jones, A.L. Garcia, A. Pego

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O mesotelioma é um tumor maligno raro e agressivo, com origem nas superfícies serosas das cavidades celômicas (pleura, peritонеu, pericárdio e túnica vaginal) e cujas células neoplásicas podem exibir uma diferenciação epitelial, sarcomatóide e/ou bifásica. A natureza tecidual heterogênea torna difícil estabelecer o diagnóstico diferencial com outros tumores, nomeadamente com o tumor desmoplásico do pulmão. Neste contexto, o diagnóstico de mesotelioma pleural maligno deve ser feito com base na imunohistoquímica, apesar de ainda não existir um grupo de marcadores *gold standard* e uma uniformização entre os métodos usados nas diferentes instituições.

Caso clínico: Doente de 49 anos, sexo feminino, técnica de anatomia patológica, não fumadora e sem exposição a amianto conhecida, iniciou quadro de toracalgia direita e dispneia de esforço. Realizou radiografia do tórax, que evidenciou uma opacidade nodular no 1/3 médio do campo pulmonar direito e uma retração pleural homolateral. A TC torácica revelou um espessamento nodular pleural direito. Foi posteriormente submetida a biópsia pleural cirúrgica em abril de 2013, cujo diagnóstico foi compatível com tumor desmoplásico de células redondas e pequenas no pulmão, e encaminhada para a Unidade de Tumores Ósseos, onde iniciou quimioterapia com vincristina, doxorubicina e dacarbazina. Face à progressão da doença após o 1º tratamento, foi solicitada a reconfirmação diagnóstica noutro centro, cujo diagnóstico histológico foi de mesotelioma com padrão bifásico. A doente foi então referenciada ao Hospital de dia de Pneumologia Oncológica e iniciou quimioterapia com cisplatina e pemetrexed, apresentando uma boa resposta clínica e imagiológica após 6 ciclos de QT. Como a doente tinha um *performance status* de 1 e um estágio anatómico cirúrgico foi submetida a uma pleuropneumectomia direita em Dezembro de 2013. Dada a não concordância do diagnóstico anatomicopatológico da peça operatória, optou-se por obter uma terceira opinião num centro internacional de referência, que confirmou tratar-se de um mesotelioma, mas com padrão epitelóide. A doente mantém seguimento em consulta de Oncologia e com follow-up

de 6 meses após cirurgia, encontra-se clinicamente estável e sem sinais de recidiva.

Discussão: Neste caso clínico, os autores destacam a raridade desta patologia no sexo feminino, em idade jovem e sem história de exposição a amianto, e a dificuldade em obter um diagnóstico histológico correto em biópsia cirúrgica. A resposta clínica e imagiológica da doente ao tratamento com o duplo de cisplatina/pemetrexed, que permitiu, posteriormente, a realização de pleuropneumectomia, favorece o diagnóstico de mesotelioma com padrão epitelóide, subtipo histológico que está associado a um prognóstico melhor.

Palavras chave: Mesotelioma. Diagnóstico difícil.

P096. DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE SECUNDÁRIO A EXPOSIÇÃO A ASBESTOS

J. Cravo, P.G. Ferreira, A. Catarino

Serviço de Pneumologia dos CHUC/HUC (Director: Dr. Mário Loureiro).

Introdução: O asbesto, ou amianto, é uma fibra mineral abundante na natureza e, até muito recentemente, utilizada com as mais diversas funções, expondo um grande número de trabalhadores, e não só, aos seus efeitos. Os primeiros estudos científicos relacionando a exposição a essas fibras aos efeitos deletérios na saúde foram publicados no início do século passado. As alterações pleurais e parenquimatosas relacionadas com a exposição ao asbesto são várias, nomeadamente derrame pleural, espessamento pleural circunscrito ou placas pleurais, espessamento pleural difuso, atelectasia redonda, asbestose, neoplasia pulmonar e mesotelioma maligno da pleura. O derrame pleural, em geral, curso benigno e não requer tratamento específico.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de doente do sexo masculino, 80 anos de idade, não fumador, trabalhador, durante alguns anos, na indústria cimenteira, sem antecedentes pulmonares relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de cansaço e dispneia de esforço. A radiografia do tórax era compatível com derrame pleural esquerdo. A toracocentese evidenciou um líquido sero-hemático com características bioquímicas de exsudato tendo a biópsia pleural revelado alterações compatíveis com pleurite inespecífica. Na broncofibroscopia era evidente tumefacção do esporão do segmento apical do brônquio lobar inferior esquerdo, cuja biópsia foi inconclusiva. A tomografia computadorizada do tórax mostrou placas pleurais e regiões de espessamento pleural difuso. A evolução clínica foi favorável após drenagem do derrame tendo sido orientado para consulta externa. Sete meses depois, recorreu de novo ao SU por quadro semelhante, evidenciando em radiografia do tórax derrame pleural direito, cujo estudo revelou características semelhantes ao anterior. A existência de placas pleurais e derrame pleural recidivante com todo o estudo microbiológico e citológico negativos e sem evidência imagiológica ou histopatológica suspeita de neoplasia, permitiu suportar o diagnóstico de derrame pleural benigno relacionado com asbesto. Manteve seguimento em consulta externa, sem evidência de recidiva e apenas com ligeira diminuição da transparência bi-basal na radiografia do tórax.

Discussão: O derrame pleural benigno devido a asbestos, apesar de raro, pode ser a principal manifestação do comprometimento do estado de saúde no contexto de exposição. Habitualmente acontece nos primeiros dez anos após a exposição e tem resolução com tratamento conservador em cerca de 3-4 meses, mas podem ocorrer recidivas. O diagnóstico desta entidade clínica é, geralmente, retrospectivo, e assenta na história de exposição e na exclusão de outras causas.

Palavras chave: Derrame pleural. Asbesto. Pulmão.

P097. FIBROMATOSE DESMÓIDE DA PLEURA - UM DIAGNÓSTICO RARO

C. Guerreiro, M. Alvoeiro, A. Braga, P. Calvino, I. Ruivo, F. Félix

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente caucasiano com 35 anos que trabalha como guarda prisional. Fumador de 16 UMA, sem outros consumos. Trata-se de doente com diagnóstico de Síndrome de Apneia-Hipopneia obstrutiva do Sono (SAHOS) a cumprir CPAP desde 2011, obesidade (IMC: 32 Kg/m²) e *status* pós herniorrafia inguinal direita. Em avaliação pré-operatória de ORL para uvulopalatofaringoplastia realizou uma telerradiografia de tórax que revelou imagem pleural nodular na vertente anterior do LSE. O doente encontrava-se assintomático e ao exame objetivo não existiam alterações. Para caracterização desta lesão realizou punção aspirativa trans-torácica cuja citologia foi suspeita para neoplasia. Para diagnóstico definitivo e tratamento o doente foi enviado à consulta de cirurgia torácica tendo sido proposto para excisão da lesão por VATS. Foi intervenido em janeiro de 2012, tendo a cirurgia e pós-operatório decorrido sem complicações. O exame anatómico-patológico da peça demonstrou tratar-se de um tumor fibroso solitário da pleura parietal. O tumor expressava positividade para CD34 e bcl2 (focal) e negatividade para AE1/AE3 e calretina. O doente manteve-se em vigilância e foi-lhe dada indicação para cessar os seus hábitos tabágicos. Em janeiro de 2013 realizou nova telerradiografia de tórax onde é detetado aparecimento de nova lesão com localização semelhante à anterior. Fez TC de tórax que revelou imagem nodular com cerca de 46 × 15 mm, com densidade de tecidos moles e ampla base pleural localizada entre o 4º e o 5º EIC esquerdos. O doente mantinha-se assintomático e foi admitida recidiva local de tumor fibroso solitário da pleura. Novamente proposto para excisão do tumor da pleura parietal tendo esta sido feita por toracotomia vídeo-assistida. No intra-operatório constatou-se a presença de aderências laxas do pulmão à parede torácica, que se tornavam densas e facilmente hemorrágicas na zona da cirurgia anterior e do tumor (3,5 × 2 cm) localizado no 1/3 médio do 4º e 5º arcos costais esquerdos. Macroscopicamente a peça foi ressecada com margens livres. O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo tido alta ao 5º dia com evidência radiológica de expansão pulmonar completa. O exame anatómico-patológico da peça cirúrgica revelava lesão com limites infiltrativos com envolvimento do músculo esquelético, sem evidência de necrose, mitose ou atipia citológica. O exame imunohistoquímico demonstrava positividade nuclear para beta-catenina, positividade focal para actina, negatividade para demina, S100, CD34 e BCL-2, sendo estes aspectos compatíveis como diagnóstico de fibromatose desmóide. Microscopicamente não foi possível definir margens cirúrgicas.

Discussão: Os tumores desmóides são neoplasias raras com comportamento benigno, mas localmente invasivo e com natureza recidivante, que se originam nas estruturas músculo-aponevróticas. Correspondem a 0,03% de todas as neoplasias e podem surgir em qualquer localização, no entanto são mais frequentes a nível abdominal e retroperitoneal. Cerca de 20% dos doentes com tumores desmóides apresenta envolvimento da parede torácica, sendo o atingimento pleural ainda mais raro. Em 25% dos casos existe história de traumatismo prévio. Séries mostraram sobrevida bem como taxa de recorrência local aos 5 anos a rondar os 93% e os 29%, respetivamente.

Palavras chave: Tumor desmóide. Pleura.

P098. EMPIEMA TUBERCULOSO DA LOCA DE PNEUMECTOMIA - 5 DÉCADAS DEPOIS

A. Dias, F. Lopes, I. Faria, P. Esteves, I. Claro, P. Calvino, C. Santos, C. Bárbara

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O empiema em cavidade residual pós-pneumectomia é uma complicação rara, que se associa a morbilidade e mortalidade significativas. Tem uma incidência de 2 a 15% e ocorre com mais frequência nas primeiras semanas após cirurgia, podendo surgir anos mais tarde.

Caso clínico: Relata-se o caso de um homem de 76 anos, ex-fumador há 50 anos, com tuberculose pulmonar submetido a pneumectomia direita em 1962 e insuficiência respiratória crónica sob OLD e VNI. Internamento prévio em 2012 por pneumonia a SAMR com necessidade de VMI. Tem como comorbilidades HTA, ICC, dislipidémia, hiperuricémia e depressão. Está medicado com broncodilatadores inalados, aminofilina, lisinopril, sinvastatina, alopurinol e fluoxetina. Recorreu ao SU por quadro de dispneia, tosse e expectoração mucopurulenta com uma semana de evolução. Negava febre. Ao exame objectivo, observava-se tumefacção mole, sem sinais inflamatórios e sem flutuação, da face anterior do hemitórax direito. Apresentava acidose respiratória, tinha elevação da PCR (2,9 mg/dL), sem leucocitose e hiponatrémia (124 mEq/L). O RX de tórax mostrava hipotransparência homogénea à direita (pós-pneumectomia) e reforço broncovascular à esquerda. No SU iniciou VNI, com melhoria gasimétrica. Foi internado no serviço de Pneumologia, manteve VNI e iniciou terapêutica empírica com piperacilina-tazobactam e ampicacina. Realizou TC tórax, salientando-se preenchimento da loca da pneumectomia por conteúdo sugestivo de natureza líquida, não pura. Sinais de invasão da parede torácica antero-lateral, com colecção multiloculada dos músculos peitorais e fracturas dos 3º e 4º arcos costais e da apófise transversa da 3ª vértebra dorsal. O doente foi avaliado pela Cirurgia Torácica (CT), foi colocada drenagem torácica e efectuado esvaziamento da colecção subcutânea, com saída inicial de conteúdo hemático. O exame micobacteriológico directo deste líquido foi negativo. O dreno deixou de estar funcionante ao 10º dia e, por ter sido objectivado aumento das dimensões da tumefacção torácica, decidiu-se a transferência do doente para a CT. Realizou toracotomia com biópsias da parede torácica (infiltrado inflamatório de linfócitos e numerosos histiócitos) e pleural (infiltrado inflamatório misto com focos de abcedação). Sem evidência de neoplasia nestas biópsias. O diagnóstico definitivo foi obtido através do exame cultural micobacteriológico do líquido da colecção torácica positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. O doente foi enviado ao CDP e iniciou isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Na TC de reavaliação ao 2º mês de tratamento, verifica-se diminuição das dimensões da formação da parede torácica. Ao 4º mês de tratamento, passou a terapêutica a isoniazida e rifampicina. Tem estado clinicamente bem. O diagnóstico de empiema pós-pneumectomia requer elevado índice de suspeição, principalmente quando surge tardiamente. É confirmado pela análise microbiológica do líquido que preenche a loca. A etiologia tuberculosa exigiu ainda maior suspeição, uma vez que decorreram 5 décadas desde a infecção primária. Apesar do ponto de partida na loca de pneumectomia, observava-se já um sinal externo, a tumefacção da parede torácica, de disseminação local da infecção. Trata-se de um caso de reactivação de tuberculose sob a forma de empiema da loca de pneumectomia, entidade a considerar, mesmo ao fim de 52 anos.

Palavras chave: Tuberculose. Empiema pós-pneumectomia.

P099. UMA ETIOLOGIA RARA DE DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE

G. Carvalho, A. Boquinhos

Serviço de Medicina, Hospital de Cascais.

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório (também conhecido como pseudotumor inflamatório, granuloma plasmocitário, xantogranuloma, fibroxantoma e histiocitoma fibroso) é uma entidade rara, benigna, que mimetiza processos malignos e pode afectar, vir-

tualmente, todos os sistemas de órgãos, sendo mais frequentemente encontrado no pulmão (representando < 1% de todos os tumores pulmonares). Apresenta-se, geralmente, com sintomas inespecíficos de tosse, febre, dispneia e hemoptises, e imagiologicamente com massa solitária com dimensão > 3 cm, localizada nos lobos pulmonares inferiores. O diagnóstico definitivo é feito por biópsia. Apesar da cura espontânea relatada, o tratamento passa pela ressecção cirúrgica completa, habitualmente com excelente prognóstico.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 77 anos, não-fumador, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquêmica, fibrilhação auricular permanente, hipertensão arterial e dislipidemia. Admitido no Serviço de Urgência por quadro de dispneia para esforços progressivamente menores e tosse seca, com 15 dias de evolução, sem febre ou outra sintomatologia. Analiticamente sem alterações de relevo. Realizou radiografia de tórax que revelou moderado derrame pleural esquerdo e TC torácica que, adicionalmente, mostrou lesão nodular de 40 mm no lobo inferior esquerdo (LIE), com calcificações punctiformes, em provável relação com atelectasia passiva. Foi submetido a toracocentese, com saída de 1.500 mL de líquido serohemático com predomínio de linfócitos, sem identificação de células neoplásicas ou microrganismos patogênicos. Iniciou terapêutica diurética, com melhora sintomática e imagiológica, assumindo-se insuficiência cardíaca congestiva. Cerca de 1 mês após a alta, foi reinternado por agravamento do quadro de dispneia e tosse, desta vez associado a febre baixa de ritmo vespertino. Radiograficamente com recidiva do derrame pleural, mantendo a imagem nodular do LIE objectivada por TC. Realizou nova toracocentese com saída de 400 mL de líquido serohemático, cujo exame citoquímico e citológico revelaram muitos linfócitos, sem outras alterações, imunofenotipagem negativa e exame directo e cultural para micobactérias negativo. Realizou, igualmente, broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e escovado, sem identificação de células neoplásicas e, ainda, biópsia pleural com infiltração de linfócitos, compatível com pleurite crônica inespecífica. Analiticamente sem alterações para além de VS 120 mm/h. Por manter derrame pleural recidivante com síndrome febril associado, iniciou empiricamente tuberculostáticos, assumindo-se eventual tuberculose pulmonar. Cerca de 2 meses mais tarde, por manter quadro clínico sobreponível, com derrame pleural esquerdo e nódulo com 40 mm no LIE, e após discussão do caso com Imagiologia de intervenção, optou-se pelo internamento electivo para realização de biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC, cujo resultado anatomopatológico revelou tecido conjuntivo fibrovascular com hialinização e infiltrado inflamatório predominantemente constituído por linfócitos e plasmócitos, que após estudo imunocitoquímico se revelou compatível com tumor miofibroblástico inflamatório. Neste contexto, o doente foi referenciado a consulta de Cirurgia Cardiorádica, estando, de momento, agendada cirurgia de ressecção atípica do LIE.

Discussão: Para além do desafio clínico, que envolveu uma marcha diagnóstica interessante, pretendemos apresentar uma etiologia bastante rara para um derrame pleural recidivante, que deverá ser considerada.

Palavras chave: Pseudotumor inflamatório. Tumor miofibroblástico inflamatório. Derrame pleural.

P100. TOSSE PSICOGÉNICA - DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO A INCLUIR

M. Dias, D. Coutinho, J. Gomes, T. Almeida, A. Antunes

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A tosse crónica (> 2 meses) é um sintoma que frequentemente motiva o pedido de Consultas de Pneumologia. O estudo etiológico é muitas vezes um desafio complexo, mas indispensável para um tratamento eficaz.

Caso clínico: Mulher, 32 anos, empresária, casada, residente em Vila Nova de Gaia, não fumadora, sem patologias conhecidas ou medicação crónica. Recorreu ao Serviço de Urgência em março/2013 por tosse irritativa de tonalidade laringea com cerca de 2 meses de evolução, de predomínio vespertino, limitante durante o dia e ausente durante o sono. Referia que a tosse era provocada por uma sensação de corpo estranho na orofaringe, mas não identificava episódio de engasgamento. Negava outros sintomas, nomeadamente pieira, obstrução nasal, escorrência nasal posterior, pirose e febre. Sem história exposicional relevante, sem alergias conhecidas. Já tinha recorrido ao médico assistente tendo sido medicada com claritomicina, budesonida e levocetirizina, sem melhoria. Ao exame objetivo apresentava tosse contínua, sem sinais de dificuldade respiratória, SatO₂ (21%): 100%, sem alterações na auscultação cardiopulmonar e sem edemas periféricos. Laringoscopia, telerradiografia torácica e análises sem alterações. Atendendo à estabilidade da doente, esta teve alta, prosseguindo-se o estudo em ambulatório. Realizou TC tórax, pletismografia, broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar para microbiologia, micobacteriologia e citologia e endoscopia digestiva alta que não mostraram alterações. Iniciou esomeprazol, formoterol/budesonida inalado e anti-tússico sem melhoria dos sintomas. Perante a persistência da tosse que desaparecia durante o sono, refratária a múltiplas terapêuticas e exames complementares de diagnóstico sem alterações, colocou-se a hipótese de tosse psicogénica, orientando-se a doente para a Consulta de Psiquiatria. Na Consulta de Psiquiatria foi iniciado citalopram 40 mg, trazodona 50 mg id, diazepam 10 mg 3id e técnicas de relaxamento, com diminuição da frequência da tosse. Em outubro/2013 engravidou, tendo pedido antecipação da consulta para ajuste terapêutico. Pela primeira vez, não tossiu durante toda a consulta e referiu que raramente tinha tosse. A medicação foi alterada para venlafaxina 75 mg 1id, trazodona 100 mg 1id e diazepam 5 mg SOS. A gravidez decorreu sem intercorrências relevantes, com melhoria franca do humor e da sintomatologia ansiosa e raros episódios de tosse que a doente associa a picos de ansiedade. Foi assumido o diagnóstico de tosse psicogénica e, atualmente, mantém seguimento em Consulta de Psiquiatria, a fazer desmame da medicação antidepressiva, sem episódios de tosse valorizáveis.

Discussão: Este caso clínico descreve um caso raro de tosse psicogénica. A tosse crónica é um sintoma que frequentemente preocupa os doentes e que motiva a realização de vários exames complementares de diagnóstico. No caso desta doente, o facto da tosse desaparecer durante o período de sono apontava para a possibilidade da sua etiologia ser psicogénica. No entanto, este é um diagnóstico de exclusão, sendo extremamente importante descartar as causas orgânicas da tosse crónica, nomeadamente a asma, o refluxo gastroesofágico e a escorrência nasal posterior. Neste caso, a avaliação cuidada da doente não permitiu identificar nenhuma causa orgânica da tosse e o facto dos sintomas terem desaparecido após a instituição da terapêutica ansiolítica e antidepressiva, técnicas de relaxamento e início da gravidez reforçaram a hipótese da tosse ser psicogénica.

Palavras chave: Tosse crónica. Tosse psicogénica.

P101. SÍNDROME DE SECREÇÃO INAPROPRIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A hiponatremia é tipicamente observada nos estádios finais da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Em doentes hospitalizados, esta alteração iónica é frequentemente causada

pelosíndrome da secreção inapropriada da hormona antidiurética (siADH), com uma incidência que ronda os 30%. Apesar de existir uma variedade de etiologias de siADH, as causas mais comuns devem-se a neoplasia, com destaque para o carcinoma pulmonar de pequenas células. Através da descrição de um caso clínico, é abordado o diagnóstico diferencial de hiponatremia e discute-se a gestão etiológica e terapêutica do siADH num doente hospitalizado com DPOC.

Caso clínico: Senhor de 58 anos que recorre ao Serviço de Urgência com sintomas de confusão, desequilíbrio, cefaleias e agravamento do padrão habitual e dispneia, sem história de perda de fluidos ou diminuição da ingestão alimentar. Era um ex-fumador de 30 UMA, com DPOC e insuficiência respiratória crónica, sob oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva. Estava medicado com nebulizações de 6/6h de brometo de ipratrópio e salbutamol, sem recurso a nenhuma outra medicação recente. Ao exame físico, estava polipneico (25 cpm), taquicárdico (120 bpm) e com baixa saturação periférica de oxigénio (88% com máscara de Venturi a 35%), sem outras alterações de relevo. Analiticamente, apresentava uma hiponatremia de 122 mmol/L, baixa osmolaridade sérica, concentração sérica de creatinina normal, equilíbrio ácido-base e nível sérico de potássio sem alterações, diminuição dos valores de ureia e ácido úrico e sem sinais de resposta inflamatória. As causas comuns de hiponatremia foram excluídas, tais como medicação, dor, infeção respiratória, incluindo tuberculose, hipotireoidismo, insuficiência adrenal e infeção por VIH. A análise de urina revelou elevação da osmolaridade e da concentração de sódio. Realizou tomografia de crânio, tórax e abdómen, sem sinais de malignidade ou doença do sistema nervoso central. Assim, com base na euvolemia clínica e nos exames complementares efetuados, considerou-se como hipótese de diagnóstico mais provável siADH provavelmente secundário a insuficiência respiratória. Após restrição de fluidos e terapêutica diurética, com elevação dos níveis séricos de sódio para 136 mmol/L, o senhor teve alta assintomático ao 8º dia de internamento.

Discussão: apesar de já previamente descrito, o mecanismo fisiopatológico do siADH na insuficiência respiratória não é claro. Provavelmente partilha algumas características com outras doenças pulmonares potencialmente causadoras de hiponatremia, tais como DPOC, asma, fibrose quística e pneumonia. No entanto, o surgimento de hiponatremia num doente DPOC requer atenção apropriada, com exclusão de siADH e respetivas causas, com destaque para a neoplasia pulmonar.

Palavras chave: siADH. Hiponatremia. Insuficiência respiratória. DPOC.

P102. SERVO-VENTILAÇÃO AUTO-ADAPTATIVA - NOVA ABORDAGEM AO DOENTE COM RESPIRAÇÃO PERIÓDICA E APNEIA CENTRAL

C. Silva, J. Mendes

Linde Healthcare.

Introdução: A respiração periódica e a apneia central constituem a forma mais prevalente de distúrbios respiratórios do sono em doentes com insuficiência cardíaca congestiva descompensada. Estima-se que aproximadamente 50% dos doentes com ICC sofrem de distúrbios respiratórios durante o Sono CSR e/ou síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). A respiração de Cheyne-Stokes é definida como um padrão respiratório anormal em que períodos de hiperventilação com volume corrente crescente/decrecente alternam com períodos de apneia/hipopneia central. Na maioria dos doentes, os sintomas deste padrão respiratório são camuflados pela doença cardíaca. A SCR pode acelerar a progressão da ICC através da hipoxemia intermitente (baixa concentração de oxigénio arterial), do aumento da pós-carga, do aumento da atividade simpática e das oscilações da frequência cardíaca e da tensão arterial.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 82 A, com história de Insuficiência Cardíaca Congestiva, DM tipo II, HTA, SAOS e antecedentes de EAM, cirurgia cardíaca e adenocarcinoma da sigmóide. Efetuou polissonografia em 1999 com diagnóstico de SAOS grave (IAH 38/h). Iniciou terapia de CPAP fixo em 1999 com adesão média de 4h43min e média de IAH de 25/h. Posteriormente teve alteração para Auto-CPAP com pressões 5-15 cmH₂O verificando-se uma adesão média de 4h36min e redução do IAH para 16,5/h. Em 2012 realizou provas de função respiratória que revelaram a presença de alteração ventilatória obstrutiva moderada e prova de broncodilatação negativa. A gasimetria mostrou normoxémia, normocapnia e equilíbrio ácido-base normal. A média de Saturação de oxigénio aferida por oximetria noturna foi de 92%. No ecocardiograma verificou-se a existência de insuficiência aórtica e mitral ligeira, com Hipertrofia Ventricular Esquerda e função global sistólica diminuída. Efetuou-se nova alteração do modo ventilatório para Auto-Binível sendo que a resposta de IAH foi igualmente positiva 12,3/h e 20% de respiração periódica. Foi submetido a nova polissonografia em 2012 para aferição de parâmetros com alteração para o modo ventilatório auto-SV. A alteração do equipamento permitiu a diminuição do IAH para 5,1/hora e redução da percentagem de padrão de respiração periódica para 1,8%.

Discussão: A terapia de CPAP e posteriormente auto-CPAP demonstrou a sua eficácia na resolução da componente obstrutiva mantendo-se a média do Índice de Hipopneia aumentado, bem como a % de respiração periódica. Com o auto-binível foi possível corrigir o índice de hipopneia mas sem resposta positiva da % de respiração periódica. A ventilação não invasiva servo-adaptativa foi considerada mais eficaz na correção do Índice Apneia Hipopneia atuando sobre todos os tipos de distúrbios respiratórios, nomeadamente respiração periódica e apneias centrais contrariamente aos restantes modos ventilatórios. A ventilação não invasiva servo adaptativa (ASV) é considerada o tratamento de primeira linha nos doentes com padrão de CSR.

Palavras chave: Respiração Cheyne-Stokes. Apneia central. Servo ventilação. Insuficiência cardíaca congestiva.

P103. INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO CORPORAL NUM CASO DE APNEIA MISTA DO SONO

A. Ferreira, E. Matos, A. Rocha, A. Vale, T. Calvo, A. Afonso

CHTMAD.

Objectivo: Descrever a complexidade do estudo de um paciente com apneia mista do sono em que a solução terapêutica só foi obtida após o recurso a vários meios de diagnóstico e diferentes ventiladores e modos terapêuticos, de modo a obter-se uma opção viável de tratamento.

Caso clínico: Paciente masculino, 56 anos e engenheiro civil, enviado para seguimento em consulta do sono no CHTMAD, já com o diagnóstico de síndrome de apneia do sono desde há 10 anos, noutra instituição de saúde. Encontrava-se sob ventiloterapia domiciliar em modo APAP (Virtuoso LX). Na primeira consulta faz referência a crise anginosa, estando já medicado para tal. Encontrava-se bem adaptado ao equipamento e cumpridor (adesão > 4h = 93%); no entanto, decide-se substituir o equipamento por este não fornecer dados relativos ao Índice de Apneia/Hipopneia (IAH) residual. As leituras seguintes do registo de adesão revelaram um IAH residual ligeiro a moderado, acompanhado de algumas queixas de adaptação do doente, pelo que se decidiu realizar uma polissonografia terapêutica, com aferição de pressão de CPAP de 8 cmH₂O. Nos registos de adesão das consultas seguintes, o IAH residual manteve-se em cerca de 10/h, tendo sido observadas grandes discrepâncias nas leituras especificamente obtidas dia-a-dia. Perante esta situação opta-se pela realização um estudo cardio-respiratório associado à ventiloterapia durante 3 noites, que permitiu verificar que

esta disparidade estava diretamente associada à posição corporal. Observou-se ainda que os eventos respiratórios realizados em decúbito dorsal eram predominantemente do tipo central. Perante isto, optou-se por sugerir ao paciente a utilização de terapia posicional associada ao CPAP. Na consulta seguinte, mesmo com as medidas adotadas até ao momento, verificou-se ainda a presença de eventos residuais em número significativo, predominantemente do tipo central. Para esclarecer esta situação e excluir a presença de apneia do sono complexa e de predomínio posicional, decidiu-se pedir novo estudo cardio-respiratório (3 noites), através do qual foi possível verificar a presença de apneias centrais e que o doente não conseguia evitar a posição de supino, mesmo com o recurso a terapia posicional. Decide-se então pela adaptação a servoventilação, tendo-se conseguido através deste modo ventilatório obter correção eficaz dos eventos respiratórios do tipo obstrutivo e central nas leituras de adesão subsequentes.

Discussão: O presente caso sugere a importância das mudanças posicionais na gravidade da apneia central do sono. O registo de adesão dado pelo cartão dos equipamentos deve ser analisado cuidadosamente, tendo em atenção todos os aspetos (índice apneia central, registo de IAH residual dia a dia e fugas). Um estudo cardio-respiratório associado a VNI e eventualmente a polissonografia terapêutica devem ser considerados se qualquer dúvida permanecer na leitura do cartão de dados. Nos casos de apneia central do sono, o tratamento de 1ª linha é a servoventilação, no entanto, outras opções podem ser primeiramente exploradas.

Palavras chave: Posição corporal. Apneia mista do sono. Servoventilação.

P104. TOSSE CRÔNICA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA. POR QUÊ?

J. Carvalho, I. Faria, A.S. Oliveira, C. Santos, C. Bárbara

Unidade de Insuficiência Respiratória, Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 59 anos, não fumadora, com diagnósticos prévios referidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e desde há 20 anos “rinite crónica” caracterizada por tosse irritativa sem relação sazonal nem melhoria franca com terapêutica inalada ou antihistamínica. Na investigação desta tosse nega ter realizado exames como tomografia computadorizada (TC) de tórax ou provas de função respiratória. Recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento de tosse, dispneia e toracalgia posterior. Na gasometria arterial (FiO₂ a 40%) apresentava insuficiência respiratória parcial (PaO₂: 52 mmHg) e a telerradiografia de tórax mostrava infiltrado na base direita. Foi internada por Pneumonia adquirida na comunidade e medicada empiricamente com levofloxacina. Realizada nova telerradiografia de tórax, observando-se atelectasia do lobo inferior direito (LID), pelo que realizou TC de tórax que evidenciava “consolidação pulmonar com broncograma aéreo no LID; bronquiolite aguda por disseminação endobrônquica de processo inflamatório no LID e lobo inferior esquerdo. A pneumonia é de causa obstrutiva, por corpo estranho endobrônquico com 13 mm compatível com dente, impactado na emergência do brônquio lobar inferior à direita. Elevação da hemicúpula diafragmática à direita, associada a atelectasia pós obstrutiva”. Realizada broncofibroscopia para remoção de corpo estranho, tendo-se confirmado ser um dente. Após a sua remoção, a doente ficou sem tosse ou qualquer outro sintoma respiratório e as trocas gasosas normalizaram. Um mês após, foi reavaliada em consulta, mantendo-se assintomática e avaliação funcional espirométrica sem alterações.

Discussão: Os sintomas crónicos devem ser investigados exaustivamente, principalmente se as queixas não melhorarem com medicação padrão. Um pequeno número de corpos estranhos são inciden-

talmente encontrados em inspeções broncoscópicas. Os mais comumente referidos são comida, unhas e peças de brinquedos.

Palavras chave: Insuficiência respiratória. Pneumonia. Tosse crónica.

P105. O FUMADOR INTERNADO: IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, J. Cruz, M. Macedo, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A hospitalização deve ser considerada uma oportunidade para intervenções de cessação tabágica. Os fumadores, com doença aguda a motivar o internamento, podem exigir um esforço superior na intervenção dirigida à cessação tabágica. No entanto, a maioria dos fumadores internados não recebem tratamento adequado para a dependência tabágica. Descrevendo um caso clínico, aborda-se a intervenção dirigida a um fumador internado, com abstinência documentada às 24 semanas após a alta.

Caso clínico: Senhor de 46 anos, fumador de 30 UMA, sem patologias conhecidas, internado por pneumotórax espontâneo primário. Sem tentativas prévias de cessação, fumava o primeiro cigarro 20 minutos após acordar, uma média de 20 cigarros por dia, com pontuação de 7 no teste Fagerström de dependência de nicotina. Motivado para cessação, solicitou-se intervenção dirigida no internamento. Forneceram-se mensagens personalizadas de cessação e folhetos com conselhos sobre mudança comportamental, abandono do consumo e outros recursos disponíveis. Discutiram-se os benefícios e efeitos laterais da vareniclina e iniciou-se tratamento. Com monitorização e aconselhamento diários, referência apenas a náusea ligeira como efeito lateral. Teve alta ao 10º dia de internamento. Em ambulatório, observado em consulta às 4, 12 e 24 semanas após cessação, com uma pontuação média de motivação de 8 (em escala de 0 a 10), cumprindo medicação e mantendo-se abstinente, sem efeitos laterais.

Discussão: A identificação de fumadores internados é essencial, assim como intervenções breves e especializadas dirigidas de cessação tabágica, com seguimento adequado em ambulatório. Em relação ao tratamento farmacológico de apoio à cessação tabágica, devido à doença aguda que motivou o internamento, é possível que estes doentes tenham uma tolerância inferior aos efeitos laterais da medicação e, como tal, sejam menos capazes de iniciar tratamento. Apesar de em contexto de internamento se recorrer mais frequentemente à terapia de substituição de nicotina, o uso de vareniclina é também uma opção, em casos selecionados. Este foi um caso de sucesso de cessação tabágica durante o internamento, através de intervenção dirigida e tratamento farmacológico com vareniclina, com abstinência documentada às 24 semanas.

Palavras chave: Hospitalização. Fumador. Cessação. Vareniclina. Intervenção.

P106. UMA SINGULARIDADE NUM CANCRO DO PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS EM ESTÁDIO IV

P. Mota¹, F. Cunha²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 65 anos não-fumador com história de carcinoma epidermóide de seio maxilar direito (biópsia, julho 2012) tratado com quimioradioterapia até outubro 2012, sem evidência de recorrência até ao presente momento. Em junho 2013, foi enviado para ao Serviço de Pneumologia por persistência de dor torácica e uma massa volumosa do pulmão esquerdo detectada em radiografia do tórax. A tomografia compu-

tadorizada (TC) do tórax revelou uma massa de 5 cm de diâmetro no lobo inferior esquerdo, destruindo os arcos posteriores das 5ª, 6ª e 7ª costelas. Abiópsia *Tru-cut* guiada por TC revelou um carcinoma epidermóide. A tomografia de emissão de positrões com flúor-18 fluorodesoxiglicose (F18-FDG PET)-TC Identificou elevada captação de F18-FDG na referida massa com SUVmax 13,25, invasão da parede torácica e concomitantemente na glândula supra-renal direita SUVmax 11,67, sugerindo uma segunda neoplasia primitiva, do pulmão, em estágio IV. Em 15 de agosto de 2013, o doente desenvolveu choque séptico devido a necrose tumoral e pneumonia, iniciando terapêutica com ciprofloxacina e piperacilina/tazobactam. Perante *performance status* (PS) E.C.O.G. 3 e quadro séptico, foi decidido tratamento paliativo e melhor cuidado de suporte. Contudo, o quadro clínico do doente melhorou gradualmente com a antibioterapia e teve alta após 12 dias depois, com antibioterapia oral. Uma semana depois, o doente desenvolveu icterícia e agravamento da dor torácica dorsal mas a ecografia abdominal revelou um fígado normal e vias biliares não dilatadas, o que apontava para a toxicidade farmacológica. A antibioterapia e os anti-inflamatórios não esteróides foram interrompidos, verificando-se desaparecimento progressivo da icterícia. A intensidade da dor implicou o aumento transitório do fentanil transdérmico até ao seu completo controlo. Duas semanas mais tarde o doente apresentava dor totalmente controlada pelo que a analgesia foi sendo reduzida e o doente abandonou progressivamente tratamento analgésico. Devido à melhora clínica significativa, o doente só voltou para *follow-up* em 18 de março de 2014, quando uma radiografia de tórax mostrou inesperadamente um desaparecimento completo da massa tumoral do pulmão esquerdo. Em 26 de março de 2014 uma TC do tórax confirmou o desaparecimento quase total da massa tumoral, com um espessamento local sub-pleural residual e ligeira irregularidade da parede costal posterior, mantendo erosão da 5ª a 7ª costela esquerdas. Também se verificou o completo desaparecimento da massa supra-renal esquerda. Nova F18-FDG PET-TC em abril de 2014 revelou ausência de captação significativa do F18-FDG e no último acompanhamento trimestral, de maio de 2014, o doente encontrava-se clinicamente bem, sem dor e nem necessidade de terapêutica analgésica.

Discussão: Apesar de não existir qualquer razão aparente para este fenómeno clínico tão raro quanto inesperado, sem tratamento oncológico específico, a grave infecção pulmonar, acompanhada de febre elevada e imunoestimulação inespecífica, parece ter sido o único mecanismo plausível para explicar a regressão espontânea do tumor. Outras explicações possíveis são discutidas.

Palavras chave: Cancro. Pulmão. Singularidade. Regressão. Sepsis.

P107. UM CASO RARO DE REGRESSÃO ESPONTÂNEA DE CARCINOMA NÃO PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

P.I. Pedro, D. Canário, J.R. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: Sabe-se que a taxa de crescimento de diferentes tipos de tumores é variável, tal como a taxa de crescimento de um tipo específico de tumor é variável em cada doente. A regressão espontânea de um tumor é definida como a resolução completa ou parcial da doença neoplásica na ausência de terapêutica dirigida ou na presença de terapêutica que é considerada inadequada para exercer uma influência significativa na doença. É um fenómeno raro, com uma incidência estimada em < 0,001%. Os tumores malignos de pulmão localmente avançados, se não tratados, tipicamente progredem, embora a velocidade de progressão possa variar. Apresentam das mais baixas taxas de sobrevida em comparação com outros tumores, com uma estimativa de sobrevida aos 5 anos de apenas 14%. A sobrevida aos 5 anos para os carcinomas não pequenas células do pulmão no estadio I é reportada em 42%, diminuindo para menos de 5% no estadio IV.

Caso clínico: Apresentamos um caso clínico de um doente do género masculino, com 84 anos de idade, com diagnóstico histológico por biópsia brônquica em 2008 de adenocarcinoma do pulmão pouco diferenciado em estágio T3 N2 Mx com metastização ganglionar hilar e infracarinal. Pelas várias comorbilidades apresentadas pelo doente (hematológicas, cardiovasculares, gastrointestinais e renales), concluiu-se que não beneficiaria de terapêutica com cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, tendo-se optado por terapêutica biológica com erlotinib. Enquanto se aguardava autorização para o início desta terapêutica, a massa tumoral e o conglomerado adenopático regrediram espontaneamente, sem terapêutica médica ativa ou cirúrgica dirigidas. Foi solicitada revisão das lâminas pela Anatomia Patológica que reconfirmou o diagnóstico histológico. O doente manteve-se em vigilância em consulta de Pneumologia Oncológica durante 61 meses sem documentação de recidiva da lesão pulmonar ou de aparecimento de novas lesões. Atualmente encontra-se sem queixas do foro respiratório.

Palavras chave: Tumor maligno. Adenocarcinoma do pulmão. Regressão espontânea.

P108. TUMOR CONDOMIXOID ECTOMESENQUIMAL DA TRAQUEIA, RELATO DE UM CASO ÚNICO

M. Aguiar, A. Bugalho, S. Clemente, H. Oliveira, S. Furtado

Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Introdução: Tumor condromixoid ectomesenquimal (TCE) é um tumor raro mas benigno de histiogénese incerta. Do nosso conhecimento haverá apenas 45 casos reportados na literatura inglesa. Apresentamos um caso de uma doente com um TCE na traqueia. Não encontramos nenhuma descrição, na literatura, deste tipo de tumor fora da cavidade oral.

Caso clínico: Trata-se de uma doente de 37 anos, ex-fumadora de 7 UMA até aos 30 anos que foi referenciada à consulta por uma história de dispneia de esforço de agravamento progressivo com cerca de 3 anos de evolução. A doente negava febre, perda ponderal ou outros sintomas consumptivos. À observação a doente encontrava-se emagrecida, apresentava um discreto estridor associado a um sibilo expiratório. O murmúrio vesicular encontrava-se muito diminuído. As provas de função respiratória revelaram uma obstrução brônquica grave com hiperinsuflação (FVC-3,48 ml, FEV1-0,71 ml, FEV/FVC-20,4%, FEF25/75-0,31L/seg, FEF 50-0,37L/seg). A doente realizou uma TC torácica e do pescoço que revelou a imagem de uma massa endotracheal nodular, polilobulada na porção distal da traqueia causando obstrução de 80 a 90% da mesma. A doente foi submetida a uma broncoscopia rígida com excisão total da massa. O estudo histopatológico revelou tratar-se de uma lesão mesenquimatosa multilobulada localizada em fragmentos de submucosa respiratória com áreas de metaplasia escamosa, por vezes aprisionando ácinos e ductos das glândulas respiratórias. A lesão é composta por células fusiformes com núcleo uniformes e pequenos, sem células atípicas. O estudo imuno-histoquímico foi positivo para CD 34 e proteína S-100. As características morfológicas associadas ao perfil imunohistoquímico foram consistente com TCE. Após remoção da massa a doente ficou totalmente assintomática do ponto de vista respiratório e ganhou peso ficando agora com um índice de massa corporal dentro dos valores da normalidade. Na broncofibroscopia realizada 1 ano após excisão é normal e não evidência quaisquer sinais de recorrência.

Discussão: O TCE é um tumor raro mas benigno que surge da cavidade oral, com maior frequência na língua. Ao nível microscópico ele é reconhecido como uma proliferação de células uniformes, redondas a fusiformes, embebidas numa matriz condromixóide. Habitualmente são bem circunscritas mas sem cápsula. O perfil imunohistoquímico é caracterizado por ser positivo para proteína glial fibrilar ácida (GFAP) e frequentemente positivo para a proteína

na S-100 e para citoqueratinas. Do nosso conhecimento esta é a primeira descrição deste tipo de tumor na traqueia.

Palavras chave: Tumor condromixoidectomesenquimal. Traqueia.

P109. SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR SECUNDÁRIO A LINFOMA FOLICULAR: A PRESENTAÇÃO ATÍPICA

C. Simão, C. Sousa, M. Neves, H. Liberato, S. Oliveira, J. Alves

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: O linfoma folicular (LF) é o segundo linfoma mais comum a nível mundial. Afecta igualmente homens e mulheres tendo geralmente comportamento indolente. Os Linfomas não-Hodgkin podem apresentar-se como síndrome da veia cava superior (SVCS), mais frequentemente o linfoma difuso de grandes células B. Os autores reportam um caso clínico de LF do mediastino anterior com SVCS como forma de apresentação.

Caso clínico: Mulher, 77 anos de idade, ex-fumadora (75 UMAs) com síndrome mielodisplásica e obesidade. Admitida na enfermaria de Medicina Interna por edema da face e pescoço associado a cansaço fácil com cerca de 1 mês de evolução. Na véspera do internamento, iniciou quadro de edema do membro superior esquerdo (MSE) e mama ipsilateral. Sem outra sintomatologia associada como febre, dispneia, tosse, hemoptises, toracalgia, disfagia, dispnoia e/ou perda ponderal. Ao exame objectivo salientava-se plethora facial, edema da face, MSE e mama, ingurgitamento jugular esquerdo. Sem linfadenopatias. Ficou internada por SVCS, iniciando-se a marcha diagnóstica. A telerradiografia do tórax demonstrou alargamento do mediastino superior que correspondia na tomografia computadorizada (TC) -Tórax a extensa lesão expansiva no mediastino anterior, condicionando obliteração da veia cava superior e trombose do tronco venoso braquiocéfálico esquerdo. Coexistia uma segunda lesão central/para-hilar direita. A TC abdominal demonstrou hepatomegalia ligeira e adenopatias retrocurais. Impunha-se nesta fase o diagnóstico diferencial entre os "4Ts" das massas do mediastino anterior, sendo mais prováveis o 'terrível' linfoma e o tumor do pulmão, e menos o timoma(tendo em conta os exames de imagem) e o teratoma (pela idade da doente). A broncofibroscopia revelou sinais directos de tumor na parede brônquica e sinais indirectos a nível da traqueia e carina. Biopsia brônquica revelou epitélio sem atipias, e com extenso infiltrado (CD 45+, CD 56-) no estroma, não sendo possível retirar conclusões definitivas numa primeira análise. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, tendo-se procedido à revisão de imagens de TC e lâminas de histologia. A análise imunohistoquímica posterior provou o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin de células B - linfoma folicular. A doente iniciou quimioterapia com R-CHOP (rituximab-ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona). Evoluiu com pancitopenia acabando por falecer após choque séptico por neutropénia grave.

Discussão: O LF manifesta-se habitualmente com adenopatias periféricas, mediastínicas e retroperitoneais, sendo raras as volumosas massas mediastínicas. Este caso representa uma manifestação atípica de LF com SVCS. Constitui um desafio diagnóstico onde a abordagem multidisciplinar foi de fulcral importância.

Palavras chave: Síndrome da veia cava superior. Linfoma folicular. Abordagem multidisciplinar.

P110. NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO!

J.C. Duarte, J. Cravo, J. Cemlyn-Jones

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: O nódulo pulmonar solitário é uma entidade imagiológica frequente, apresentando múltiplas etiologias, e como tal é um desafio diagnóstico na prática clínica. A sua abordagem implica uma detalhada anamnese e um adequado estudo complementar. Pode-se dividir em dois grandes grupos, malignos ou benignos. Dentro dos benignos inclui-se o hamartoma pulmonar, um tumor mesenquimatoso cujo potencial maligno é discutível e que ocorre em cerca de 0,3% da população geral. Este tumor é constituído por tecido cartilágneo, epitélio respiratório, coexistindo com outros componentes como o tecido adiposo ou áreas de calcificação em proporções variáveis e com um crescimento celular desorganizado. Pode-se classificar em endobrônquico ou intraparenquimatoso e pode apresentar-se em doentes assintomáticos ou condicionar sintomatologia obstrutiva, consoante a sua localização e as suas dimensões. O hamartoma pulmonar tende a ter um crescimento lento mas contínuo e a sua malignização é um fenómeno atípico. O seu tratamento depende da existência ou não de sintomas ou complicações associadas, nomeadamente, hemorragias ou infecções respiratórias.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino de 79 anos de idade, grande fumador (carga tabágica de 70 unidades maço-ano), com antecedentes de tuberculose pulmonar aos 40 anos de idade, enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial e fibrilhação auricular internado no Serviço de Neurologia por um acidente vascular cerebral isquémico com boa evolução. No estudo complementar realizado, a radiografia torácica revelou uma lesão nodular "de novo" de 1,5 cm de maior eixo no lobo inferior direito (LID). Foi realizada tomografia computadorizada torácica que revelou a presença de enfimase centrilobular nos lobos superiores e de um nódulo no LID bem definido com cerca de 12 mm e de contornos lobulados. Com o intuito de melhor caracterizar este nódulo pulmonar, foi efectuada uma tomografia de emissão de positrões na qual se identificou uma formação nodular no segmento pósterobasal do LID, com 14,2 × 13,8 mm de eixos axiais, sem comportamento metabólico suspeito. Contudo, dado os antecedentes pessoais, carga tabágica e o aparecimento desta formação nodular de "novo" o doente foi sujeito a uma biópsia pulmonar transtorácica, cuja análise anatomopatológica foi compatível com um hamartoma pulmonar. O estudo funcional respiratório contra-indicaria o tratamento cirúrgico. Actualmente mantém-se assintomático, sendo seguido em consulta de Pneumologia.

Discussão: O hamartoma pulmonar é uma malformação focal, cuja etiologia ainda permanece pouco esclarecida. A maioria são achados imagiológicos incidentais sendo geralmente necessário recorrer a procedimentos invasivos para o seu diagnóstico histológico. A suspeita radiológica de nódulo pulmonar solitário, exige a colocação de várias hipóteses de diagnóstico, entre as quais se inclui o hamartoma pulmonar.

Palavras chave: Nódulo pulmonar. Hamartoma pulmonar.

P111. METASTIZAÇÃO PLEUROPULMONAR DE CARCINOMA BASOCELULAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Cruz, P. Santos, F. Gamboa

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-HUC (Director Serviço: Dr. Mário Loureiro).

Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia cutânea frequente com envolvimento sistémico extremamente raro, sendo baixo o potencial de metastização à distância (0,05 a 0,1%). Este risco é tanto maior quanto maior o número de recidivas e o tempo de evolução da neoplasia e está também aumentado em lesões grandes (com mais de 10 cm²), que invadem estruturas profundas adjacentes (cartilagem, osso ou músculo) ou que apresentam como característica histológica a invasão perineural. Os locais preferenciais de metastização à distância são os gânglios linfáticos regionais, pulmão, osso, pele e fígado.

Caso clínico: Mulher de 66 anos de idade, agricultora, não fumadora, sem medicação crônica, admitida no serviço de urgência em janeiro de 2014 por dispneia, tosse predominantemente seca, toracalgia posterior direita e anorexia com duas semanas de evolução. Apresentava bom estado geral, encontrando-se eupneica, subfebril (37,7 °C) e com saturação periférica de O₂ em ar ambiente de 94%. A auscultação cardíaca era rítmica e à auscultação pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. A radiografia torácica evidenciava hipotransparência heterogênea do campo pulmonar esquerdo e oclusão do seio costofrênico direito pelo que ficou internada para estudo. Dos seus antecedentes há a referir CBCs recidivantes desde 2003 tendo realizado radioterapia adjuvante em 2006. O estudo analítico mostrou PCR de 3,84 mg/dL e LDH 256 U/L, sem outras alterações relevantes. A tomografia computadorizada torácica evidenciou área hipodensa ovalada de limites mal definidos com 4,2 x 3,5 cm no lobo superior esquerdo (LSE), associada a colapso total deste lobo e derrame pleural coletado nesta localização, sendo ainda visível derrame pleural direito livre. O estudo deste derrame pleural, que aumentou no decorrer do internamento, evidenciou parâmetros bioquímicos de exsudato e presença de células neoplásicas compatíveis com carcinoma, tendo o estudo anatomopatológico das biópsias pleurais cegas sido inconclusivo. A PET-CT evidenciou duas formações vagamente nodulares, uma no LSE e outra na pequena cisura, de elevado grau metabólico sugestivas de lesões tumorais, e alterações imagiológicas e metabólicas compatíveis com metastização ganglionar mediastínica e óssea múltipla. A broncofibroscopia, entretanto realizada, mostrou obstrução dos brônquios segmentares ápico-posterior e lingular, à esquerda, com aparente integridade da mucosatendo sido efectuadas biópsias cujo estudo histológico mostrou características de tumor basalóide sendo o estudo imunohistoquímico sugestivo de metástase de CBC. Por recidiva do derrame, foi realizada pleurodese com talco. Estabelecido o diagnóstico de CBC com metastização ganglionar, pulmonar, pleural e óssea a doente foi inserida no estudo STEVIE, um estudo multicêntrico de fase II que avalia a eficácia de vismodegib em doentes com CBC avançado ou metastático.

Discussão: No presente caso, os carcinomas basocelulares de que a doente foi portadora apresentavam características que mais frequentemente estão associadas à ocorrência de metastização à distância (CBC recidivantes, longo tempo de evolução, envolvimento perineural). Apesar da suspeita inicial de neoplasia primitiva do pulmão veio a confirmar-se neoplasia cutânea estadio IV. Nestas situações, estando ultrapassada a terapêutica padronizada, os ensaios clínicos são uma alternativa para os doentes.

Palavras chave: Carcinoma basocelular. Metástases. Ensaios clínicos.

P112. O QUE É RARO TAMBÉM ACONTECE

F. Teixeira Lopes, B. Von Amann, A. Dias, A. Cysneiros, J. Semedo, J. Pontes da Mata, F. Froes, C. Bárbara

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O hamartoma constitui a neoplasia benigna pulmonar mais comum, representando cerca de 75% destes casos. É habitualmente composto por tecido adiposo, tecido epitelial, tecido fibroso e cartilagem. É um diagnóstico diferencial frequente da neoplasia maligna do pulmão. Habitualmente consiste numa lesão periférica e nodular mas em casos mais raros pode constituir um tumor endobrônquico podendo causar hemoptises, atelectasias ou pneumonias obstrutivas.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 53 anos, administrativo, fumador (30 UMA). Antecedentes pessoais de síndrome da apneia obstrutiva do sono, dislipidemia, obesidade, hepatopatia alcoólica com esteatose e insuficiência venosa dos membros inferiores. Me-

dicado habitualmente com sinvastatina e CPAP nocturno. Refere quadro com cerca de dez dias de evolução de tosse com expectoração purulenta, associada a febre não quantificada, tonturas e toracalgia pleurítica. Foi medicado inicialmente em ambulatório com amoxicilina/ácido clavulânico, mas por agravamento da dispneia recorreu ao Serviço de Urgência. O exame objectivo não tinha alterações significativas. Dos exames complementares realizados destaca-se leucocitose (12.980) com neutrofilia (74,5%), PCR 16,2 mg/dL e LDH 637. Radiografia do tórax com opacidade central, de contornos irregulares, no vértice do campo pulmonar esquerdo. O exame directo para pesquisa de micobactérias na expectoração foi negativo. A gasometria com FiO₂ 21% revelou insuficiência respiratória parcial (pH 7,44, pCO₂ 35,5, pO₂ 53,7, HCO₃ 25,1). O doente foi internado admitindo-se pneumonia adquirida na comunidade e insuficiência respiratória parcial. A TC torácica apresentava pneumonia obstrutiva com atelectasia associada, causada por lesão obliterativa localizada na emergência do brônquio ápico-posterior lobar superior esquerdo. Cumpru antibioterapia com levofloxacina com melhoria clínica e analítica (7.880 leucócitos, 73,5% neutrófilos, PCR 13,4 mg/dL). A broncofibroscopia demonstrou oclusão total do brônquio ápico-posterior por massa pediculada que foi biopsada. Os exames bacteriológicos, micológico e citológicos do lavado bronco-alveolar foram negativos. O resultado da anatomia patológica foi de um eventual hamartoma condromatoso endobrônquico, sem neoplasia maligna. Através de terapêutica endoscópica com argon plasma foi obtida total reperfusão do brônquio.

Discussão: Trata-se de uma forma pouco habitual de apresentação de um hamartoma. Deve ser sempre equacionado como diagnóstico diferencial mesmo quando nos encontramos perante um doente fumador com um tumor endobrônquico, apresentando um prognóstico mais favorável do que a neoplasia maligna.

Palavras chave: Hamartoma endobrônquico. Pneumonia obstrutiva.

P113. UMA APRESENTAÇÃO RARA DE NEOPLASIA DO PULMÃO

P.I. Pedro, D. Canário, T. Judas, A.C. Matos, J.R. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: Os tumores pulmonares são os que mais frequentemente estão associados a síndromes paraneoplásicas. Estes podem ser classificados como endócrinos, hematológicos, neurológicos, entre outros. As síndromes endócrinas paraneoplásicas são caracterizadas pela produção ectópica de hormonas peptídicas biologicamente ativas pelas células tumorais, que se ligam a receptores, dando origem a uma síndrome clínica. A secreção ectópica de adrenocorticotropina (ACTH) por um tumor não pituitário é uma causa rara da síndrome de Cushing ACTH-dependente, correspondendo a cerca de 10-15% dos casos. Embora os tumores do pulmão, especialmente o carcinoma de pequenas células (em 80-90% dos casos), sejam a causa mais frequente de secreção ectópica de ACTH correspondendo a 50% dos casos, apenas < 3% dos doentes com este tipo de tumor apresenta Síndrome de Cushing à data do diagnóstico.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um doente do género masculino, com 43 anos de idade, fumador, sem outros antecedentes relevantes, que se apresentou no Serviço de Urgência com fenótipo cushingóide, queixas de toracalgia com 2 semanas de evolução, associado a hipertensão de difícil controlo, alcalose metabólica e hipocalcémia grave refractária à terapêutica de reposição. Realizaram-se exames complementares de diagnóstico, tendo-se detetado um aumento dos valores de cortisol urinário e sérico, e de ACTH. Imagiologicamente, observava-se uma massa pulmonar hilar esquerda irregular com infiltração brônquica, cuja biópsia por broncofibroscopia mostrou tratar-se de carcinoma de

pequenas células de pulmão. O estadiamento da doença revelou metastização ganglionar, pulmonar, supra-renal, hepática e óssea. Foi iniciada terapêutica com antihipertensores, reposição de potássio e metirapona, cumpriu quimioterapia com carboplatino, etopósido e ácido zolendronico, tendo realizado ainda radioterapia crânioencefálica profilática. Observou-se uma boa resposta com remissão parcial da doença, e maior controlo da hipertensão e alterações eletrolíticas. Atualmente, o doente mantém seguimento em Consulta de Pneumologia Oncológica, com queixas de dispnéia de esforço, mantém fenótipo cushingóide, mas com pressão arterial e caliémia controladas e melhoria dos valores de ACTH e do cortisol. Apesar de manter excelente estado geral e um Performance Status de 1 encontra-se em progressão de doença neoplásica, com aumento de dimensão do tumor primário, dimensões e número de metástases secundárias, principalmente adenopáticas e hepáticas, pelo que iniciou novamente quimioterapia.

Palavras chave: Carcinoma de pequenas células. Síndrome de Cushing. Produção ectópica de ACTH.

P114. SARCOMA PLEOMÓRFICO PULMONAR PRIMÁRIO - DESCRIÇÃO DE UM CASO

S. Lucas, H. Ramos, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro.

Introdução: A neoplasia do pulmão constitui a neoplasia mais frequente e com maior taxa de mortalidade em todo o mundo englobando uma grande diversidade de subtipos histológicos. Os sarcomas pulmonares primários, ao contrário dos carcinomas, são neoplasias raras. Constituem cerca de 0,013-0,04% de todas as neoplasias pulmonares e cerca de 9% de todos os sarcomas. O sarcoma pleomórfico ocorre predominantemente em indivíduos do sexo masculino, com cerca de 60 anos de idade e que apresentam hábitos tabágicos pesados. Normalmente possuem um comportamento agressivo com grande percentagem de recorrência local. O tratamento de escolha consiste na remoção cirúrgica.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso de um indivíduo do sexo masculino, de 64 anos de idade, raça caucasiana, com hábitos tabágicos de 50 unidades maço/ano, sem antecedentes pessoais de relevo com um quadro clínico de tosse com expectoração hemoptoica, associada a toracalgia direita, anorexia e perda ponderal não quantificada. O doente realizou uma tomografia computadorizada do tórax que evidenciou a presença de uma massa no segmento posterior do lobo superior direito de grandes dimensões (9 x 6,6 cm) com contacto com a pleura parietal, invasão e destruição óssea de um arco costal com consequente fratura patológica. Posteriormente, o doente efectuou broncofibroscopia, punção aspirativa transbrônquica, biópsia aspirativa transbrônquica e biópsia aspirativa trans-torácica, sendo que a última evidenciou sarcoma pleomórfico do pulmão. Foi também efectuado uma PET-TC que foi a favor estarmos perante uma lesão com origem pulmonar primária, sendo que foi também demonstrado uma alteração a nível da glândula supra-renal esquerda compatível com depósito secundário (estadio IV-T3N1M1). Por não ter indicação cirúrgica, o doente iniciou terapêutica com quimioterapia com carboplatino e paclitaxel, que ainda cumpre atualmente.

Palavras chave: Sarcoma pleomórfico pulmonar. Neoplasia pulmonar.

P115. HEMOPERITONEU E HEMOTÓRAX COM CHOQUE HEMORRÁGICO - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA NEOPLASIA RARA

C. Torres¹, T. Abreu², A.S. Oliveira², F.P. Santos², J. Semedo², L. Amaral³, F. Félix³, F. Froes²

¹Serviço de Cirurgia Torácica; ²Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente-CHLN, Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (UCIMC). ³Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Divino Espírito Santo (HDES).

Introdução: O carcinoma da linha média NUT (CLMN) é uma neoplasia rara, com incidência mundial anual estimada entre 15 a 20 casos. Tem origem genética num rearranjo do gene NUT e pode afectar diferentes órgãos, manifestando-se habitualmente na cabeça/pescoço, mediastino ou epitélio aerodigestivo. Histologicamente, apresenta-se como um carcinoma indiferenciado altamente agressivo. É uma neoplasia da criança e do jovem adulto, sem tratamento dirigido e com uma evolução invariavelmente fatal.

Objectivo: Descrever o curso clínico de uma doente com CLMN, com apresentação e evolução devastadoras.

Resultados: Doente de 15 anos, sexo feminino, natural e residente na ilha de São Miguel (Açores), estudante, não-fumadora, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao SU do HDES (Ponta Delgada) por dor no hipocôndrio esquerdo com alguns dias de evolução, progredindo para febre, agravamento da dor, com extensão ao hemitórax esquerdo e tosse não produtiva, pelo que foi internada para investigação etiológica. No decurso do internamento apresentou expectoração hemoptoica e rápida evolução para choque hemorrágico. A TC toraco-abdomino-pélvica revelou hemotórax, hemoperitонеu e massa torácica paramediastínica de 9,5 cm de maior diâmetro, com envolvimento do brônquio principal esquerdo, artéria pulmonar e lobo inferior do mesmo lado. O hemotórax foi confirmado por toracocentese. A doente foi transferida via aérea para a UCIMC, para abordagem conjunta da Cirurgia Torácica e Cirurgia Geral. Procedeu-se a laparotomia exploradora, com volumoso hemoperitонеu, sem evidência de hemorragia activa, seguida de toracotomia, na qual se constatou volumosa massa de limites imprecisos, com envolvimento cisural e hepatização do lobo inferior esquerdo, com componente hemorrágico, mas sem derrame pleural hemático. Durante a intervenção realizou ainda broncofibroscopia que demonstrou lesão infiltrativa do BPE e abundantes secreções purulentas. O exame extemporâneo das biópsias brônquicas revelou “neoplasia maligna pouco diferenciada”. O pós-operatório foi realizado na UCIMC. Não houve novas perdas hemáticas. O exame histológico definitivo demonstrou “neoplasia com células de padrão epitelióide, CK8/18 +, CK 7 + focal e EMA +.” O material foi enviado para o exterior para estudo genético para o Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa. Ao 11º dia pós-operatório repetiu TC torácica que demonstrou aumento da massa tumoral, que ocupava nesta altura todo o hemitórax esquerdo e atingia acarina, levando a atelectasia do lobo superior esquerdo. Dada a estabilidade clínica, rápida evolução e inoperabilidade da lesão, a doente foi transferida para o Serviço de Pediatria do IPO de Lisboa, onde se confirmou o diagnóstico de CLMN. Foi submetida a quimioterapia, sem resposta, acabando por falecer 2 meses após o início das queixas, por progressão da doença.

Conclusões: A raridade desta neoplasia e a faixa etária que atinge; o evento índice e a alta agressividade são aspectos marcantes deste caso clínico.

Palavras chave: Carcinoma da linha média. Choque hemorrágico.

P116. LINFOMA MALT PRIMÁRIO DO PULMÃO

C. Couto, V. Martins, C. Rodrigues, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O linfoma pulmonar primário é uma doença rara (representando cerca de 0,5% a 1% dos tumores malignos do pulmão) sendo mais frequente o envolvimento pulmonar secundário por linfomas nodais ou extratorácicos. O linfoma MALT do pulmão (linfo-

ma extranodal de células B da zona marginal de origem MALT - *mucosal associated lymphoid tissue*) é um dos tipos histológicos raros que pode desenvolver-se primariamente no pulmão. Ocorre com maior incidência na 6^a-7^a década de vida, e cerca de 50% dos doentes são assintomáticos à data do diagnóstico. As apresentações radiológicas reportadas são variáveis.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 74 anos, não-fumadora, com antecedentes de tuberculose pulmonar em jovem. Assintomática, nomeadamente sem queixas respiratórias, mas que por suspeita de massa abdominal ao exame objectivo, realiza TAC abdominal e posteriormente TC- torácica identificando-se: opacidade pulmonar grosseiramente arredondada (4 x 3,4 cm) a nível do lobo inferior direito (LID) suspeita para lesão atípica mas não sendo possível excluir atelectasia redonda; alterações cicatriciais discretas no mesmo lobo; pequenas adenopatias mediastínicas calcificadas; múltiplos focos milimétricos calcificados residuais hepato-esplênicos em provável contexto de doença granulomatosa; adenopatias calcificadas junto ao hilo hepático e veia porta. Para estudo etiológico realizou broncofibroscopia, identificando-se mucosa brônquica difusamente hiperemiada, sem outras alterações endoscópicas, e procedeu-se à colheita de secreções brônquicas, escovado brônquico e biópsias pulmonares transbrônquicas cujos resultados foram inconclusivos. Biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC- torácica não diagnóstica. Submetida a tomografia com emissão de positrões (PET) registando-se: captação anormal de FDG-F18 na lesão do LID (SUV 4,7) suspeita de envolvimento neoplásico do LID; captação difusa a nível do baço (SUV 3,9) e fígado (SUV 4) sugestivo de doença difusa de natureza inflamatória. Pela suspeita de doença neoplásica foi proposta para ressecção pulmonar cirúrgica atípica com exame extemporâneo, tendo sido realizada segmentectomia apical do LID, identificando-se no exame anatomopatológico nódulo com 3,5 cm de maior diâmetro, correspondendo a proliferação de linfócitos pequenos, focalmente com diferenciação linfoplasmocitária, com numerosas lesões linfo-epiteliais. O aspecto histológico e o estudo imunohistoquímico foram compatíveis com Linfoma de células B da zona marginal do tecido linfóide associado a mucosa (MALT). Referenciada à consulta de Hematologia, actualmente em seguimento no Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela baixa incidência desta entidade e apresentação radiológica muito variável. Salientam ainda a dificuldade diagnóstica em muitos dos casos reportados, sendo necessária uma abordagem cirúrgica para a obtenção do diagnóstico final. A PET, apesar de pouco reportada nestas situações e da natureza indolente deste tipo de linfoma, poderá ter um papel na marcha diagnóstica.

Palavras chave: Linfoma. Broncofibroscopia. Tomografia emissora de positrões.

P117. CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DO PULMÃO - A REALIDADE DAS RARIDADES, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Guimarães, S. André, J.M. Correia, C. Matos, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: O carcinoma mucoepidermóide do pulmão (CMP) é um tumor com baixo potencial de malignidade; acredita-se que é indolente, mas pouco se sabe sobre as suas características dada a sua baixa incidência (0,2% de todos os tumores pulmonares).

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher, 67 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de epilepsia, hipertensão arterial e síndrome depressiva, que recorre ao SU por dispneia, tosse irritativa, toracalgia anterior direita e anorexia não seletiva, com 6 meses de evolução. Analiticamente destacava-se: anemia normocítica normocrômica, D dímero de 10,4 µg/mL, LDH 245 U/L, PCR 1,43 mg/dL. Gasimetria arterial com hipoxemia e hipocapnia.

A radiografia de tórax mostrava uma massa para-hilar direita e derrame pleural bilateral de pequenas dimensões. A tomografia computadorizada de tórax (TC) mostrou “derrame pleural bilateral; volumoso derrame pericárdico; espessamento peribronquico do BPE do lobo médio e LID e obliteração do brônquio do segmento apical do LID; volumosa massa no LSD, 30 mm, com contacto pleural; alguns micronódulos bilaterais; adenomegalias hilares e mediastínicas; sinais de tromboembolismo pulmonar envolvendo artérias segmentares e subsegmentares do LID”. A doente recusou a realização de broncofibroscopia. O ecocardiograma TT confirmou o derrame pericárdico tendo sido realizada pericardiocentese (citologia do líquido: células neoplásicas, correspondentes a metástases de carcinoma). Foi realizada biópsia transtorácica da massa pulmonar cuja histologia foi compatível com carcinoma mucoepidermóide, de localização primitiva pulmonar. Marcadores tumorais: CEA 66,9 ng/mL, CA 125 1.550 U/mL, CA 19,9 > 10.000 U/mL, Cyfra-21 4,3 ng/mL. Do estadiamento destaca-se: TC cerebral com formações nodulares múltiplas compatíveis com depósitos secundários. A doente manteve tratamento com varfarina, sob OLD a 2 L/min e iniciou dexametasona. Fez PET-TC que confirmou evidência de malignidade da massa torácica e gânglios supraclaviculares, mediastínicos e hilares bilaterais. Pesquisa de mutações do gene EGFR negativa. A doente apresentava um status performance 0/1, tendo Iniciado sessões de radioterapia holocraneana e quimioterapia (QT) com carboplatina + vinorelbina. Completou 3 ciclos de QT; como intercorrências destaca-se anemia, trombocitopenia e vômitos com intolerância aos efeitos secundários da QT, tendo sido decidido fazer uma reavaliação, de que se destaca: marcadores tumorais - CEA 109 ng/mL, CA 125 1.770 U/mL, CA 19,9 > 15.000 U/mL, CA 15,3 45,2 U/mL, NSE 16,8 ng/mL, Cyfra-21 3,6 ng/mL, TC tórax - “reaparecimento de derrame pleural à direita; diminuição ligeira das dimensões da lesão proliferativa primitiva; sem alterações do envolvimento ganglionar”; TC CE - “sem lesões ocupando espaço”; ecocardiograma TT - “pequena lâmina de derrame pericárdico”. Em face da aparente estabilidade da doença e do status performance, foi decidido iniciar quimioterapia de manutenção com vinorelbina oral, que atualmente mantém.

Discussão: Apresenta-se um caso clínico de um CMP de alto grau, a que corresponde maior risco de metastização, recorrência do tumor e morte, com pior prognóstico relativamente aos de baixo grau. Destaca-se neste caso a exuberante metastização (pleural, pericárdica, ganglionar e cerebral), contrastando com o curso da doença relativamente indolente volvidos 10 meses do diagnóstico. A raridade do diagnóstico e a ausência de estudos na literatura mundial condicionam a abordagem sistémica destes doentes, constituindo um desafio para a comunidade científica.

Palavras chave: Carcinoma mucoepidermóide do pulmão. Terapêutica. Sobrevida.

P118. VASCULITE NODULAR - UMA MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA RARA DE UMA NEOPLASIA DO PULMÃO

R. Coelho¹, A.S. Santos¹, D. Maia¹, A. Brasileiro², T. Lopes¹, M. Apetato², J. Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta. ²Serviço de Dermatologia, Hospital Santo António dos Capuchos.

Introdução: A existência de um síndrome paraneoplásico é um achado frequente na neoplasia do pulmão, podendo inclusive ser a primeira manifestação de doença ou da sua recorrência. O eritema induratum ou vasculite nodular é uma paniculite que resulta de uma reacção de hipersensibilidade a antígenos endógenos ou exógenos. A literatura é escassa no que diz respeito às suas causas, sendo descrito principalmente em associação com a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e mais raramente, em relação com fármacos ou com etiologia paraneoplásica.

Caso clínico: Relata-se o caso de uma mulher de 63 anos, caucasiana, não fumadora e com antecedentes pessoais de doença cerebrovascular, hipertensão arterial e síndrome depressiva. Foi observada em Consulta de Dermatologia pelo aparecimento de lesões eritematosas nodulares, de consistência firme e dolorosas à palpação, com localização dispersa em toda a extensão dos membros inferiores. A biópsia cutânea foi compatível com vasculite nodular/eritema induratum. A doente foi referenciada a Consulta de Pneumologia após realização de radiografia de tórax que mostrou uma imagem hipotransparente de contornos arredondados à direita. Não tinha qualquer sintoma respiratório, referindo apenas discreta astenia e perda ponderal mal quantificada. Os exames laboratoriais não mostraram alterações (serologias VIH negativas) e as provas tuberculínicas foram negativas. A TC-torácica confirmou a presença de massa de contornos lobulados, ao nível do lobo médio, com algumas lesões nodulares satélites na mesma localização, duas lesões contralaterais bem definidas a nível da língua e lobo inferior esquerdo e algumas adenopatias com localização látero-traqueal direita e pré-carinal. Foi realizada biópsia aspirativa transtorácica da lesão principal que foi compatível com adenocarcinoma do pulmão (CK7+, TTF1+), estadiado posteriormente em T3N2M1a - estadiado IV. A doente iniciou quimioterapia com posterior estabilização da doença e regressão progressiva das lesões cutâneas.

Discussão: Embora associado com maior frequência à tuberculose latente, a vasculite nodular pode ser a primeira manifestação de outras patologias subjacentes. Ainda que os síndromes paraneoplásicas cutâneas sejam raras e inespecíficas na neoplasia do pulmão, importa realçar a importância de manter um elevado grau de suspeição, dado que podem representar a oportunidade para um diagnóstico e tratamento precoces.

Palavras chave: Síndrome paraneoplásica. Neoplasia do pulmão. Vasculite nodular.

P119. DESAFIO DIAGNÓSTICO DE MASSA PULMONAR

C. Costa, A.F. Matos, J. Carvalho, C. Gaspar, M.I. Claro, F. Mendes, P. Barradas

Serviço de Pneumologia II, Unidade de Oncologia Pneumológica, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente. Serviço de Medicina IC, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria.

Introdução: O melanoma maligno do pulmão (MMP) é uma entidade rara e extremamente agressiva, sendo responsável por 0,01% das neoplasias pulmonares. O primeiro caso documentado remonta a 1888, e em 1967, Jensem propôs os seguintes critérios de diagnóstico amplamente aceites: 1) Nenhum antecedente de melanoma ou excisão de lesão cutânea, ocular ou da membrana mucosa a não ser que o exame histopatológico tenha excluído melanoma; 2) Massa ou nódulo pulmonar único; 3) Histologia típica confirmada por imunohistoquímica; 4) Ausência de outro tumor na altura do diagnóstico; 5) Autópsia sem outra localização de melanoma primário identificável, quando realizada. Pelo facto destes critérios terem sido definidos há vários anos, e de apenas conterem critérios clínicos, alguns autores têm defendido a inclusão de uma tomografia de emissão de positrões associada a tomografia computadorizada (PET-TC) sem captação aumentada em localização metastática ou ganglionar como um critério válido. A maior dificuldade na identificação destes tumores advém da possibilidade de se tratar de um melanoma metastático pulmonar, no qual o tumor cutâneo primário terá regredido espontaneamente.

Caso clínico: Mulher, 79 anos, com 4 meses de evolução de tosse seca, dispneia para pequenos esforços de agravamento progressivo e toracalgia. Antecedente de hipertensão arterial, colocação de pacemaker, refluxo gastroesofágico e lesão cutânea na hemiface

esquerda biopsada há 14 meses, sugestiva de lentigo solar a merecer repetição de biópsia se persistência da lesão, que a doente recusou, no entanto sem aumento de dimensões 6 meses após a biópsia. Medicada com anti-hipertensor e protector gástrico, sem alergias conhecidas. Ao exame objectivo, salienta-se murmúrio vesicular abolido na metade inferior do hemitórax esquerdo, com diminuição das vibrações vocais. Sem alterações analíticas. Radiografia torácica com hipotransparência homogénea de todo o hemitórax esquerdo, desvio do mediastino contralateral. Ficou internada para investigação de derrame pleural. Realizou toracentese com saída de 2.250 ml de líquido alaranjado cuja citoquímica revelou tratar-se de um exsudado ADA 27,7 (valor de referência < 45); Exame bacteriológico, micológico e micobacteriológico negativos. Biópsias pleurais compatíveis com pleurite crónica inespecífica. Fez TC toraco-abdomino-pélvica e revelou massa heterogénea de componente líquida e sólida com 16 x 13 cm no hemitórax esquerdo, condicionando colapso do pulmão homolateral, associada a abundante derrame pleural, abaixamento da hemicúpula diafragmática e desvio do mediastino para o lado contralateral, sem adenopatias valorizáveis. Biópsia transbrônquica demonstrou neoplasia compatível com melanoma maligno. PET com captação aumentada a nível do pulmão esquerdo. TC CE sem alterações. Perante a hipótese de melanoma maligno, sem outra captação significativa PET e mediante o antecedente de lesão cutânea da hemiface esquerda, foi efectuado o pedido de reobservação da lâmina, que demonstra tratar-se de lentigo solar, sem critérios de malignidade.

Discussão: No caso apresentado, após revisão da biópsia cutânea efectuada no ano anterior, foi possível concluir tratar-se de um caso de MMP, segundo os critérios de Jensem.

Palavras chave: Melanoma maligno. Neoplasia pulmonar.

P120. SARCOMA SINOVIOL PRIMÁRIO DO PULMÃO METASTIZADO

J. Pereira Eusébio, C. D'Araújo, M. Grafino, C. Costa Cardoso, J. Semedo, A. Domingos

Unidade Hospitalar do Barro, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: O sarcoma sinovial (SS) é um tumor maligno dos tecidos moles que ocorre principalmente em adultos jovens e mais frequentemente no sexo masculino. A localização primária pulmonar é extremamente rara. O SS primário do pulmão é, geralmente, um tumor sólido, periférico, bem circunscrito e não capsulado, que se pode manifestar por tosse, frequentemente associada a hemoptises, e toracalgia. No entanto, estes tumores podem também apresentar-se como um achado imagiológico na radiografia de tórax. O SS primário do pulmão causa principalmente invasão regional mas metastização para o fígado, osso, cérebro e pulmão ocorre em quase um quarto dos doentes. Dado a sua raridade, o diagnóstico é difícil, sendo sempre fundamental a exclusão de metástase pulmonar de um SS. O diagnóstico é geralmente feito com base nas características histológicas, imunohistoquímicas, e na detecção da translocação específica t(X; 18) (p11;q11), presente em mais de 90% dos casos. De igual modo, o diagnóstico diferencial é vasto e inclui tanto tumores epiteliais (mais comuns), como outros tumores mesenquimatosos (mais raros). O prognóstico é geralmente reservado, com elevada mortalidade (cerca de 50%).

Discussão: Os autores apresentam o caso de um doente de 43 anos de idade, sexo masculino, com queixas de toracalgia direita. A TC torácica revelou uma massa sólida no segmento apical do lobo inferior direito e um aglomerado adenopático na região hilar homolateral, posteriormente confirmados por PET-TC que também detectou uma metástase hepática volumosa. O diagnóstico foi feito através de biópsia da lesão endobrônquica com broncoscopia rígi-

da, por imunohistoquímica e análise FISH que detectou a translocação t(X; 18) - disrupção SYT. Posteriormente foram detectadas outras metástases: óssea (costela) e meníngea. O doente foi submetido unicamente a radioterapia paliativa devido ao estadió avançado da doença, associado a um baixo performance-status. A morte do doente ocorreu oito meses após o início das queixas.

Palavras chave: *Neoplasias dos tecidos moles. Sarcoma sinovial. Neoplasias pulmonares. Broncoscopia. Imunohistoquímica. Hibridação in situ de fluorescência.*

P121. CARCINOMATOSE MENÍNGEA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

L. Nascimento, R. Reis, A. Fernandes, A. Afonso

CHTMAD, Serviço de Pneumologia, Vila Real.

Introdução: A carcinomatose meníngea (CM) é uma entidade incomum, caracterizada por infiltração neoplásica das leptomeninges e espaço subaracnoide, surgindo, raramente, como apresentação de doença neoplásica.

Caso clínico: Mulher, 71 anos, não fumadora e sem antecedentes patológicos relevantes. Inicia quadro de diminuição da acuidade visual, hipoacusia e ataxia, com aproximadamente dois meses de evolução, razão pela qual é internada. Apresentava ao exame objectivo dor e rigidez da nuca, amaurose bilateral, hipoacusia marcada, instabilidade postural e marcha com base alargada. O estudo com tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) crânio-encefálica era inocente. Realizou punção lombar que mostrou líquido cefalorraquidiano com pleocitose monocitária, valor normal de glicose e proteínas e com análise patológica a evidenciar células neoplásicas com marcação para TTF-1. Os marcadores tumorais, estudo imunológico e serologias eram irrelevantes. Realizou TC torácica que mostrou massa do lobo inferior direito, de 3 cm de diâmetro e contorno lobulado. Biópsia transtorácica demonstrou tratar-se de adenocarcinoma do tipo acinar com imunohistoquímica compatível com primário do pulmão. Durante o estudo iniciou corticoterapia sistémica com melhoria da rigidez da nuca e da hipoacusia. Foi programada radioterapia (RT) holocraneana e posteriormente suspensa por agravamento clínico, com instabilidade da vigília, e intercorrências infecciosas. A doente faleceu ao 41º dia de internamento na sequência de pneumonia de aspiração.

Discussão: Sendo uma entidade rara, a carcinomatose meníngea ocorre sobretudo em neoplasias hematológicas, da mama, do pulmão e no melanoma. A clínica varia consoante o grau de envolvimento do sistema nervoso central (SNC) e periférico. O diagnóstico é definido com a identificação de células neoplásicas no LCR, sendo os exames de neuro-imagem complementares no diagnóstico, sobretudo a RM, que revela alterações em 70% dos doentes. O prognóstico associado é pobre, com sobrevida média entre 3-6 meses, sendo objetivos do tratamento a estabilização ou melhoria dos sintomas neurológicos e o aumento da sobrevida. A decisão de iniciar RT ou quimioterapia, sistémica ou intratecal, deve basear-se no estado geral do doente e controlo do tumor primário, sendo que dada a raridade desta entidade não existe recomendação formal de qual a abordagem terapêutica ideal. O caso descrito representa um quadro raro e particular de carcinomatose meníngea, por ser a manifestação inicial de neoplasia do pulmão, pelo envolvimento marcado do nervo ótico e vestibulococlear, e pela ausência de alterações imagiológicas do sistema nervoso, exemplificando a dificuldade na abordagem diagnóstica e terapêutica destas entidades. Em conclusão, a CM é raramente manifestação inicial de neoplasia disseminada e as suas manifestações clínicas são altamente variáveis o que torna a abordagem diagnóstica difícil. Um diagnóstico precoce é essencial já que o prognóstico é mau e as respostas ao tratamento são limitadas.

Palavras chave: *Cancro do pulmão. Carcinomatose meníngea. Diagnóstico clínico. Apresentação clínica.*

P122. ESCLERODERMIA PARANEOPLÁSICA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

L. Nascimento, A. Fernandes, L. Ribeiro, A. Vale, A. Afonso

Serviço de Pneumologia, CHTMAD, Vila Real.

Introdução: Ocasionalmente as doenças reumatológicas podem preceder as manifestações clínicas de vários tumores hematológicos e sólidos surgindo, então, como síndromes paraneoplásicas. A polimiosite/dermatomiosite, artrite reumatóide seronegativa e vasculites atípicas são os distúrbios reumatológicos mais frequentemente observados. Raramente, a esclerodermia paraneoplásica é diagnosticada.

Caso clínico: Homem, 81 anos, não fumador, com antecedentes de hipertensão arterial e leucemia mielóide crónica diagnosticada em 2006 e em remissão completa. Apresentava quadro com três meses de evolução caracterizado por esclerose cutânea das mãos rapidamente progressiva e, associadamente, dor e rigidez articulares. O exame objectivo revelou espessamento cutâneo ao nível das mãos, esclerodactilia, discretas lesões de despigmentação na face anterior do tórax e microstomia. O estudo imunológico era negativo. A tomografia computadorizada do tórax evidenciava a presença de lesão nodular de contornos espiculados com 27 mm ao nível do lobo inferior direito (LID) suspeita de processo neofornativo e duas densificações, uma de 8 mm no LID e outra com 9 mm no lobo inferior esquerdo, sugestivas de lesões secundárias. A biópsia transtorácica da massa do LID identificou células de adenocarcinoma com padrão lepidico e imunohistoquímica compatível com primário do pulmão. Diagnosticado adenocarcinoma do pulmão estadió IV tendo iniciado quimioterapia paliativa com melhoria das alterações cutâneas objectivadas.

Discussão: A esclerodermia paraneoplásica é raramente diagnosticada. As manifestações podem coincidir com o diagnóstico do tumor primário ou iniciarem-se durante o seu seguimento. Mais raramente podem preceder o diagnóstico em 2 anos. A distinção entre a forma idiopática e paraneoplásica é difícil sendo importante a identificação de manifestações clínicas atípicas suspeitas de etiologia paraneoplásica como a presença de esclerodactilia, idade à apresentação superior a 50 anos e esclerose cutânea rapidamente progressiva. Neste caso, o doente apresentava todas as características anteriormente descritas, o que levantou a suspeita de possível síndrome paraneoplásica. A neoplasia do pulmão é um dos tipos de tumores associado à esclerodermia paraneoplásica, conjuntamente com as neoplasias da mama, colon, ovário e linfomas não-Hodgkin. A maioria dos casos de esclerodermia paraneoplásica apresenta estudo imunológico negativo, tal como o caso descrito. O desenvolvimento das síndromes paraneoplásicas está relacionado com a actividade tumoral verificando-se que a remoção ou controlo da neoplasia leva a uma resolução ou diminuição das manifestações, tal como no caso descrito, onde se verificou uma melhoria das alterações cutâneas após o início da quimioterapia. O caso descrito representa um quadro raro de esclerodermia paraneoplásica por ser a manifestação inicial de neoplasia do pulmão. Em conclusão, a esclerodermia é raramente manifestação inicial de neoplasia disseminada. A presença de manifestações clínicas atípicas permite suspeitar de etiologia paraneoplásica e orientar a marcha diagnóstica nesse sentido. O tratamento é dirigido ao tumor verificando-se melhoria das manifestações clínicas com o controlo da neoplasia.

Palavras chave: *Esclerodermia paraneoplásica. Manifestações clínicas atípicas. Adenocarcinoma do pulmão.*

P123. FÍSTULA DUODENO-CÓLICA COMO PRIMEIRA APRESENTAÇÃO DO CARCINOMA DO PULMÃO

R. Barata, M. Sousa, A. Gomes, C. Rodrigues, P. Calvino, F. Félix

Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Pulido Valente.

Introdução: O carcinoma do pulmão é a primeira causa de morte por neoplasia no mundo. A maioria dos doentes é diagnosticada em estadios avançados e mais de metade são inoperáveis por apresentarem doença metastizada. As metástases gastrointestinais são raras, sendo reportadas em 0,2% a 1,7% dos casos.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 43 anos, ex-fumador (30 UMA) admitido no hospital por diarreia profusa, vômitos alimentares e perda ponderal (superior a 10% do peso corporal) com cerca de duas semanas de evolução. A colonoscopia total demonstrou uma extensa lesão ulcerada no cólon transversal. A biópsia foi sugestiva de carcinoma indiferenciado de origem metastática. A endoscopia digestiva alta não revelou alterações relevantes. A ecografia abdominal identificou uma fístula duodeno-cólica de alto débito. A TC toraco-abdominal revelou nódulo com cerca de dois centímetros no lobo superior direito (LSD) do pulmão e um tumor do jejuno com invasão e fistulização para o ângulo esplênico do cólon transversal. A PET-CT demonstrou apenas uma lesão hipermetabólica no LSD do pulmão (SUV 8,9). O lavado e escovados brônquicos obtidos por broncofibroscopia flexível foram inconclusivos. O doente foi submetido a duodenectomia distal, jejunectomia proximal e hemicolectomia esquerda. O resultado anatomo-patológico foi compatível com carcinoma (provável origem pulmonar). Quatro meses após a cirurgia abdominal o doente foi submetido a lobectomia superior direita e linfadenectomia. O resultado anatomo-patológico definitivo foi carcinoma adenoescamoso do pulmão (T2aNO1b - Estadio IV). Cinco meses após a cirurgia pulmonar o doente apresentou quadro de tonturas e vômitos. RM-CE mostrou uma lesão metastática no cerebelo. Foi submetido a metastasectomia e radioterapia holocraniana. Três meses após a última cirurgia o doente apresentou queixas de gonalgia bilateral. A cintigrafia óssea revelou metástases da extremidade distal de ambos os fêmures. Actualmente, e após 31 meses do diagnóstico, o doente encontra-se a realizar quimioterapia.

Discussão: Em suma, as metástases gastrointestinais como apresentação inicial do carcinoma do pulmão são raramente reportadas. O tratamento cirúrgico é geralmente necessário quando as metástases resultam em perfuração, obstrução ou hemorragia. Ainda que o prognóstico seja considerado pobre, em doentes seleccionados, e com tratamento cirúrgico agressivo de ambos os tumores primário e secundário, é possível atingir uma sobrevida razoável.

Palavras chave: Carcinoma pulmonar. Metástases gastrointestinais.

P124. TUMOR CARCINÓIDE TÍPICO DO PULMÃO - SERÃO SEMPRE INDOLENTES?

R. Barata, C. Rodrigues, F. Félix

Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Pulido Valente.

Introdução: Os tumores carcinóides broncopulmonares (TC-BP) constituem cerca de 25% de todos os tumores carcinóides e 0,4 a 3% de todos os tumores pulmonares operados. São classificados em tumores carcinóides típicos (CT) e atípicos (CA) por critérios patológicos e apresentam prognóstico diferente. Apesar do seu comportamento indolente, ambos são considerados malignos, pois podem invadir e metastizar.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher com 76 anos, não fumadora referenciada por uma lesão em vidro despolido de

crescimento recente no pulmão direito. TC-torácica demonstrou a uma lesão em vidro despolido com cerca de 1,7 cm no segmento posterior do lobo superior direito (LSD), uma lesão 7 mm no segmento superior do mesmo lobo e um padrão difuso de opacificação bilateral. A PET-CT apenas mostrou hipermetabolismo da lesão do segmento posterior (SUV 3,5). Broncofibroscopia e biópsia pulmonar transbrônquica foram inconclusivas. Após um exame extemporâneo anatomo-patológico positivo da lesão em vidro despolido (compatível com adenocarcinoma) a doente foi submetida a lobectomia superior e linfadenectomia. O exame anatomo-patológico definitivo confirmou adenocarcinoma do pulmão (T1aNO1Mx) e identificou o nódulo infracentimétrico como um tumor carcinóide típico com metástases ganglionares nos grupos 4R e 11R (T1aNO2Mx). A doente realizou quimioterapia e catorze meses após a cirurgia encontra-se sob vigilância e sem sinais de recidiva da doença.

Discussão: Ainda que os tumores CT sejam considerados indolentes, eles podem metastizar para os gânglios linfáticos. Ainda assim, estes doentes apresentam um excelente prognóstico quando são submetidos a cirurgia. Muito tem de ser feito para correctamente distinguir os diferentes subtipos histológicos dos TC-BP com diferentes comportamentos clínicos.

Palavras chave: Carcinoma pulmonar. Tumor carcinóide. Metástase.

P125. UM TUMOR RARO: SARCOMA SINOVIOL PULMONAR PRIMÁRIO

M. Grafino, F. Lopes, S. Carreira, P. Costa, L. Mota, J. Semedo

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde do Norte

Alentejano, EPE.

Introdução: O sarcoma sinovial pulmonar primário é um tumor raro, correspondendo a menos de 0,5% de todas as neoplasias pulmonares. A sintomatologia é inespecífica, sendo a tosse, toracalgia, hemoptises e dispneia os sintomas mais comuns. A alteração imagiológica mais frequente consiste numa massa pulmonar bem definida frequentemente associada a derrame pleural homolateral. O sarcoma sinovial é caracterizado por uma translocação cromossómica que resulta na expressão de um gene quimérico SYT-SSX, normalmente SYT-SSX1 ou SYT-SSX2.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 69 anos, fumador com carga tabágica de aproximadamente 100 unidades maço ano, trabalhador rural, com queixas de dispneia com cerca de 1 mês de evolução. Imagiologicamente apresentava atelectasia do lobo superior direito e derrame pleural homolateral. Endoscopicamente documentou-se oclusão total do brônquio lobar superior direito e redução do calibre do brônquio principal por massa. O doente foi submetido a broncoscopia rígida e terapêutica endoscópica. A histologia da lesão foi compatível com sarcoma sinovial monofásico pouco diferenciado. Na PET-TC observou-se atelectasia do lobo superior direito e do lobo médio, atelectasia parcial do lobo inferior direito e no seio da atelectasia destaque hipermetabólico anómalo com SUV de 19 (6,8 × 5,2 cm). O doente foi proposto para quimioterapia.

Discussão: Os autores relatam este caso clínico pela raridade do sarcoma sinovial pulmonar primário. O diagnóstico desta neoplasia pode ser um desafio, sendo a análise histopatológica frequentemente suplementada por estudos de imunohistoquímica e citogenética. A ressecção cirúrgica é a principal terapêutica, contudo, a quimioterapia e a radioterapia são outras opções. O prognóstico desta neoplasia é reservado, sendo a sua sobrevida aos 5 anos de 50%.

Palavras chave: Neoplasia do pulmão. Sarcoma sinovial pulmonar.

P126. CASO RARO DE METÁSTASE PULMONAR

D. Cruz, C. Nunes, L. Silva, N. Marçal, C. Pissarra, M. Soares, P. Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: Os nódulos solitários do pulmão (NSP) constituem um desafio diagnóstico, sendo de primordial importância excluir a malignidade. A sua maioria é benigna, contudo cerca de 25% correspondem a metástases quando há antecedentes de neoplasia extra-torácica, sendo as origens mais frequentes o melanoma, sarcoma e carcinomas do cólon, mama, rim e testículo.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 75 anos, não fumadora, com história de hipertensão arterial, tuberculose pulmonar na adolescência e de neoplasia da mama direita 22 anos antes, submetida a mastectomia radical modificada, sem necessidade de terapêutica adjuvante. Foi encaminhada à consulta de pneumologia no contexto de infeções respiratórias de repetição e imagem nodular no lobo médio em radiografia de tórax. Na sequência da investigação realizou TC-tórax que documenta a presença de nódulo espiculado de 15 mm no lobo médio (com captação heterogênea de contraste) e uma formação sólida triangular paracárdica esquerda na loca tímica. Realizou broncofibroscopia que não demonstrou alterações, sendo os resultados anatomopatológicos negativos para neoplasia. Para caracterização funcional foi efectuada PET-TC, que documentava uma captação do contraste no NSP com SUV = 6,9 e na loca tímica com SUV = 2,3. Não se evidenciava destaque hipermetabólico a nível mediastínico. Foi encaminhada à cirurgia torácica do Hospital de Santa Marta onde foi submetida a timectomia e lobectomia média. O exame histológico da lesão pulmonar revelou tratar-se de metástase de adenocarcinoma da mama com receptores de estrogénio positivos. Foi também classificado timoma de tipo AB totalmente excisado. Foi então referenciada a consulta de oncologia médica encontrando-se actualmente sob hormonoterapia.

Discussão: As metástases pulmonares isoladas ocorrem em 10 a 25% das neoplasias da mama. O follow-up habitual desta neoplasia compreende um período que pode ser variável entre 5 a 15 anos. Este caso vem fazer repensar a biologia dos tumores com depósitos secundários presentes décadas após a remoção do tumor primário, bem como do seguimento que é necessário oferecer a doentes oncológicos.

Palavras chave: Cancro. Mama. Nódulo solitário pulmão.

P127. LIPOMA ENDOBRÔNQUICO

C. Lacerda, R. Rolo, C. Cecília, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: Os tumores benignos representam 2-5% da patologia tumoral pulmonar. O lipoma endobrônquico é um tumor benigno extremamente raro, representando apenas 0,1-0,5% de todos os tumores pulmonares.

Caso clínico: Homem de 59 anos, lenhador, sem medicação habitual, não-fumador e sem nenhum antecedente patológico de relevo. Inicialmente hospitalizado por um traumatismo vertebro-medular a nível de C4-C5 com consequente tetraplegia. Dada a ausência de indicação cirúrgica, o doente iniciou tratamento fisioterápico ao 9º dia de internamento. Concomitantemente, no contexto de bexiga neurogénica e algiação prolongada, desenvolveu várias infeções urinárias com piúria associada tendo sido medicado com vários antibióticos de espectro progressivamente mais amplo. Apesar da aparente resolução clínica e analítica da ITU, o doente desenvolve um síndrome febril com tosse pouco produtiva, dispneia associada a aumento dos parâmetros inflamatórios. Realizou uma radiografia

de tórax (RT), que revelou uma hipotransparência para-hilar esquerda, e posteriormente uma TC de tórax, que mostrou a nível do parênquima pulmonar uma densificação nodulariforme no lobo superior esquerdo (LSE) com cerca de 4,5 cm de maior diâmetro, sem broncograma aéreo evidente e alguns gânglios infracentimétricos no espaço pré-vascular. Realizou broncofibroscopia que revelou secreções muco-purulentas provenientes maioritariamente do LSE e tumor endobrônquico lobulado, de superfície lisa e regular, de consistência mole causando obstrução praticamente total do segmento anterior do BLS; a realização da biópsia extraiu totalmente a componente endobrônquica da lesão e simultaneamente uma componente intrabrônquica, composta por um material amarelado, mole e lobulado de grandes dimensões, ficando o segmento totalmente patente e praticamente sem hemorragia. A análise microbiológica do lavado brônquico foi negativa e a citologia mostrou inflamação. A biópsia da lesão revelou tratar-se de um lipoma endobrônquico. Posteriormente o doente foi reavaliado com nova RT que mostrou total resolução da hipotransparência no LSE correspondente à área de condensação/atelectasia distal à obstrução brônquica.

Discussão: Os autores apresentam um caso extremamente raro de lipoma endobrônquico, que apesar do seu carácter benigno, poderá conduzir a obstrução endobrônquica e consequente lesão do parênquima pulmonar associado.

Palavras chave: Lipoma endobrônquico. Tumor benigno pulmonar.

P128. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO - QUANDO A CLÍNICA ACABA POR SE IMPOR

C. Saraiva, M.T. Almodovar, J. Passos, J. Bravo Marques, D. Costa

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil.

Hospital de Faro, EPE, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, de 58 anos, funcionária pública aposentada, não fumadora, com antecedentes de hemitiroidectomia direita, istomectomia e hemitiroidectomia esquerda subtotal (1986) por carcinoma papilar da tiróide, histerectomia com anexectomia. Em 2003, para realização de artroscopia ao joelho direito, foi pedido radiografia de tórax, sendo detetada imagem nodular no vértice do pulmão direito. A tomografia computadorizada (TC) torácica, revelou um nódulo com 1,5 cm, seguida de tomografia de emissão de positrões (PET-TC) mostrando captação no nódulo com um *standardized uptake value* (SUV) máximo de 1,39. Recusou a lobectomia proposta permanecendo em vigilância. Em janeiro de 2010, por aumento das dimensões do nódulo, foi submetida a lobectomia superior direita, com broncoplastia e esvaziamento ganglionar mediastínico. O exame anatomo-patológico revelou “metástase de carcinoma folicular da tiróide (CK7+, TTF1+, TS+), com margem com evidência de tumor, e adenopatias hilar direita e subcarinal positivas”. A doente foi acompanhada subsequentemente em Oncologia endocrinológica, efetuando terapêutica com iodo radioativo e vigilância. Em TC de reavaliação a 24/11/2011 surgem micronódulos pulmonares, adenopatias para-traqueal direita, pré-carinal e subcarinal. A broncoscopia, realizada em 25/11/2011, mostrou “infiltração da mucosa da carina que se estende pelo brônquio principal esquerdo”. A biópsia brônquica revelou “infiltração da mucosa brônquica por adenocarcinoma TTF1 (+) e tiroglobulina (-)”, o mesmo se confirmando no material de aspiração ganglionar. Dado o contexto oncológico inicial admitiu-se a origem secundária de carcinoma da tiróide. Em fevereiro de 2013 inicia quadro de cefaleia persistente e parestesias do hemi-corpo direito. A RM-CE revelou lesão subcortical frontoparietal esquerda e aspectos compatíveis com disseminação leptomeningea.

gea. O líquido foi positivo para células neoplásicas, carcinoma NOS. Revisto o material de biópsia e atendendo ao padrão predominantemente acinar do tumor bem como o estudo imunohistoquímico (CK7+, TTF-1+, tiroglobulina -), admitiu-se um segundo tumor primário pulmonar. O estudo genético revelou mutação do *epidermal growth factor receptor* (EGFR) no exão 18. A doente efetuou radioterapia holocraniana seguida de erlotinib a 20/05/2013, a qual mantém até à presente data, verificando-se melhoria das queixas neurológicas, com resposta parcial torácica bem como da lesão craniana.

Discussão: Os autores discutem o comportamento clínico, a histopatologia, a imunohistoquímica e as mutações do EGFR neste caso, no contexto da precisão do diagnóstico diferencial.

Palavras chave: Adenocarcinoma. Pulmão. TTF1.

P129. METÁSTASES RARAS DE NEOPLASIA DO PULMÃO: 4 CASOS CLÍNICOS

R. Linhas, A. Antunes, S. Conde, S. Campainha, A. Barroso

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE.

Introdução: O cancro do pulmão (CP) é a causa mais frequente de morte por cancro. Cerca de 50% dos CP apresentam metástases à distância ao diagnóstico. Apresentamos 4 casos sobre localizações raras de metástases de CP.

Casos clínicos: Caso 1: homem, 59 anos, estivador, fumador. Por toracalgia, astenia e emagrecimento realizou telerradiografia torácica que mostrou imagem nodular no lóbulo superior esquerdo (LSE). A tomografia computadorizada (TC) torácica mostrou lesão no LSE e 2 lesões nodulares inespecíficas no rim esquerdo. Efetuada tomografia por emissão de positrões (PET) que mostrou focos de captação no pulmão e rim esquerdo. Submetido a biópsia aspirativa transtorácica (BAT) e biópsia renal; estas mostraram tratar-se de adenocarcinoma pulmonar. Por cefaleias, alterações visuais e vômitos realizou ressonância magnética que revelou lesão da hipófise suspeita de adenoma. Submetido a neurocirurgia; a histologia da peça mostrou tratar-se de metástase pulmonar. Iniciou quimioterapia (QT) de 1ª linha. Caso 2: homem, 63 anos, pescador reformado, ex-fumador. Por obstipação e rectorragias realizou colonoscopia que mostrou abaulamento do cólon sigmóide e cuja biópsia mostrou invasão extrínseca por neoplasia primária pulmonar. Efetuou TAC torácica mostrando duas lesões no lobo pulmonar inferior direito. A BAT realizada diagnosticou um carcinoma epidermóide pulmonar. Iniciou quimioterapia (QT) de 1ª linha com progressão da doença por crescimento da metástase pericólica. Iniciou 2ª linha de QT, mas registou-se o óbito no decurso do 1º ciclo. Caso 3: homem, 54 anos, carpinteiro, ex-fumador. Por toracalgia e perda ponderal realizou TC toraco-abdominal que mostrou lesão nodular no LSE, 2 lesões esplénicas e nódulo na supra-renal esquerda. Realizada broncofibroscopia (BFC) com biópsia transbrônquica que permitiu o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão. Realizada PET com captação em focos no LSE, no baço e na glândula supra-renal esquerda sugestivos de infiltração neoplásica. Iniciou QT 1ª linha com progressão da doença (aumento massa supra-renal e esplénica) ao fim de 2 ciclos. Caso 4: homem, 51 anos, trabalhador em posto de gasolina, ex-fumador. Por tosse e dispneia com agravamento progressivo realizou TC torácica que mostrou imagens nodulares no lobo inferior esquerdo (LIE) e lobo médio. BFC com citologias negativas e amostra histológica insuficiente. Foi submetido a exérese do nódulo do LIE que mostrou tratar-se de um adenocarcinoma pulmonar. Iniciou QT de 1ª linha. Por quadro de colecistite aguda realizada colecistectomia, cuja análise histológica da vesícula revelou metastização por adenocarcinoma pulmonar. Iniciou 2ª linha de QT com doença progressiva e posteriormente QT de 3ª linha com remissão parcial.

Discussão: As metástases da CP frequentemente ocorrem no fígado, cérebro, glândulas supra-renais e ossos. As metástases renais secundárias a CP podem afetar até 19% dos doentes, sendo normalmente bilaterais. A literatura descreve apenas algumas dezenas de casos de metástases na região selar, frequentemente diagnosticadas acidentalmente na autópsia. As metástases do cólon são raras e muito excepcionalmente sintomáticas. A prevalência de metástases esplénicas varia entre 2,3 e 7,1%, normalmente são diagnosticadas na autópsia e estão associadas a outras metástases intra-abdominais. Existem poucos casos de metástases na vesícula biliar descritos na literatura, podendo a forma de apresentação ser sob a forma de colecistite aguda.

Palavras chave: Metástase renal. Metástase hipófise. Metástase pericólica. Metástase baço. Metástase vesícula biliar. Carcinoma primário do pulmão.

P130. 5 ANOS DE BRONCOARTERIOGRAFIAS TERAPÊUTICAS NA SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR NO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

M. Vargas Castanho, M. Lopes, F. Menezes, D. Canário, J. Duarte, A. Almeida, J. Roldão Vieira

Serviço de Pneumologia; Serviço de Radiologia, Hospital Garcia de Orta.

A síndrome da veia cava superior (SVCS) é uma complicação da neoplasia do pulmão que traduz doença avançada e, consequentemente, morbilidade e mortalidade significativas. A terapêutica é paliativa, implicando, para alívio dos sintomas, em muitos casos, a colocação de um *stent* na porção estenótica da VCS. O objectivo deste estudo foi caracterizar os doentes internados submetidos a broncoarteriografia terapêutica, analisando os processos dos doentes do Hospital Garcia de Orta com o diagnóstico de SVCS submetidos a este procedimento nos últimos 5 anos. Foram estudados 16 doentes, dos quais 81,3% do sexo masculino, com uma média de idades de 58,5 anos e duração média de internamento de 21,3 dias. Verificou-se que a histologia predominante foi o tumor de pequenas células (56,2%, dos quais 22,2% indiferenciados), seguido do adenocarcinoma e do pavimento-celular (18,8 e 12,5%, respectivamente). Apenas 1 doente (6,25%) tinha estadió IIIa como quadro de apresentação - os restantes encontravam-se em estadió IV. Não houve complicações do procedimento. Um dos doentes (6,25%) foi reintervencionado. Relativamente à apresentação da doença verificou-se que o sintoma mais comum foi o edema cervical (58,8%), seguido do edema facial (35,3%) e da circulação venosa colateral superficial (29,4%, associada a uma taxa de mortalidade a um mês de 80%). A síndrome de Horner foi forma de apresentação em 11,8% dos casos, com uma taxa de mortalidade a um mês de 100%. Dos doentes com sobrevida inferior a um mês (26,6%) a histologia de tumor de pequenas células estava presente em 75% dos casos. De referir ainda que 3 dos doentes (18,8%) realizaram a broncoarteriografia na ausência de manifestações clínicas de SVCS, isto é, apenas com evidência radiológica desta patologia, dos quais 66,6% sobreviveram a um ano. As taxas globais de sobrevida foram de 73,3% a um mês e 21,4% a um ano. Apesar de a amostra ser de pequenas dimensões, verificou-se que os factores associados a pior prognóstico (maior taxa de mortalidade a um mês) foram a presença de síndrome de Horner e a circulação colateral superficial à apresentação, bem como a histologia de tumor de pequenas células. De referir ainda que a evidência radiológica na ausência de sintomas está associada a melhor prognóstico, com maior taxa de sobrevida a um ano.

Palavras chave: Síndrome veia cava superior. Broncoarteriografia terapêutica. Tumor de pequenas células do pulmão. Síndrome de Horner.

P131. RISCO NUTRICIONAL NO INTERNAMENTO DE PNEUMOLOGIA

A.L. Vieira, M. Briote, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A desnutrição é uma das doenças mais prevalentes nos doentes internados, admitindo-se que entre 20% a 60% dos doentes estejam desnutridos ou em risco de desnutrição aquando da admissão hospitalar. Apesar de ser uma condição desvalorizada e subdiagnosticada, tem um impacto negativo no prognóstico e a sua morbimortalidade associada é considerável.

Objectivo: Pretendeu-se determinar a prevalência do risco nutricional em doentes internados no serviço de Pneumologia do Hospital de Braga, hospital universitário nível II, analisar o seu impacto durante a hospitalização e identificar fatores preditivos do seu desenvolvimento.

Métodos: Através de uma amostra de conveniência, durante um período de 4 meses, foi aplicado um protocolo de rastreio nutricional, *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)*, aos doentes incluídos no estudo; os doentes considerados em risco nutricional foram referenciados para avaliação e apoio dietético e nutricional especializados.

Resultados: Com uma amostra de 67 doentes (60% do género masculino e idade média de 66 anos), 34 (51%) tiveram um rastreio inicial positivo, principalmente por diminuição da ingestão alimentar na semana prévia. Após referenciação a dietista, considerou-se que 17 doentes (25%) estariam em risco de desnutrição, com uma pontuação média de 3,5 no *NRS2002*. Estes doentes foram acompanhados do ponto de vista nutricional, com plano alimentar adequado e suplementação oral. Nenhum destes doentes necessitou de cumprir alimentação entérica ou parentérica. Os doentes tinham um perfil sociodemográfico semelhante, no entanto, aqueles em risco de desnutrição apresentavam mais frequentemente anemia, neoplasia e doença pulmonar obstrutiva crónica. A duração média de internamento foi também superior nos doentes em risco de desnutrição em relação àqueles sem risco. Analisou-se ainda os fatores preditivos para o desenvolvimento de risco nutricional e de desnutrição.

Conclusões: O risco nutricional e a desnutrição são comuns entre doentes internados no serviço de Pneumologia, com impacto no prognóstico; apesar da sua magnitude, esta situação é frequentemente desvalorizada. O rastreio nutricional, com protocolos validados e de fácil uso, e referenciação especializada são, portanto, estratégias essenciais na melhoria do suporte nutricional durante o internamento.

Palavras chave: Desnutrição. Risco. Internamento. Pneumologia.

P132. REVISÃO DAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS INICIAIS NO CANCRO DO PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS NA PRÁTICA CLÍNICA

M. Torres Redondo¹, V. Santos¹, A. Magalhães¹, G. Fernandes^{1,2}, A. Morais^{1,2}, V. Hespanhol^{1,2}, H. Queiroga^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: Um elevado número de doentes com cancro do pulmão é diagnosticado e tratado no Centro Hospitalar de São João (CHSJ). É importante a percepção das opções terapêuticas tomadas na prática clínica assistencial.

Objectivo: Descrever as opções terapêuticas iniciais dos doentes com cancro do pulmão não pequenas células (CPNPC) diagnosticados no CHSJ, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2013.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado numa revisão sistemática dos casos de cancro do pulmão registados em base de dados do CHSJ. Foram incluídos doentes diagnosticados com CPNPC entre janeiro de 2012 e dezembro de 2013, tendo sido analisadas as opções terapêuticas iniciais efetuadas (cirurgia/radioterapia/quimioterapia isoladas ou tratamento combinado).

Resultados: Foram estudados 208 doentes, 164 (78,8%) do sexo masculino, com uma média de idades de $69,0 \pm 9,7$ anos. O *performance status* (PS) foi registado em 206 doentes, 28 (13,4%) tinham compromisso significativo do estado geral: 17 (8,2%) com PS 2 e 11 (5,3%) com PS 3 e 4. Os tipos histológicos mais frequentes foram o adenocarcinoma ($n = 127, 61,1\%$) e o carcinoma de células escamosas ($n = 60, 28,8\%$). Oitenta e um doentes (38,9%) foram diagnosticados num estágio potencialmente curativo (IA - 32, IB - 15, IIA - 8, IIB - 3, IIIA - 23). Nestes 81 doentes a primeira opção terapêutica foi apenas cirúrgica em 29 casos (35,8%) ou combinada em 28 (34,6%). A maioria dos doentes foi diagnosticada em estágio avançado, 127 (61,1%) doentes: 27 (13,0%) em estágio IIIB e 100 (48,1%) em estágio IV. Nos doentes diagnosticados em estágio avançado, a quimioterapia ($n = 87, 68,5\%$), o tratamento combinado ($n = 18, 14,2\%$) e o melhor tratamento de suporte ($n = 18, 14,2\%$), foram as principais estratégias adotadas como primeira opção terapêutica. Durante o período de seguimento, dos 127 doentes com estágio avançado ao diagnóstico, 45 fizeram durante o seguimento terapêutica de 2ª linha e 12 fizeram terapêutica de 3ª linha.

Conclusões: As opções terapêuticas efetuadas foram condicionadas pelo estadiamento da doença oncológica, bem como, pelo estado geral do doente. Apesar da maioria dos doentes ser diagnosticada em estádios avançados isso não se repercutiu, para a maioria deles, no PS.

Palavras chave: Tratamento. Cancro do pulmão não pequenas células.

P133. MORTALIDADE ASSOCIADA A CANCRO DO PULMÃO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

R. Linhas, D. Coutinho, R. Marçoa, A. Antunes, A. Barroso

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE.

Introdução: O cancro do pulmão (CP) é a principal causa de morte por cancro em todo o mundo. A percentagem de cura é $< 15\%$ apesar da evolução terapêutica. Muitos doentes acabam por ser internados ao longo da sua doença.

Objectivo: Analisar a taxa de mortalidade em doentes com CP em contexto de internamento, as principais causas de morte e factores prognósticos associados.

Métodos: Análise retrospectiva de todos os internamentos (incluindo aqueles nos quais foi feito o diagnóstico) referentes a doentes com CP, no período de 18 meses. Excluídos internamentos de doentes: com suspeita de neoplasia, mas que faleceram sem confirmação diagnóstica; que recusaram estudo etiológico; que prosseguiram estudo noutro hospital.

Resultados: Verificou-se um total de 182 internamentos referentes a 135 doentes. A média etária foi de 65 anos (± 10), 84% do sexo masculino. O tempo médio de internamento foi de 15 dias (± 13) sendo os 3 principais motivos de admissão infeção respiratória (31,3%); insuficiência respiratória (18,7%) e derrame pleural (12,1%). O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma (56,6%), seguido do carcinoma epidermóide (CE) (23,6%) e do carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) (17%). O estadiamento à data do internamento foi IV em 74,2% dos casos e IIIB em 18,7%. Estavam sob quimioterapia 17,6% dos casos à data do internamento e 1,6% sob radioterapia. As comorbilidades analisadas foram DPOC, diabetes mellitus (DM) e patologia cardíaca, respectivamente, 19,2%, 17,6% e 22%. Em 42,9% dos casos houve um ou vários

Tabela - P133

	Falecidos	Não falecidos	
Idade média (anos)	64 ($\pm$ 9)	65 ($\pm$ 10)	p < 0,05
Gênero	98% sexo masculino (n = 49)	93,7% sexo masculino (n = 104)	p < 0,05
Duração média do internamento (dias)	12 ($\pm$ 10)	16 ($\pm$ 14)	
Principal causa de internamento	Infecção respiratória (n = 21)	Infecção respiratória (n = 60)	
Tipo histológico	Adenocarcinoma (n = 25; 50%), CE 28% (n = 14) e CPPC 16% (n = 8)	Adenocarcinoma (n = 78; 70,3%), CE 26,1% (n = 29) e CPPC 20,7% (n = 23)	
Estadio	IV 88%	IV 82%	p < 0,05
Quimioterapia/Radioterapia	9/1 doentes	23/2 doentes	
Comorbilidades	DPOC 16%; DM 14%; patologia cardíaca 16%	DPOC 24,3%; DM 22,5%; patologia cardíaca 28,8%	
Internamentos prévios	27 doentes (51%)	51 doentes (45,9%)	
Infecção respiratória nosocomial	7 doentes (14%)	12 doentes (10,8%)	

internamentos previamente e posteriormente ao diagnóstico de CP. Dos 135 doentes abrangidos verificou-se uma taxa de mortalidade no internamento de 27,5% (n = 50). Faleceram 78 doentes após alta e 7 continuaram vivos. Como principais causas de morte (isolada ou simultaneamente) destacam-se infecção respiratória, progressão intratorácica e extratorácica da doença e síndrome paraneoplásica em respectivamente 31, 13, 15 e 8 dos casos. Quando comparamos as características dos internamentos dos falecidos no internamento com os não-falecidos, constatamos que:

Conclusões: Apesar da elevada taxa de mortalidade no internamento, um maior número de doentes acaba por falecer em ambulatório. Uma taxa de mortalidade mais elevada parece estar associada ao sexo masculino, a um estágio da doença mais avançado e à idade. Existe na literatura pouca informação acerca da taxa de mortalidade em contexto de internamento de doentes com CP e dos factores prognósticos associados. São necessários mais estudos no sentido de facilitar a orientação clínica destes doentes.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Internamento. Mortalidade.

P134. CÉLULAS MESENQUIMAIS SOBREPÕEM-SE À INFLAMAÇÃO NA CARCINOGENESE DO CARCINOMA BRONCO-PULMONAR. SUPORTE MORFOLÓGICO

L. Carvalho

FMUC-IAP-PM. CIMAGO. CHUC.

As doenças degenerativas crónicas envolvendo o epitélio bronquico e o parênquima pulmonar são terreno de risco para o desenvolvimento do carcinoma bronco-pulmonar. Os principais padrões morfológicos explorados até agora suportam a teoria da carcinogénese relacionada com tabaco, IPF e pneumonias de hipersensibilidade (HP). Os padrões morfológicos que actualmente são relevantes naquelas doenças relacionam-se com RB - ILD/DIP/fibrose intersticial clinicamente oculta em fumadores (Anna-Luise Katzenstein 2010), fibrose heterogénea / remodelação lobular na UIP/IPF e padrão UIP na HP, respectivamente, sem relevância para PMN/macrófagos. Nas três doenças identificadas, as células epiteliais basais e as células mesenquimais da lâmina própria têm sido progressivamente relacionadas com a carcinogénese, principalmente actuando na transição epitélio-mesenquima, para interpretar os carcinomas pleomórficos/sarcomatóides e multidireccionais. A maior relevância pode ser apontada para a vimentina, p63, CK18, HHF35 e CD10

na classificação EMT dos carcinomas bronco - pulmonares, enquanto as doenças pulmonares dos fumadores, UIP/IPF e HP, ocorrem com orquestração do PMN, eosinófilos, mastócitos, macrófagos e linfócitos, até à síntese de colagénio na matriz extra-celular que permanece como protagonista final no parênquima bronco - pulmonar circundante, nas respectivas neoplasias, onde estudos moleculares são necessários para mapear o espectro cancerígeno real.

Palavras chave: Células mesenquimais. Carcinogénese. Carcinoma bronco-pulmonar.

P135. EMT EXPLORADO EM LINHAS CELULARES BRÔNQUICAS DEPOIS DE ESTIMULAÇÃO COM CR(VI) E VALIDAÇÃO IMUNOHISTOQUÍMICA

A. Alarcão, M. Val, A.F. Ladeirinha, C. Rodrigues, M.C. Alpoim, L. Carvalho

FMUC-IAP-PM. CIMAGO.

A carcinogénese relacionada com a teoria monoclonal tanto em células maduras geneticamente alteradas como depois da estimulação pela transição epitélio-mesenquima, tem sido suportada com estudos morfológicos, imunohistoquímicos e moleculares. Linhas celulares poderão ajudar a estratificar níveis de carcinogénese em subtipos particulares de neoplasias. A linha celular E2A correspondendo ao mesênquima brônquico e a linha celular BEAS-2^a epitélio respiratório foram estimuladas separadamente com Cr(VI), concentrações de 0,25 μ M e 0,5 μ M, colocadas em contacto sob condições standardizadas, para caracterizar a adaptação celular, seguida da caracterização imunohistoquímica. A estimulação das linhas celulares E2A com Cr(VI) induziu a sobre-expressão de vimentina e a estabilidade da expressão de α -sma e estas células mesenquimais estimuladas, induziram expressão de vimentina e LP34 (queratina de alto peso molecular presente nas células epiteliais basais) na linha celular BEAS-2A. Sob maior concentração do Cr (VI), as células epiteliais também adquiriram forma fusiforme. Este estudo reforça a EMT entre o mesênquima brônquico e as células epiteliais, para perceber que a função contrátil (α -SMA) é relevante mas ultrapassada pela vimentina após estímulo carcinogénico, ao induzir adaptação das células basais epiteliais, adquirindo estas características mesenquimais, na ausência de inflamação.

Palavras chave: EMT. Cr(VI). Linhas celulares.

P136. VALIDAÇÃO DA SOBRE-EXPRESSION DE FGFR1 EM TODOS OS TIPOS HISTOLÓGICOS DE CARCINOMAS BRONCO-PULMONARES

V. Sousa, D. Reis, A. Alarcão, A.F. Ladeirinha, M. Reis Silva, M.J. D'Aguir, T. Ferreira, L. Carvalho

Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

FGFR1 é um receptor tirosina-cinase cujos ligandos pertencem à família do factor de crescimento de fibroblastos. Tornou-se um alvo terapêutico em carcinomas pulmonares. As vias moleculares complexas e suas potenciais actividades oncogénicas e anti-oncogénicas ainda não são totalmente conhecidas. Para avaliar a importância da expressão de FGFR1 em carcinomas bronco-pulmonares (BPC), foi aplicado o clone ThermoFisher-CD331/FGFR1 a uma série de tumores seleccionados de acordo com o perfil imuno-histoquímico (IHQ). Foram estudadas, no mínimo, duas secções de 75 casos de BPC correspondentes a TTF1-/ TTF1+ adenocarcinomas (ADC), CK7+/CK7- carcinomas epidermóides (EC), 8 carcinomas adenocarcinomas e 10 carcinomas pleomórficos previamente fixados em formol e incluídos em parafina. A expressão de FGFR1 foi feita por análise semi-quantitativa através da abordagem "Fourtier" (0, 1, 2, 3). Em geral, os resultados da IHQ foram semelhantes para os ADC e para os EC, sem correlação com o perfil imuno-histoquímico. A alta expressão de FGFR1 (score 2 +3) foi observada em todos os tipos histológicos; 4 casos com score 1 + correspondentes a 1 ADC, 5 EC, e 1 carcinoma adenocarcinoma. Os resultados mostraram mais sobre-expressão de FGFR1 em carcinomas bronco-pulmonares. Foi descrito que a sobre-expressão precoce de marcadores FGFR em BPC sugere a activação da via de bFGF, e pensa-se que facilita o desenvolvimento de resistência à terapêutica anti-angiogénica cujo alvo é a via do VEGF. Enquanto o FISH se mantém actualmente como o melhor método para avaliar a amplificação de FGFR para terapêutica alvo, os dados obtidos podem ajudar a definir os critérios para a selecção de pacientes que beneficiarão da terapêutica anti-angiogénica.

Palavras chave: FGFR1. Tipos histológicos. Carcinomas bronco-pulmonares.

P137. DETECÇÃO DE MUTAÇÕES ATIVADORAS DO EGFR POR IMUNOHISTOQUÍMICA EM PEQUENAS AMOSTRAS DE CANCRO DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS

G. Fernandes^{1,3}, S. Guimarães², C. Sotto Moura^{2,3}, H. Queiroga^{1,3}, J.A. Marques^{1,3}, V. Hespanhol^{1,3}

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto. ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

As mutações somáticas no domínio tirosina cinase (TC), do fator de crescimento epidérmico (EGFR) condicionam a resposta ao tratamento com inibidores da TC EGFR (TCI) do cancro do pulmão de células não pequenas. Entre todas as mutações, 85-90% são a deleção E746_A750 no exão 19 ou a L858R no exão 21. Estas são, normalmente, detetadas por análise molecular direta do DNA, metodologia complexa, cara e de acesso restrito. Existem dois anticorpos específicos, um para a mutação L858R e outra para deleção E746_A750del, que podem ser utilizados na deteção das referidas mutações usando imunohistoquímica (IHQ). Ensaio anteriores demonstraram alta especificidade, mas com sensibilidade variável. O objetivo deste trabalho foi determinar a precisão deste método de diagnóstico em pequenas amostras de biópsias de CPNPC. Testámos um conjunto de biópsias com o estado mutacional conhecido por sequenciação do ADN. Foram estudadas 20 amostras com ambos os anticorpos, 9 no exão 19, 7 no exão 21, 2 no exão 18 e 2 no exão

20. Relativamente às amostras com deleção no exão 19, 5 foram consideradas positivas com o soro E746_A750del e 4 negativas ou inconclusivas, uma mostrou positividade para L858R. As amostras com mutação no exão 21 foram todas positivas com o anticorpo L858R e nenhuma com o E746. As amostras com mutações no exão 18 e 20 foram negativas com ambos os anticorpos. Estes resultados sugerem que uma determinação positiva com um destes anticorpos pode evitar a deteção molecular. Para conclusões definitivas, é necessária uma amostra de maior dimensão que também inclua casos sem mutação.

Palavras chave: Cancro pulmão. Mutações EGFR. Imunohistoquímica.

P138. CANCRO DO PULMÃO NA MULHER, EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

M. Reis, L. Ferreira, A. Amaral, A. Tavares, S. Correia, R. Gomes, A. Fernandes, J. Parreira

ULS Guarda.

Introdução: O cancro do pulmão representa a principal causa de morte por doença oncológica. Existem diferenças significativas entre géneros no que diz respeito à incidência de vários subtipos histológicos, estágio à altura do diagnóstico e sobrevida.

Objectivo: Caracterização de variáveis clínicas, histopatológicas, estadiamento anatómico e fisiológico, tratamento e sobrevida dos doentes do sexo feminino com neoplasia primária do pulmão seguidos em consulta de pneumologia oncológica numa Unidade Local de Saúde.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes do sexo feminino, com o diagnóstico de neoplasia primária do pulmão e seguidos em consulta de 01/01/2012 a 31/05/2014. Procedemos à análise do processo clínico, tendo sido avaliadas variáveis clínicas, histopatológicas, estadiamento anatómico e fisiológico, tratamento e sobrevida. Definimos como critérios de exclusão: neoplasia torácica não pulmonar. O tratamento estatístico dos dados foi efectuado através do programa Microsoft Excel 2010.

Resultados: No período considerado foram seguidos em consulta 97 doentes, dos quais 32 eram do sexo feminino e 65 do sexo masculino. Da amostra inicial foram excluídos 7 doentes, sendo 25 doentes a amostra em análise. A idade média dos doentes foi de 73 anos (44 aos 89 anos). Apenas 4 doentes referiam história de tabagismo ou exposição passiva. O adenocarcinoma representou o tipo histológico mais frequente, sendo a biópsia pulmonar cirúrgica e a biópsia pulmonar guiada por TC os principais procedimentos que permitiram alcançar o diagnóstico. A maioria dos doentes encontrava-se em estadiamento avançado à altura do diagnóstico. Foram submetidos a terapêutica cirúrgica 8% dos doentes, a quimioterapia e/ou radioterapia 48% dos doentes e a terapêutica de suporte 40% dos doentes. A sobrevida média foi de 9 meses.

Conclusões: O nosso estudo retrata uma população mais envelhecida e com hábitos tabágicos menos frequentes do que a população de outros estudos. Os doentes encontram-se em estadiamento avançado aquando do diagnóstico, o que aliado à idade avançada e elevado número de comorbilidades justifica o grande número de doentes submetidos apenas a terapêutica de suporte.

Palavras chave: Neoplasia do pulmão. Sexo feminino.

P139. METÁSTASES CEREBRAIS NA APRESENTAÇÃO DO CANCRO DO PULMÃO

C. Ferreira, A. Figueiredo, F. Barata

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

Introdução: As metástases cerebrais são ocasionalmente manifestação inicial do cancro do pulmão. A sua presença constitui um factor de mau prognóstico. O seu tratamento tem por objectivo reduzir os sinais e sintomas neurológicos, melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência global.

Objectivo: Caracterizar os doentes com cancro do pulmão com metastização cerebral na altura do diagnóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com cancro do pulmão com metástases cerebrais na altura do diagnóstico, durante um período de 4 anos (2010 a 2013). Avaliados dados demográficos, histológicos, imagiológicos, terapêutica e sobrevivência global dos doentes.

Resultados: Incluídos 44 doentes, 31 (70,4%) do sexo masculino, com idade média de 63,7 anos, 35 (79,5%) fumadores ou ex-fumadores, 63,6% com Performance Status de 1. Em 45,4% os sintomas neurológicos constituíram a manifestação inicial, ainda com lesão primária desconhecida. Nos restantes 54,6% a metastização cerebral foi detectada durante o estadiamento inicial. Em 88,6%, o diagnóstico foi de cancro do pulmão de não-pequenas células (71,8% com adenocarcinoma) e em 11,4% de cancro do pulmão de pequenas células. Do total, 59,1% apresentavam metástases noutros locais, sendo o pulmão o local mais frequente (41,9%). Dezoito doentes (40,9%) tinham lesão cerebral única, 22,7% tinham 2 ou 3 lesões e 36,4% tinham 4 ou mais lesões. A lesão cerebral de maior dimensão tinha em média 21 mm de diâmetro, estando associada a edema vasogénico em 70,5%. Dezanove doentes (43,2%) realizaram radioterapia (RT) holocraneana, 8 cirurgia e RT holocraneana sequencial, 3 ressecção cirúrgica isolada e 2 radiocirurgia. O tempo médio entre o diagnóstico e a abordagem terapêutica das lesões metastáticas foi de 38,6 dias. Trinta e quatro doentes (77,3%) foram submetidos a quimioterapia (QT) de primeira linha. Em 30 a opção foi um regime duplo com platínio, 2 realizaram pemetrexed em monoterapia e 1 vinorelbina. Foi realizada QT de segunda linha em 20 (45,4%) doentes, com erlotinib em 16, pemetrexed em 2 e docetaxel em 2. Seis doentes (13,6%) realizaram QT em 3ª linha, 3 com erlotinib, 2 com vinorelbina e 1 com pemetrexed. Três doentes (6,8%) realizaram QT em 4ª linha, 2 com afatinib e 1 com vinorelbina. A sobrevivência global (OS) foi de 8,9 meses. Os doentes com uma metástase única tiveram maior OS que aqueles com metástases múltiplas (10,4 vs 7,6 meses). A OS dos doentes que realizaram QT foi superior comparativamente aos que não realizaram QT (10,7 vs 2,8 meses, $p < 0,01$). O grupo de doentes que realizou cirurgia combinada com radioterapia holocraneana foi o que apresentou maior OS (15,0 meses). Não houve diferença na OS de acordo com o tipo histológico do tumor primitivo.

Conclusões: Numa elevada percentagem de doentes as metástases cerebrais constituíram a primeira manifestação do cancro do pulmão. A sobrevivência global foi superior nos doentes com metástase cerebral única, nos que realizaram cirurgia combinada com radioterapia holocraneana e nos que apresentaram condições para quimioterapia sistémica.

Palavras chave: Metástases cerebrais. Cancro pulmão.

P140. CANCRO DO PULMÃO DE NÃO-PEQUENAS CÉLULAS - DOENÇA AVANÇADA EM JOVENS

C. Ferreira, A. Figueiredo, L. Fernandes, F. Barata

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

Introdução: O cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) é diagnosticado em estadiamento avançado em 40 a 50% dos doentes. A incidência de CPNPC em doentes jovens aumenta anualmente. São escassos os dados da literatura sobre o seu comportamento neste grupo etário.

Objectivo: Caracterizar o CPNPC - doença avançada (DA) em doentes jovens.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com ≤ 50 anos, com diagnóstico de CPNPC-DA, num período de 12 anos (2001 a 2013). Avaliados dados demográficos, histológicos, Performance Status (PS), terapêutica e sobrevivência global (OS).

Resultados: Incluídos 72 doentes, 70,8% do sexo masculino, com idade média de 45,1 anos, a maioria (70,8%) fumadores ou ex-fumadores, com Performance Status de 1 (89,1%). A histologia mais frequente foi o adenocarcinoma (61,1%), seguido do carcinoma epidermóide (34,7%), carcinoma de grandes células (2,8%) e CPNPC-NOS (1,4%). Encontradas metástases em 1, 2 ou mais órgãos em 47,2%, 37,5% e 15,3%, respectivamente. Quatro doentes ainda estão vivos, entre 10,1 e 63,1 meses após o diagnóstico inicial, todos eles com PS de 1. A sobrevivência global (OS) foi de 16,7 meses. No grupo com PS de 1, que incluiu 60 doentes, com idade média de 44,9 anos, 34 (56,7%) apresentaram 2 ou mais locais de metástases. Destes, 58 (96,6%) foram submetidos a quimioterapia (QT) de primeira linha, com regime duplo com platínio em 56 doentes e erlotinib em 2 doentes. Dois doentes faleceram antes de iniciar QT. Foi realizada QT em 2ª linha em 25 (41,7%) doentes, com pemetrexed em 11, erlotinib em 8, docetaxel em 5 e vinorelbina num doente. Nove doentes realizaram QT em 3ª linha, 6 com erlotinib, 1 com pemetrexed, 1 com vinorelbina e 1 com carboplatino + vinorelbina. Dois doentes realizaram ainda 4ª e 5ª linha de QT, um com pemetrexed e posteriormente vinorelbina e o outro com carboplatino + gemcitabina e posteriormente pemetrexed. A OS média neste grupo foi de 15,7 meses. Considerando o número de linhas de QT realizadas, a OS para os doentes submetidos a 1, 2 ou 3 ou mais linhas de QT foi, respectivamente, 10,2 meses, 21,5 meses e 26,2 meses. No grupo com PS de 2, que incluiu 8 doentes, com média de idade de 46 anos, 7 doentes iniciaram QT em 1ª linha com regime duplo com platínio. Um doente faleceu antes do início de QT. Nenhum doente realizou QT em 2ª linha. A OS média deste grupo foi de 4,1 meses. No grupo com PS de 3, que incluiu 4 doentes, com média de idade de 47 anos, nenhum doente realizou QT, ficando em melhor terapêutica de suporte. A sobrevivência global deste grupo foi de 0,7 meses.

Conclusões: No nosso grupo, a maioria dos doentes tinha PS de 1, sendo o adenocarcinoma o tipo histológico mais frequente, sendo estes dados concordantes com a literatura. A sobrevivência global no nosso grupo foi superior à descrita na literatura.

Palavras chave: Cancro. Pulmão. Jovens.

P141. SARCOMA SINOVIAL PULMONAR E MEDIASTÍNICO - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

V. Santos¹, M. Fernandes^{1,3}, C. Souto-Moura^{2,3}, S. Guimarães², H. Queiroga^{1,3}

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto. ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: Os sarcomas sinoviais correspondem, aproximadamente, a 8% dos sarcomas de tecidos moles. Desenvolvem-se, principalmente, nas extremidades, mas também têm sido descritos na cabeça e pescoço, coração, pulmão e mediastino. Os sarcomas torácicos representam 0,01% de todas as neoplasias malignas torácicas, sendo frequentemente de difícil diagnóstico, devido ao seu padrão histológico pouco comum. Os autores descrevem dois casos clínicos de sarcomas sinoviais primários.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mulher de 65 anos, com antecedentes de carcinoma ductal invasor, submetida a mastectomia, RT e QT em 1994; hipertensa. Não fumadora. Foi referenciada à consulta de Pneumologia por queixas de dispneia de esforço de início em setembro de 2013, associada a tosse seca irritativa e toracalgia

intensa. Objetivamente apresentava na auscultação pulmonar, sibilância no HT esquerdo e diminuição dos sons na base esquerda. A TC tórax revelou imagem nodular no lobo inferior esquerdo e a broncofibroscopia obstrução do BPE por massa de consistência mole cujas biopsias não foram conclusivas. Efetuou broncoscopia rígida tendo sido realizada fotocoagulação laser e remoção da lesão. As biopsias brônquicas foram compatíveis com sarcoma sinovial. Efetuou 68Ga-DOTANOC-PET com hiperfixação no segmento superior do lobo inferior à esquerda, junto ao hilo. Foi detetada a translocação 18q11. Foi submetida a lobectomia inferior esquerda com esvaziamento ganglionar e a anatomia patológica confirmou o diagnóstico de sarcoma sinovial. Foi orientada para centro de referência de sarcomas e foi programada a realização de radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Caso clínico 2: mulher de 66 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Não fumadora. Por apresentar alterações radiológicas foi referenciada à consulta de Pneumologia. Objetivamente apresentava à auscultação pulmonar, sons presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. A TC tórax revelou volumosa massa súpero-hilar direita a ocupar a zona de transição do mediastino e a broncofibroscopia não mostrou lesões endobrônquicas. Foi submetida a biopsia aspirativa transtorácica da massa que foi compatível com sarcoma sinovial. Por apresentar queixas osteoarticulares, efetuou cintilograma ósseo que foi compatível com metastização óssea difusa. A translocação 18q11 foi positiva. Foi orientada para centro de referência de sarcomas, tendo iniciado quimioterapia e, posteriormente, por algias mal controladas, radioterapia antiálgica. A doente faleceu 8 meses após o diagnóstico.

Discussão: O sarcoma sinovial é uma neoplasia altamente agressiva, cujo diagnóstico requer uma investigação clínica, radiológica, patológica e imunohistoquímica exaustiva, de forma a excluir outros tumores primários e secundários. Foram encontrados poucos casos relatados na literatura e, devido à raridade deste tumor no pulmão e no mediastino, o tratamento ideal e o seu prognóstico não estão estabelecidos. Os autores destacam estes casos pela sua raridade e pelas dificuldades no diagnóstico e tratamento, realçando as diferenças na evolução e no prognóstico.

Palavras chave: Sarcomas. Sarcoma sinovial.

P142. CARATERIZAÇÃO DOS DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO NOS ÚLTIMOS 6 ANOS

V. Santos¹, M. Redondo¹, M. Fernandes^{1,2}, A. Magalhães¹, A. Morais^{1,2}, V. Hespanhol^{1,2}, H. Queiroga^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: O cancro do pulmão é o cancro que mais mortalidade determina em todo o mundo. Em Portugal, a doença mantém-se a principal causa de morte por cancro no sexo masculino. A importância do conhecimento da evolução do cancro do pulmão e da necessidade de harmonizar procedimentos diagnósticos e estratégias terapêuticas sempre foi reconhecida.

Objectivo: Avaliar as características demográficas e clínicas dos doentes com cancro do pulmão diagnosticados e tratados no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), entre os anos 2008-2013.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado numa revisão sistemática dos casos de cancro do pulmão registados em base de dados do CHSJ. Foram incluídos doentes com diagnóstico de cancro do pulmão durante um período de 6 anos (2008-2013) e foram analisadas as suas características demográficas e clínicas: sexo, idade, hábitos tabágicos, *performance status* (PS), histologia e estadiamento (TNM).

Resultados: Ao longo de um período de 6 anos (2008-2013), 810 doentes tiveram o diagnóstico de cancro do pulmão e foram refe-

renciados para consulta de Pneumologia Oncológica do CHSJ, 77,4% (n = 627) do sexo masculino e 22,6% (n = 183) do sexo feminino, com uma mediana de idade de 66 anos (30-94 anos). Na sua maioria (75,6% - n = 612) eram doentes fumadores ou ex-fumadores, destes, 92% (n = 563) do sexo masculino. Dos doentes não fumadores, 75,8% (n = 119) eram do sexo feminino. O *performance status* (PS) foi registado em 98,4% (n = 797) dos doentes. Um número elevado de doentes 278 (34,9%) tinha compromisso significativo do estado geral (PS ≥ 2) no primeiro contato com os cuidados de saúde. O adenocarcinoma foi a histologia preponderante durante o período de estudo (52,8% - n = 428), seguida do carcinoma de células escamosas (23,2% - n = 188) e de pequenas células (11,1% - n = 90). A maioria dos doentes 72% (n = 583) foi diagnosticada em estádios avançados da doença (IIIB, IV). Faleceram durante o período de estudo, 51,4% (n = 416) dos doentes.

Conclusões: Um elevado número de doentes com cancro do pulmão é diagnosticado e tratado no CHSJ. O adenocarcinoma foi a histologia predominante ao longo do período de estudo. O diagnóstico no sexo feminino foi relevante (22,6%), merecendo especial atenção, principalmente em doentes não fumadores. O mau prognóstico destes doentes deve-se ao facto do seu diagnóstico se efetuar numa fase tardia da história natural da doença (estádios IIIB e IV) com consequente repercussão importante no PS. Face aos dados apresentados e à elevada taxa de mortalidade do cancro do pulmão, torna-se prioritário implementar medidas que levem à redução do principal fator de risco (hábitos tabágicos), assim como estratégias preventivas que permitam o seu diagnóstico precoce e facilitem o acesso rápido aos serviços de saúde.

Palavras chave: Cancro do pulmão.

P143. TERAPÊUTICA DE MANUTENÇÃO COM PEMETREXEDO NO CANCRO DO PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS AVANÇADO - ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

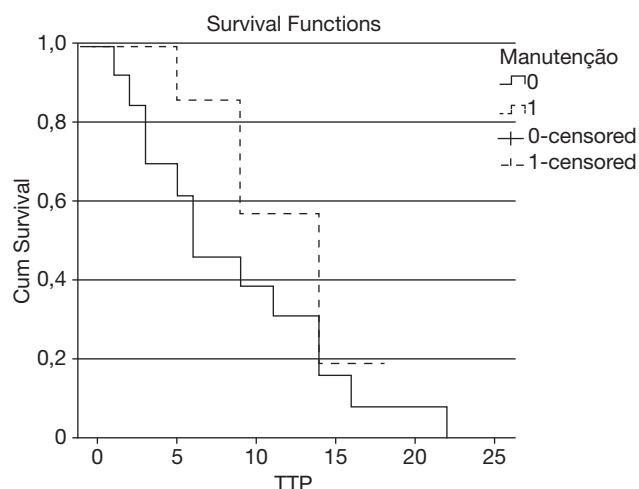
J. Cordeiro da Costa, A. Antunes, S. Campinha, S. Conde, A. Barroso

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A terapêutica de manutenção no cancro do pulmão com pemetrexedo está recomendada como uma opção válida após 4-6 ciclos de quimioterapia de primeira linha com um platino e pemetrexedo na ausência de progressão da doença. O objectivo deste estudo é analisar a resposta de uma amostra de doentes submetidos a pemetrexedo em manutenção e comparar a eficácia com uma amostra histórica não submetida a este tratamento.

Métodos: A amostra foi obtida de forma consecutiva nos doentes tratados na nossa unidade de Pneumologia Oncológica e submetidos à terapêutica de manutenção (grupo PMTg com n = 7) e foi comparada com uma amostra histórica que não foi submetida a terapêutica de manutenção (grupo nPMTg com n = 13). Todos os doentes estavam nos estádios IIIB ou IV (TNM Classification). Foram recolhidos dados demográficos e avaliada a resposta e o tempo de resposta à terapêutica. Estatisticamente foram utilizadas medidas de tendência central e curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Foi definida uma significância estatística para p < 0,05. O software utilizado foi o IBM® SPSS® versão 21.

Resultados: A mediana de idades foi de 61 anos no PMTg e 64 anos no nPMTg (p = 0,843). O PMTg teve 14,3% doentes do sexo feminino (n = 1) e o nPMTg 30,8% (n = 4) (p = 0,613). Quanto ao estadiamento, 42,9% (n = 3) doentes estavam no estadio IIIB no PMTg (os restantes no estadio IV) versus 15,4% no nPMTg no estadio IIIB (n = 2) (p = 0,290). O número médio de ciclos de manutenção foi de 8 (2-12). O tempo mediano para progressão da doença no PMTg foi de 14 meses versus 6 meses no nPMTg (p = 0,228).



Conclusões: O presente estudo revela um melhor tempo para progressão da doença no grupo submetido a terapêutica de manutenção com pemetrexedo. O resultado não apresenta significância estatística muito se devendo provavelmente ao reduzido tamanho amostral. No entanto, e tendo em conta o prognóstico nos estádios estudados, pelo menos na nossa amostra o tempo mediano para progressão foi substancialmente superior no grupo submetido a terapêutica de manutenção.

Palavras chave: Cancro. Pemetrexedo. Manutenção.

P144. CANCRO DO PULMÃO EM ADULTOS JOVENS - ANÁLISE RETROSPECTIVA

H. Dabó¹, R. Gomes², G. Fernandes^{1,4}, A. Morais^{1,4}, A. Magalhães¹, V. Hespanhol^{1,4}, S. Guimarães^{3,4}, C. Moura^{3,4}, H. Queiroga^{1,4}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do São João, EPE.

²Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde, Guarda. ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do São João, EPE. ⁴Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: O cancro do pulmão (CP) é a principal causa de morte por cancro em todo mundo, com uma sobrevida global aos 5 anos que varia entre 9 a 16%. Ocorre menos frequentemente em adultos jovens (idade inferior a 45 anos), com uma incidência de cerca de 5 a 7%. Estudos sugerem que o CP em adultos jovens apresenta-se mais frequentemente em estádios avançados, é mais agressivo e com pior prognóstico.

Objectivo: Identificar e caracterizar a população de doentes com CP com idade ≤ 45 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo de 1.292 doentes com diagnóstico de CP efetuado num hospital central de 01/07/2009 a 30/06/2014. Foram analisados apenas os doentes seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica, com idade ≤ 45 anos, e diagnóstico de carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC), carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) e carcinoma neuroendócrino de grandes células.

Resultados: Foram identificados 26 doentes com CP e idade ≤ 45 anos (2,0% do total), e 4 excluídos. Dos 22 estudados, 63,6% (n = 14) eram do género masculino e 36,4% (n = 8) do feminino, com idade média de 40,1 ± 4,0 anos. Quanto aos hábitos tabágicos, 72,7% (n = 16) eram fumadores, 4,5% (n = 1) ex-fumadores e 22,7% (n = 5) não fumadores. A demora média desde o início dos sintomas até ao diagnóstico histológico/citológico foi de 3,2 ± 3,7 meses. Identificou-se o adenocarcinoma em 50,0% (n = 11), carcinoma epidermóide em 22,7% (n = 5), CPPC em 13,6% (n = 3), carcinoma de

grandes células em 4,5% (n = 1), CPNPC sem outra especificação em 4,5% (n = 1) e carcinoma neuroendócrino de grandes células em 4,5% (n = 1). No estadiamento inicial, 4,5% (n = 1) dos doentes encontravam-se em estágio I-A, 9,1% (n = 2) I-B, 4,5% (n = 1) II-A, 18,2% (n = 4) III-A, 9,1% (n = 2) III-B e 54,5% (n = 12) IV. Na avaliação do *Performance Status* (PS) à apresentação, constatou-se que 72,7% (n = 16) tinham PS 0 e 1, 18,2% (n = 4) PS-2, 9,1% (n = 2) PS-3 e nenhum PS-4. O tratamento efetuado foi cirurgia em 9,1% (n = 2) dos doentes, cirurgia e quimioterapia em 22,7% (n = 5), apenas quimioterapia em 22,7% (n = 5), quimioterapia e radioterapia em 45,5% (n = 10). Quanto à evolução até à data, 36,8% (n = 8) encontra-se vivos e 63,6% (n = 14) faleceram, com uma sobrevida média de 13,0 ± 14,1 meses.

Conclusões: Nesta população de doentes, maioritariamente fumadora, o adenocarcinoma foi tipo histológico mais frequente, tendo o diagnóstico sido efetuado em estádios avançados, o que poderá explicar a sobrevida média curta. O bom *Performance Status* ao diagnóstico poderá estar relacionado com a idade dos doentes.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Adenocarcinoma. Adultos jovens e estágio avançado.

P145. ERLOTINIB - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

D. Madama, A. Silva, J. Cemlyn-Jones, A. Pego

Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, CHUC (Director: Dr. Mário Loureiro).

Introdução: O carcinoma do pulmão de células não pequenas (CPCNP) corresponde a 80-85% de todos os tumores do pulmão. 75% dos casos de CPCNP encontram-se nos estádios III e IV no momento do diagnóstico. O tratamento disponível para estes doentes em estágio avançado, baseia-se em terapêutica empírica ou numa abordagem individualizada, definida de acordo com o perfil molecular do tumor. Em doentes com mutação positiva do EGFR, os inibidores da tirosina-cinase (TK) têm um papel terapêutico importante ao inibirem de forma selectiva e reversível a fosforilação da TK associada ao HR1-EGFR, podendo assim inibir as vias de sinalização intra-celular.

Objectivo: Avaliar o perfil epidemiológico dos doentes sob tratamento com Erlotinib num serviço de Pneumologia, bem como a resposta clínica, imagiológica e efeitos secundários.

Métodos: Avaliados os processos clínicos de doentes com diagnóstico histológico de CPCNP, sob tratamento com erlotinib em segunda ou terceira linha terapêutica, num serviço de Pneumologia, por um período de 3 anos. Análise do subtipo histológico de tumor, estadiamento, evolução imagiológica e clínica, efeitos secundários e causas de suspensão.

Resultados: Durante um período de 3 anos, 106 doentes cumpriram terapêutica com erlotinib (150 mg ou 100 mg id), com uma média de idades de 67,6 anos (± 10,25), sendo 60% do sexo masculino. A maioria dos doentes (72,6%) apresentava várias co-morbilidades associadas, sendo a patologia cardiovascular a mais prevalente. De referir ainda que 57,5% dos doentes tinha antecedentes de tabagismo. 75,5% dos doentes tinha diagnóstico histológico de adenocarcinoma e 18% de carcinoma epidermóide. A maioria dos doentes apresentava-se em estágio IV (56,5%) ou estágio IIIB (31,1%) à data do início da terapêutica. A pesquisa de mutação do EGFR revelou essencialmente mutações por deleção nos exões 19 e 21. De referir que 52,8% dos doentes realizaram terapêutica com erlotinib em 2ª linha com duração média de 8,21 meses, sendo em 41,5% de 3ª linha, com duração média de 11,4 meses. Na globalidade, a medicação foi bem tolerada, tendo surgido efeitos secundários em 36,6% dos doentes, com particular relevo para o rash cutâneo em 78,5% (n = 33). Em 5,7% (n = 6) houve necessidade de redução da dose de 150 mg id para 100 mg id, tendo sido suspensa a medicação em 4,7% (n = 5) dos casos, devido à gravidade dos efeitos secundários.

rios (hepatite tóxica, rash cutâneo). Em termos de evolução dos pacientes, 43 (40,6%) sofreram progressão da doença, com agravamento clínico ou imagiológico, tendo sido suspensa a terapêutica após 6,25 meses, em média, com início de esquema alternativo. À data da realização do estudo, 34 doentes mantinham-se sob terapêutica com estabilidade, clínica e imagiológica, e com bom perfil de tolerabilidade, com uma média de duração de tratamento de 16,6 meses, sem progressão da doença.

Conclusões: O erlotinib é um inibidor da TK administrado oralmente com eficácia comprovada, que aumenta as taxas de resposta, sobrevivência média e sobrevivência livre de progressão, tal como foi verificado na nossa amostra. Para além disso, a tolerabilidade apresentada e o impacto na qualidade de vida, são também factores importantes que reforçam o seu papel no tratamento do CPCNP.

Palavras chave: Carcinoma do pulmão de células não pequenas. Erlotinib. Inibidores tirosina-cinase.

P146. QUANDO O EBUS FALHA... A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

D. Coutinho, S. Campinha, A. Oliveira, J. Almeida, S. Neves

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistémica de etiologia desconhecida. O diagnóstico de sarcoidose consiste na combinação de achados clínico-radiológicos compatíveis com a presença histológica de granulomas epitelióides não necrotizantes. Na última década, o advento do EBUS-TBNA veio demonstrar a eficácia e segurança diagnóstica desta técnica na sarcoidose, questionando qual o papel reservado para cada uma das técnicas diagnósticas atualmente disponíveis. A rentabilidade do EBUS-TBNA no diagnóstico dos estádios I e II de sarcoidose é de 94,8% no nosso centro. Neste trabalho relatamos três casos clínicos de doentes com sarcoidose com atingimento ganglionar e parenquimatosos em que o EBUS-TBNA não forneceu comprovação histológica do mesmo.

Casos clínicos: Caso 1: homem de 32 anos, fumador (5 UMA), auxiliar de ação médica. Seguimento prévio em outra unidade hospitalar por sarcoidose com diagnóstico clinicoradiológico em 2009. Enviado para a consulta deste centro hospitalar em maio de 2013. Em termos clínicos e analíticos apresentava perda ponderal significativa e hipercalemiúria. Radiologicamente, apresentava múltiplas adenopatias mediastínicas e retroperitoneais e um padrão micronodular ao nível de praticamente todos os segmentos pulmonares com aparente agravamento em relação a exames anteriores. Realizou EBUS-TBNA em junho de 2013 sem evidência de granulomas epitelióides no material citológico e histológico. Perante este resultado, realizou biópsia transbrônquica (BTB) em agosto de 2013, que revelou granulomas com células gigantes multinucleadas, sem necrose, corroborando a suspeita de sarcoidose. Caso 2: mulher de 43 anos, não fumadora, costureira, com antecedentes de linfoma não-Hodgkin gástrico em remissão completa desde agosto de 2013 e de sarcoidose com diagnóstico clinicoradiológico em 2003. Referenciada em fevereiro de 2014 para a consulta de Pneumologia para esclarecimento diagnóstico de adenomegalias mediastínicas associadas a nódulos pulmonares peribroncovasculares. Em EBUS-TBNA realizado previamente (outubro de 2013) sem evidência de malignidade ou granulomas. Em termos clínicos e analíticos apresentava-se assintomática e com elevação da enzima conversora de angiotensina. Foi orientada para a realização de BTB em fevereiro de 2014 que revelou granulomas epitelióides, sem necrose, sugestivos de sarcoidose. Doente encontra-se atualmente sob vigilância clínica. Caso 3: homem de 40 anos, não fumador, serralheiro, com antecedentes de hipertensão. Seguimento em consulta de outro hospital desde março de 2014 por queixas de astenia e disfonia de novo associadas a TC torácica com padrão micronodular difuso e

adenomegalias hilares e mediastínicas. Enviado para este centro hospitalar em maio de 2014 para realização de EBUS-TBNA, tendo-se decidido realizar concomitantemente BTB, perante extemporâneo de EBUS-TBNA com material escasso. Os resultados finais do EBUS-TBNA não revelaram evidência de malignidade ou granulomas, enquanto a histologia da BTB demonstrou a presença de granulomas epitelióides, sem necrose e com pesquisa por TAAN para *M. tuberculosis* negativa, achados compatíveis com a hipótese diagnóstica de sarcoidose.

Discussão: Apesar da elevada rentabilidade diagnóstica do EBUS-TBNA nos estádios I e II de sarcoidose, a sua conjugação com outras técnicas diagnósticas, como ilustrado pelos casos clínicos descritos, pode ser fundamental para aumentar o rendimento diagnóstico nesta patologia. O apoio da Anatomia Patológica na realização de exames extemporâneos tem um papel muito importante na decisão do uso de outras técnicas diagnósticas no mesmo exame.

Palavras chave: EBUS-TBNA. Sarcoidose. Diagnóstico.

P147. PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO: A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA

P. Dionísio, L. Martins, S. Moreira, A. Manique, I. Correia, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara, que se caracteriza pelo aparecimento de ar livre no mediastino. Tem carácter benigno e habitualmente auto-limitado, ocorrendo, geralmente, em doentes jovens e desconhecendo-se, num elevado número de casos, o factor precipitante ou doença subjacente. O mecanismo patológico relaciona-se com alterações da pressão intratorácica, levando à ruptura de alvéolos e consequente dissecação do ar ao longo da parede traqueobrônquica.

Objectivo: O objectivo do presente estudo foi o caracterizar clinicamente todos os casos de pneumomediastino espontâneo internados, nos últimos 10 anos, num serviço de Pneumologia de um hospital universitário.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo, por forma a identificar todos os doentes internados (idade ≥ 18 anos) entre janeiro de 2004 e junho de 2014, com o diagnóstico de pneumomediastino espontâneo.

Resultados: De um total de 8.792 internamentos foram identificados 14 doentes com o diagnóstico de pneumomediastino espontâneo, sendo 71,4% do sexo masculino. A idade mínima foi de 19 anos e a máxima de 87 anos, com uma mediana de 24,5 anos. O tempo médio de internamento foi de 11,6 dias e mediana de 7,0 dias. Relativamente ao factor precipitante, em 50,0% dos casos relacionou-se com acessos de tosse; 1 caso relacionado com consumo excessivo de tabaco; 1 caso relacionado com inalação de drogas; 1 caso relacionado com inalação de vernizes; 1 caso relacionado com esforço intenso; 1 caso relacionado com acesso de vômitos. Em 2 dos casos não foi possível identificar qualquer factor precipitante. Identificou-se história de tabagismo em 64,3% dos doentes e em 42,9% dos casos havia história prévia de hiperreactividade brônquica, sendo que metade desses tinha o diagnóstico prévio de asma. Dois doentes apresentavam antecedentes de patologia do interstício pulmonar e em 5 casos havia história de infecção respiratória recente. Em relação ao quadro clínico, 78,6% dos doentes apresentava dispneia; 71,4% toracalgia; 50,0% cervicalgia; 50,0% tosse; 35,7% disfagia; 21,4% odinofagia. Ao exame físico, 78,6% apresentava enfisema subcutâneo. O diagnóstico foi feito com base na radiografia de tórax em 71,5% dos doentes e nos restantes com recurso à TC torácica. Na maioria dos casos não houve complicações relacionadas com o pneumomediastino (10 doentes), tendo ocorrido pneumotórax concomitante em 3 deles e pneumorráquis num

caso. Registou-se uma morte, mas não relacionada com a patologia em causa. Todos os doentes foram tratados de forma médica/conservadora, não tendo havido recorrências no seguimento em ambulatório.

Conclusões: Apesar da sua baixa incidência, o pneumomediastino espontâneo deverá ser equacionado no diagnóstico diferencial dos quadros de toracalgia e dispneia, devendo ser activamente pesquisado através de métodos imagiológicos. Pode surgir sem um evento associado e sem alterações conclusivas na radiografia de tórax. O prognóstico é excelente com medidas conservadoras e o risco de recorrência é baixo, mas causas secundárias devem ser excluídas para evitar complicações.

Palavras chave: *Pneumomediastino. Enfisema subcutâneo. Dispneia.*

P148. BIÓPSIA COM AGULHA DE CORTE GUIADA POR TC EM DOENTES COM SUSPEITA DE PATOLOGIA PULMONAR: RENDIMENTO DIAGNÓSTICO E COMPLICAÇÕES

M.J. Oliveira, M. Vanzeller, T. Pereira

Serviço de Imagiologia; Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução: Na Europa, o cancro do pulmão é a principal causa de morte relacionada com cancro. Com o desenvolvimento da tomografia computadorizada (TC) e a sua ampla utilização na prática clínica, a detecção de lesões pulmonares aumentou. A biópsia por agulha de corte (BAC) guiada por TC, estabeleceu-se como método pouco invasivo, seguro e eficaz para a obtenção de um diagnóstico histológico de lesões pulmonares, em doentes seleccionados com suspeita de doença. O procedimento é geralmente considerado seguro mas, complicações como pneumotórax, hemorragia alveolar e hemoptises podem ocorrer.

Objectivo: Avaliar o rendimento diagnóstico da BAC guiada por TC nos doentes com suspeita de patologia pulmonar e análise das complicações deste procedimento.

Métodos: Estudo retrospectivo das BAC guiadas por TC, realizadas entre 06/2008 e 03/2014, num Serviço de Imagiologia, a doentes com lesões pulmonares previamente documentadas por TC torácica. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, história tabágica, tamanho e distribuição das lesões pulmonares, tipo de agulha utilizada no procedimento, técnicas diagnósticas prévias e posteriores realizadas, complicações e resultado diagnóstico.

Resultados: Incluíram-se 116 doentes, dos quais 85 (73,3%) eram homens. A idade média foi 67 ± 12 anos. Tinham história tabágica 83 doentes (71,6%). O tamanho médio das lesões pulmonares foi de 44 ± 32 mm; distribuindo-se estas quanto ao lado, à direita em 54 (46,6%), à esquerda em 40 (34,5%) e bilateralmente em 22 (19,0%) dos casos; quanto ao lobo, superior 43 (37,1%), médio 11 (9,5%), inferior 43 (37,1%) e em vários lobos 19 (16,3%). Tinham realizado técnicas diagnósticas prévias 87 (75,0%) doentes (87 [75,0%] broncofibroscopia; 31 [26,7%] biópsia aspirativa transtorácica; 7 [6,0%] EBUS TBNA). A agulha mais utilizada foi a de 20G, em 54 doentes (46,6%). Verificaram-se complicações da técnica em 37 (31,9%) dos casos (15 [40,5%] pneumotórax - 6 [16,2%] com necessidade de drenagem torácica; 12 [32,4%] hemorragia alveolar; 9 [24,3%] hemoptises; 1 [2,7%] hemotórax). A ocorrência de pneumotórax foi estatisticamente superior ($p = 0,011$) nos doentes com história tabágica. Foi realizado o diagnóstico em 69 (59,5%) dos casos, (53 [45,7%] lesões malignas e 16 [13,8%] lesões benignas). Dos 47 casos inconclusivos após BAC, 19 tiveram resultado histológico após realização de biópsia cirúrgica.

Conclusões: Neste estudo, o rendimento diagnóstico foi de 60%, importando aqui referir que o período de estudo engloba a fase inicial de implementação da BAC guiada por TC no Serviço estudado. As complicações da técnica ocorreram num número pequeno de

casos, tratando-se na maioria de complicações minor (nas quais o doente teve alta para o domicílio). O pneumotórax foi a complicação mais frequente, que se associou significativamente a história tabágica do doente.

Palavras chave: *Biópsia com agulha corte. Patologia pulmonar. Rendimento diagnóstico. Complicações.*

P149. A IMPORTÂNCIA DA BRONCOFIBROSCOPIA

V. Firmino, D. Coelho, B. Santos, F. Rodriguez

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: A broncofibroscopia é um exame complementar de diagnóstico que permite a visualização directa da árvore traqueobrônquica e a realização de técnicas auxiliares tais como a escovagem brônquica, a biópsia brônquica, o lavado bronco-alveolar (LBA) e a punção aspirativa transbrônquica. Este método endoscópico pode ser utilizado com objectivos terapêuticos e diagnósticos, tendo uma taxa de complicações graves $\leq 2\%$, sendo as mais frequentes a hipoxemia, hemorragia e febre. A broncofibroscopia é um método auxiliar diagnóstico e terapêutico importante em meio hospitalar. Trata-se contudo de um método invasivo, não isento de complicações, pelo que as suas indicações devem ser cuidadosamente ponderadas caso a caso.

Objectivo: O presente estudo teve como principal objectivo a avaliação diagnóstica dos utentes submetidos a broncofibroscopia (BF) no CHBM. Como objectivos secundários, a correlação entre a idade e etiologia identificada, a identificação do motivo de requisição do exame, identificação etiológica e caracterização etiológica.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional do tipo descritivo. A população estudada foram os utentes do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), num total de 917 utentes que realizaram broncofibroscopia entre 2010 e 2013. A recolha de dados foi feita a partir da análise dos achados endoscópicos e colheitas efectuadas (lavado bronco-alveolar, biópsia e exame cultural de secreções). Dos 917 utentes foram excluídos do estudo 48 utentes por cumprirem o critério de exclusão, que era a realização de broncofibroscopia com intuito terapêutico.

Resultados: Dos utentes analisados, 869 (94,8%) cumpriram os critérios de inclusão. O principal motivo de requisição da broncofibroscopia foi a alteração imagiológica constatada em exames complementares prévios (46,9% dos casos), seguindo-se de processo infeccioso (24,4%), suspeita de neoplasia (23,4%) e terapêutico (5,2%) tendo este último sido excluído da análise estatística. Em 636 dos utentes (69,4%) houve identificação etiológica através da broncofibroscopia (BF). Em 28,5% dos casos objectivou-se sinais inflamatórios inespecíficos, em 24,3% etiologia neoplásica e em 16,6% infecção. Na avaliação por faixas etárias constatou-se que abaixo dos 50 anos houve um discreto predomínio da etiologia infecciosa (65 casos com agente isolado), entre os 51-75 anos foi maior a incidência de neoplasia (168 casos identificados), e acima dos 76 anos a etiologia inflamatória foi a mais identificada. Relativamente à caracterização etiológica, foram identificados 152 casos de infecção, com isolamento do agente responsável. Na caracterização da etiologia neoplásica, constatarem-se 61 casos de adenocarcinoma, 60 casos de carcinoma epidermoide, 24 de carcinoma de pequenas-células, 31 casos de metastização pulmonar e 47 casos, sem tipo histológico identificado, através de sinais endoscópicos directos e indirectos, perfazendo um total de 233 casos (24,3%).

Conclusões: A broncofibroscopia é um exame complementar de diagnóstico de grande utilidade no estudo e avaliação dos doentes com patologia pulmonar. A amostra recolhida apresentou resultados semelhantes aos reconhecidos para a população geral, determinados por diversos estudos epidemiológicos. Em suma, destaca-se a importância diagnóstica desta técnica endoscópica realizada

por pneumologistas, que neste Centro-Hospitalar corrobora os dados estatísticos mundialmente conhecidos.

Palavras chave: Broncofibroscopia. Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

P150. CONTRIBUTO DA BRONCOFIBROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE HEMOPTISES

C. Lacerda, R. Rolo, J. Lage, A.L. Vieira, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A hemoptise, ou expectoração de sangue, pode manifestar-se desde episódios leves, auto-limitados, associados a patologia benigna, bem como por emissão de grandes volumes de sangue e ser indicador de doença pulmonar grave, sendo por isso a determinação da sua etiologia de elevada importância.

Objectivo: Analisar o contributo da broncofibroscopia no diagnóstico de hemoptises.

Métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos de doentes propostos para realização de broncofibroscopia (BFC) após episódio de hemoptise entre 1/julho/2013 a 1/julho/2014. Dada a caracterização subjetiva do volume de hemoptises, estas foram estratificadas em ligeira/moderada ou severa (descrição de volume exuberante; queda > 1 g/dL de hemoglobina, instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória aguda).

Resultados: Foram incluídos 70 doentes, sendo 70% (n = 49) do sexo masculino e a média de idades de 59 anos. Quarenta e cinco doentes (64%) eram fumadores ou ex-fumadores e 38 doentes (54%) apresentavam doença pulmonar previamente conhecida. Onze doentes encontravam-se sob anti-agregação plaquetária e 5 doentes sob hipocoagulação. Na sequência da investigação etiológica das hemoptises e previamente à realização da BFC, 88,5% dos doentes realizaram radiografia de tórax (RT) e 100% dos doentes TC de tórax. A TC de tórax evidenciou alterações em 58 doentes (83%), sendo as alterações mais frequentes imagens em vidro despolido, lesões nodulares e sequelas fibróticas. No total, a BFC mostrou-se alterada em 40% (19 com alterações inespecíficas (AI), incluindo restos hemáticos, 2 com sinais indirectos de neoplasia (SIN) e 7 com sinais directos de neoplasia (SDN)). Entre os doentes com alterações na TC de tórax, a BFC revelou alterações endobrônquicas em 24 doentes (41,4%), sendo 17 casos de AI, 2 de SIN e 5 SDN. Entre os doentes com TC de tórax sem alterações (12 doentes, 17%), 1/3 mostrou lesão endobrônquica (2 AI e 2 SDN). No global, as causas mais frequentes de hemoptises foram a infecciosa (pneumonia e traqueobronquite) e neoplasia pulmonar, ambas representadas por 19 doentes (27%). Entre os doentes com hemoptises severas (n = 18), a principal etiologia foi a infecciosa (39%) seguida da existência de bronquiectasias (28%), sendo que, neste grupo, apenas 3 doentes apresentavam alterações da coagulação. Nos doentes com TC de tórax sem alterações, a BFC permitiu o diagnóstico de 5 neoplasias, 1 complicação pós-lobectomia e 6 doentes permaneceram sem diagnóstico etiológico. A BFC permitiu determinar o local endobrônquico da hemorragia em 12 doentes (17%).

Conclusões: O estudo realizado permitiu enfatizar o importante papel da broncofibroscopia na investigação etiológica das hemoptises. Este meio de diagnóstico contribui para a exclusão ou confirmação de patologia pulmonar grave, a salientar a neoplasia, frequentemente associada, como demonstrado neste estudo.

Palavras chave: Hemoptises. Broncofibroscopia.

P151. ESTENOSES BRÔNQUICAS PÓS-TUBERCULOSE: EXPERIÊNCIA DE 8 ANOS

L. Pimenta Bento, T. Sequeira, R. Melo, J.P. Boléo-Tomé, R. Costa, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: A tuberculose (TB) continua a ser uma doença prevalente em Portugal, tendo sido diagnosticados 2142 novos casos no ano de 2013. Estudos têm demonstrado que até 70% dos doentes com tuberculose endobrônquica podem vir a desenvolver estenose brônquica pós-tuberculose (EBPT) apesar de efectuarem os esquemas de terapêutica antimicobacteriana recomendados. No entanto, não existe consenso relativamente à abordagem endoscópica a implementar nestes doentes.

Objectivo e métodos: Descrever os casos de EBPT diagnosticados no nosso serviço, bem como a eficácia terapêutica da terapêutica endoscópica nestes doentes. Foi efectuada a revisão dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de EBPT no período compreendido entre 2006 e 2013.

Resultados: Foram incluídos 9 doentes, sendo oito do sexo feminino. A idade média foi 44,2 anos. O diagnóstico de tuberculose foi síncrono com o de EBPT em 55,6% dos casos. Nos restantes a sintomatologia compatível com EBPT surgiu em média 48,7 [mín 3; máx 96] meses depois. Radiologicamente o achado mais frequente foi a atelectasia parcial ou total, sendo a árvore brônquica direita a mais atingida (66,7% dos casos). Durante o período de follow-up (mediana de 13 meses) os doentes realizaram em média 2,1 broncofibroscopias e 4 broncoscopias rígidas. Em dois doentes foi efectuada fotocoagulação e dilatação com balão (compromisso luminal < 20%), sendo que nos restantes para além desta abordagem foi colocada prótese brônquica de silicone. Uma doente foi perdida para follow-up e outra foi submetida a intervenção cirúrgica pela complexidade do caso. As complicações mais frequentes foram: aparecimento de granulomas (5 doentes) e malácia (4 doentes). Em três doentes foi necessário recolocação de prótese após retirada da primeira por recidiva. Em média os doentes permaneceram 7,8 meses com a prótese brônquica, sendo que duas doentes ainda mantêm prótese. Actualmente, em relação à sintomatologia os doentes referem como sintomas mais comuns: tosse seca (n = 5) ou produtiva (n = 3), sendo a última mais comum nos doentes que mantêm prótese; cansaço e sensação de dispneia com mMRC médio de 1,75.

Conclusões: Embora pouco frequente a EBPT associa-se a importante morbilidade, tendo a broncoscopia de intervenção um papel essencial na restauração da patência da árvore traqueobrônquica. O risco de recidiva não é desprezível pelo que a definição da melhor abordagem endoscópica, bem como o tempo de permanência da prótese são de extrema importância. Apesar dos avanços na abordagem desta patologia a maioria dos doentes permanecem sintomáticos após terapêutica.

Palavras chave: Estenose brônquica. Tuberculose. Tratamento endoscópico.

P152. BRONCOFIBROSCOPIA: UMA OPORTUNIDADE DE RASTREIO DE TUBERCULOSE?

D. Maia, R. Rosa, I. Gonçalves, P. Cravo, J. Cardoso

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

Introdução: A tuberculose é ainda um importante problema de saúde pública nalguns países europeus, nomeadamente em Portugal. A identificação precoce dos casos contagiosos é fundamental para minimizar a transmissão da doença na comunidade. O envio por rotina de amostras biológicas para exame micobacteriológico aquando da realização de broncofibroscopia não é consensual e apresenta uma relação custo-benefício difícil de avaliar, mas é recomendada em *guidelines* internacionais em regiões onde a prevalência de tuberculose é intermédia ou elevada.

Objectivo: Avaliar o resultado do exame micobacteriológico dos doentes que realizaram broncofibroscopia diagnóstica numa unidade de endoscopia respiratória de um hospital central.

Métodos: Foram analisados os resultados micobacteriológicos (exame directo e exame cultural em meio Löwenstein-Jensen e BACTEC™ MGIT™) do aspirado brônquico e do lavado broncoalveolar dos doentes que realizaram broncofibroscopia diagnóstica durante o ano de 2013, independentemente da suspeita clínica e radiológica de tuberculose.

Resultados: Foram realizadas 642 broncofibroscopias, tendo sido efectuado exame micobacteriológico em 572 (89%) casos. Em 17% (n = 97) dos exames existia suspeita de tuberculose. Foi isolado *Mycobacterium tuberculosis* em 26 casos (4,5%), sendo que em apenas um caso não existia suspeita prévia de tuberculose.

Conclusões: Este trabalho sugere que o pedido de exame micobacteriológico nos doentes que realizem broncofibroscopia deve ser bem fundamentada clínica e radiologicamente, otimizando assim os recursos disponíveis.

Palavras chave: Broncofibroscopia. Tuberculose.

P153. EXAME CULTURAL DE ROTINA EM ASPIRADO BRÔNQUICO: QUE UTILIDADE?

R. Gomes^{1,2}, F. Luís^{1,2}, A. Tavares^{1,2}, M. Reis¹, J. Parreira¹, F. Fernandes¹, S. Correia^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda (Director do Serviço: Dr. Luís Ferreira).

²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Introdução: O aspirado brônquico é útil na identificação etiológica da infecção broncopulmonar nomeadamente, na falência terapêutica com antibioterapia empírica, e no conhecimento da ecologia na colonização. A colonização, como factor de risco para infecção subsequente, deve ser considerada na escolha da antibioterapia para uma gestão racional dos antibióticos.

Objectivo: Caracterização epidemiológica de doentes submetidos a broncoscopia com identificação de microorganismo em cultura de aspirado brônquico, com critérios de infecção ou de colonização.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo de 01/10/2010 a 30/09/2013. 544 amostras processadas para exame citobacteriológicos de aspirado brônquico. Critérios de inclusão: identificação do microorganismo em cultura de aspirado brônquico. Inclusão em 2 grupos: colonização - microorganismo isolado $\geq 10^4$ UFC/mL; infecção - microorganismo isolado $\geq 10^6$ UFC/mL e realização do teste de sensibilidade aos antibióticos. N = 106 amostras com identificação microbiológica: 35 com critérios de colonização e 71 de infecção.

Resultados: Amostra maioritariamente masculina, com internamento em Pneumologia, não fumadora, e média de idade superior no grupo com infecção. Predominou a suspeita de infecção broncopulmonar como indicação para broncoscopia (colonização 31,4%, infecção 40,8%), seguida da suspeita de neoplasia e hemoptises na colonização (34%) e “toilette” brônquica na infecção (19,7%). No grupo com critérios de infecção verificou-se que 39,4% com antecedentes respiratórios (20 doentes com alterações pulmonares estruturais); 29,6% com antibioterapia prévia nos últimos 3 meses, 67% sob antibioterapia no momento da colheita da amostra e 52,1% com antibioterapia há mais de 72 horas; 73% apresentavam algum factor de imunodepressão. Os sinais inflamatórios dominaram na broncoscopia (colonização 60%, infecção 49,3%). O microorganismo mais frequentemente isolado foi o *Staphylococcus aureus* metilicilino resistente (SAMR): 31,4% na colonização, 40,8% na infecção. Cobertura antibioterapia específica para SAMR há mais de 72 horas na infecção em 13,8%. Teste de sensibilidade aos antibióticos: 36,6% resistência a 1 grupo de antibióticos e 54,9% a pelo menos dois. Resistência por grupo de antibióticos: 80,3% à penicilina e inibidores das betalactamases, 28,2% aos macrólidos e 22,5% às quinolonas. SAMR: 93,1% sensibilidade às sulfonamidas “in vitro”.

Conclusões: O SAMR constitui um problema na nossa ecologia, com isolamento em 37,7%. Epidemiologicamente é responsável por 41%

de fracasso terapêutico no grupo de infecção, sob antibioterapia adequada ao quadro de admissão em termos de literatura, e 31% de colonização não suspeita “ad initium”. O SAMR apresentou em 93,1% sensibilidade às sulfonamidas “in vitro”. O SAMR será um microorganismo a considerar “ad initium” na escolha da antibioterapia empírica?, e na infecção subsequente dos doentes com conhecimento prévio de colonização, para uma gestão racional dos antibióticos.

Palavras chave: SAMR. Aspirado brônquico. Colonização. Infecção.

P154. EPIDEMIOLOGIA DA CULTURA DE ASPIRADO BRÔNQUICO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS - O QUE ISOLAMOS?

R. Gomes^{1,2}, F. Luís^{1,2}, F. Fernandes¹, J. Parreira¹, M. Reis¹, S. Correia^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda (Director do Serviço: Dr. Luís Ferreira).

²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Introdução: O conhecimento da ecologia hospitalar é essencial para um adequado controlo das infecções. Estudos evidenciam na Europa tendência decrescente do *Staphylococcus aureus* metilicilino resistente (SAMR) e variabilidade para o *Acinetobacter*, e em Portugal tendência crescente do SAMR. A resistência aos antibióticos é um problema de saúde pública, que conduz a um aumento dos custos, internamentos prolongados, falências de tratamento e, por vezes, à morte.

Objectivo: Conhecer os microorganismos isolados em cultura de aspirado brônquico, e o perfil de resistência aos antibióticos.

Métodos: Estudo epidemiológico, observacional e retrospectivo da cultura de aspirado brônquico da Unidade de Endoscopia Brônquica do Hospital Sousa Martins de 1/10/2010 a 30/9/2013.

Resultados: N = 544 culturas de aspirado brônquico; 467 doentes: 66,6% género masculino, 33,4% do feminino. Idade mediana 71 anos. Hábitos tabágicos: fumadores (16,9%), ex-fumadores (21,6%), não fumadores (61,5%). Indicação da broncoscopia: infecção broncopulmonar (28,7%), suspeita de neoplasia do pulmão (25%), hemoptises (14,5%) e “toilette” brônquica (10,3%). Cultura do aspirado brônquico: flora comensal (50,2%), negativa (18,9%), infecção (21%) e colonização (9,9%). Microorganismo isolados na colonização: SAMR (35,2%) e *Acinetobacter spp.* (5,6%). Microorganismo isolados na infecção: SAMR (44,7%), *Pseudomonas aeruginosa* (13,2%) e *Acinetobacter spp.* (10,5%); 20,2% com isolamento de pelo menos 2 microorganismos. Na distribuição dos microorganismos isolados pelos 3 anos do estudo verificou-se uma tendência crescente em termos do SAMR e da *Pseudomonas aeruginosa* e decrescente no *Acinetobacter spp.* Teste de sensibilidade aos antibióticos: 31,6% resistência a 1 grupo de antibióticos, 60,6% a pelo menos 2 grupos. Em apenas 7,9% o microorganismo isolado era sensível a todos os antibióticos. Ao longo dos 3 anos do estudo, verificou-se tendência crescente das resistências aos antibióticos. Resistência por grupos de antibióticos: 82,5% à penicilina e inibidores das betalactamases, 31,6% aos macrólidos e 24,6% às quinolonas. SAMR: 93,1% sensibilidade às sulfonamidas “in vitro”.

Conclusões: A taxa da identificação do agente etiológico em exame cultural de aspirado brônquico foi de 31%. O microorganismo mais frequente isolado foi o SAMR. Verificou-se uma tendência crescente de isolamento ao longo do estudo do SAMR e da *Pseudomonas aeruginosa*, e decrescente do *Acinetobacter spp.* Verificou-se resistência a pelo menos 1 grupo de antibióticos em 92,1%. O perfil de resistência mais frequente detectado foi à penicilina e inibidores das betalactamases.

Palavras chave: Aspirado brônquico. Microorganismos. Resistência a antibióticos.

P155. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Pacheco¹, E. Pereira², J.E. Oliveira^{1,3}, E. Morujão³, L. Lencastre³

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ²Serviço Medicina Interna, Hospital Viana Castelo. ³Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Braga.

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) tornou-se um recurso primordial no tratamento de descompensação aguda da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e da falência respiratória no edema agudo do pulmão (EAP). O uso de VNI, em Cuidados Intensivos, é um recurso alternativo ou complementar da ventilação mecânica invasiva (VMI).

Objectivo: Descrever a prática de VNI na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga, num período de 6 meses (janeiro a junho de 2013).

Métodos: Foram analisados retrospectivamente os dados epidemiológicos, clínicos, analíticos e ventilatórios dos 30 doentes submetidos a VNI.

Resultados: Dos 187 doentes internados na UCIP, 177 (94%) tiveram suporte ventilatório, e destes, 30 foram submetidos a VNI (16%). A idade média destes era de 61,5 anos e a maioria era do sexo masculino (57%). O SAPS II médio da população era de 48,6%. As causas que determinaram o recurso à VNI foram a insuficiência respiratória aguda pós-extubação em 27 doentes, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) agudizada em 1 doente (3,3%), a pneumonia em 1 doente (3,3%) e a decisão de não entubação em 1 doente (3,3%). Em relação aos doentes com insuficiência respiratória aguda pós-extubação verificou-se que em 19 (70%) a VNI foi utilizada como complemento à VMI, no período imediato pós-extubação (desmame ventilatório), 7 (26%) tinham insuficiência cardíaca e desenvolveram quadro de EAP e 1 (4%) tinha diagnóstico de DPOC grave, necessitando de VNI para estabilidade clínica e gasimétrica durante o restante período de internamento. O tipo de interface mais utilizado foi a máscara facial (97%). Em 4 doentes verificou-se insucesso da técnica, com necessidade de ventilação invasiva. Em termos de complicações *minor* a registar dois casos: um doente com conjuntivite bilateral e outro com fuga de ar superior ao normal com VNI por componente facial anatómica difícil. Neste grupo de doentes 1 faleceu.

Conclusões: A VNI foi um suporte ventilatório complementar da VMI na medida em que na maioria dos doentes foi usada para facilitar o desmame ventilatório, na insuficiência respiratória aguda pós extubação. Para além de complementar a VMI evitou a reintubação, em doentes que, de outra forma, teriam de ser submetidos à mesma.

Palavras chave: Ventilação não invasiva. Cuidados intensivos. VNI.

P156. ISOLAMENTO DE NOCARDIA NA PATOLOGIA PULMONAR CRÓNICA: FATORES DE RISCO, RELEVÂNCIA CLÍNICA E OUTCOMES

M. Torres Redondo¹, D. Araújo¹, M. Sucena¹, T. Carvalho², A. Ramos², M. Ribeiro², A. Amorim¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Microbiologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O género *Nocardia* manifesta-se como uma infeção oportunista em doentes imunocomprometidos, no entanto, a infeção pode também ocorrer em indivíduos imunocompetentes. Na literatura, tem sido descrita a importância que a patologia pulmonar crónica, nomeadamente a DPOC, poderá ter como fator de ris-

co para a infeção por *Nocardia*. No entanto, a relevância clínica dos isolamentos de *Nocardia* nestes doentes está ainda por esclarecer.

Objectivo: Caracterização da população de doentes com patologia pulmonar crónica, seguidos em consulta de Pneumologia, com isolamentos de *Nocardia* spp. em amostras respiratórias.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com pelo menos um isolamento de *Nocardia* spp. entre janeiro de 2010 e março de 2013. Foram incluídos apenas os doentes com pelo menos 12 meses de *follow-up* após o primeiro isolamento. Definiu-se como nocardiose pulmonar o isolamento de *Nocardia* spp. em amostra respiratória associado a manifestações clínico-radiológicas compatíveis e não atribuíveis a outras causas. Definiu-se como colonização respiratória por *Nocardia* spp. o isolamento não associado a manifestações clínico-radiológicas compatíveis, correspondendo a colonização esporádica à deteção ocasional em 1 ou 2 culturas durante um período inferior a 6 meses com posterior negatividade.

Resultados: Foram incluídos 37 doentes, 65,9% (n = 27) do sexo masculino, com uma média de idades de 67,2 ± 11,2 anos, 51,4% (n = 19) não fumadores. Média de 1,3 isolamentos de *Nocardia* spp. por doente (min. 1; max. 6). Após o primeiro isolamento, a média do tempo de seguimento foi de 19,5 meses (min. 12; max. 42), com uma média de 7,1 amostras respiratórias colhidas por doente (min. 1; max. 30). Trinta e dois (86,5%) tinham TC torácica disponível entre os 3 meses prévios e os 6 meses após o primeiro isolamento de *Nocardia*. Entre os 12 e os 20 meses de seguimento, 28 doentes (75,7%) tinham TC torácica de reavaliação. Durante o *follow-up*, 11 doentes efetuaram TC cerebral, todos sem alterações sugestivas de envolvimento cerebral. Todos os doentes tinham antecedentes de doença pulmonar crónica (21,6% asma, 37,8% DPOC, 62,1% bronquiectasias não fibrose quística). Dez doentes (27,0%) eram imunocomprometidos (1 transplante pulmonar, 3 corticoterapia oral, 6 patologia neoplásica). Doze doentes (32,4%) tinham feito antibióterapia nos 3 meses prévios ao primeiro isolamento. Foram tratados 6 doentes (4 por nocardiose pulmonar, 1 em doente submetido a transplante pulmonar, 1 em doente sob avaliação para transplante do pulmão e sob corticoterapia oral). Os restantes 31 casos (83,8%) foram assumidos como colonização por *Nocardia* (25 com critérios para colonização esporádica), tendo sido as eventuais alterações clínicas, funcionais e radiológicas encontradas, atribuídas pelos clínicos assistentes a outras causas.

Conclusões: O isolamento de *Nocardia* em amostras respiratórias, não associado a manifestações clínico-radiológicas pode ser encontrado em doentes com diversas patologias pulmonares. A decisão de iniciar tratamento dirigido que é longo e muitas vezes associado a efeitos laterais deve ser correctamente ponderada. Na amostra de doentes estudada, as bronquiectasias não fibrose quística foram a principal patologia pulmonar encontrada. Estes dados, levantam a hipótese de que esta patologia poderá constituir um importante fator de risco para o isolamento de *Nocardia* em amostras respiratórias.

Palavras chave: *Nocardia* spp. Patologia pulmonar.

P157. QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES TRANSPLANTADOS PULMONARES

A.V. Cardoso¹, H. Novais e Bastos^{1,2,3}, C. Damas¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, Porto.

²Instituto de Investigação das Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho. ³ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães.

Introdução: O sucesso do transplante pulmonar (TP) tem vindo a aumentar nos últimos anos, refletindo-se numa maior sobrevivência dos doentes transplantados. Embora a avaliação da qualidade de

vida dos doentes não seja realizada de forma sistemática, este é um dos resultados mais importantes para o êxito deste tratamento. **Objectivo:** Avaliar o impacto do TP na qualidade de vida dos doentes e a sua evolução durante o seguimento pós-transplante.

Métodos: Dos 83 doentes seguidos em Consulta de TP do Centro Hospitalar de São João, 37 (30 doentes transplantados e 7 doentes em lista de espera) preencheram o questionário *Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36)* e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Os 30 doentes transplantados foram agrupados de acordo com o tempo de transplante [Grupo 1: < 1,5 anos (n = 5); Grupo 2: 1,5-3 anos (n = 6); Grupo 3: > 3 anos (n = 19)]. Os parâmetros avaliados nos questionários foram comparados entre os grupos pré- e pós-transplante.

Resultados: Em comparação com os doentes em lista de espera, os doentes transplantados apresentam melhor qualidade de vida avaliada pelo *MOS SF-36*. Contudo, apenas o grupo de doentes com menos de 1,5 anos de transplante reportam diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida relativamente aos doentes em lista de espera, nomeadamente nos domínios da função física ($84,0 \pm 17,1\%$ vs $29,3 \pm 22,4\%$; $p = 0,01$), desempenho físico ($90,0 \pm 22,3\%$ vs $21,4 \pm 39,3\%$; $p = 0,045$) e desempenho emocional ($93,4 \pm 14,7\%$ vs $28,6 \pm 40,5\%$; $p = 0,044$). Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada na comparação dos três grupos de doentes transplantados, mas observa-se uma tendência para o decréscimo da qualidade de vida ao longo dos anos pós-transplante. Os níveis de ansiedade e depressão são significativamente inferiores nos doentes transplantados do que nos doentes em lista de espera, não existindo diferenças entre os três grupos pós-transplante.

Conclusões: A melhoria da qualidade de vida dos doentes transplantados é máxima no primeiro ano e meio após o transplante, com decréscimo não significativo ao longo dos anos.

Palavras chave: Transplante pulmonar. Qualidade de vida. Ansiedade e depressão.

P158. DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE E FEBRE - POR QUÊ?

R. Rosa, M.I. Bráz, I. Gonçalves, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

Caso clínico: Homem, 74 anos, ex-fumador, com contacto regular com o meio rural. Internado por febre vespertina, tosse seca e dor pleurítica esquerda com cerca de um mês de evolução, sem melhoria após antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina). Na avaliação inicial, destacava-se febre, derrame pleural bilateral de maior volume à esquerda e elevação dos parâmetros inflamatórios de fase aguda. Foi medicado empiricamente com piperacilina/tazobactam e foi realizada toracocentese. O líquido pleural era um exsudado, com leucócitos elevados e adenosina desaminase normal. Os exames culturais (sangue e líquido pleural), serologias VIH, citologia do líquido pleural e biópsias pleurais foram negativos. Face à persistência da febre e rápida recidiva do derrame pleural, sob antibioterapia de largo espectro, foi realizada tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica e estudo de autoimunidade, sem alterações. Posteriormente (ao segundo mês de evolução da doença), alargou-se o estudo serológico para microorganismos atípicos. Identificou-se a presença de anticorpos anti-*Coxiella burnetii* IgG-fase II (1/128) por imunofluorescência indirecta. Três semanas depois, o título duplicou (1/256). Admitiu-se o diagnóstico de febre Q aguda. O doente foi medicado com doxiciclina com melhoria clínica e resolução do derrame pleural.

Discussão: A febre Q é uma zoonose de distribuição mundial causada pela *Coxiella burnetii*. Em Portugal, a doença é de notificação obrigatória, tendo sido registados 47 casos entre 2002 e 2006. A infecção humana é adquirida essencialmente pela inalação de aerossóis contendo esporos do agente. Caracteriza-se por um amplo espectro de manifestações clínicas, desde um síndrome febril auto-limitado até à endocardite. A imunofluorescência indirecta é a técnica de referência para o seu diagnóstico. O tratamento de eleição em adultos é a doxiciclina 100 mg (duas vezes/dia) durante duas-três semanas. Este é um caso de derrame pleural recidivante infrequente, que ilustra a importância do devido enquadramento epidemiológico na identificação de entidades clínicas menos óbvias.

Palavras chave: Febre Q. *Coxiella burnetii*. Derrame pleural.

P159. TUBERCULOSE: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO

P.I. Pedro, D. Canário, C. Fonseca, J.R. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

A tuberculose mantém-se como uma das principais causas de morte por doenças infecciosas, despertando grandes preocupações na área da Saúde Pública. O agente etiológico mais comum nos humanos é o *Mycobacterium tuberculosis*. A doença primariamente afeta os pulmões e, por vezes, a disseminação hematogénea resulta no desenvolvimento de tuberculose extrapulmonar. O intestino é a área do trato gastrointestinal mais frequentemente afetada pela infecção por *M. tuberculosis*. As áreas jejunoileal e ileocecal compreendem mais de 75% das zonas afetadas. Do ponto de vista clínico, apenas uma minoria dos doentes com tuberculose intestinal apresenta sintomatologia específica. A dor abdominal é o sintoma mais frequente, sendo referida por mais de 90% dos doentes. Frequentemente, os doentes com tuberculose intestinal não têm doença pulmonar ativa, apesar de a maioria evidenciar lesões residuais torácicas sugestivas de tuberculose pulmonar. Na prática clínica, o diagnóstico diferencial da tuberculose intestinal faz-se maioritariamente com a doença de Crohn, linfoma intestinal, carcinoma do cego e amebíase, principalmente se a localização for ileocecal. A utilização da polimerase de reação em cadeia (PCR) na deteção do DNA do *Mycobacterium tuberculosis* no intestino tem uma elevada especificidade e sensibilidade para o diagnóstico da doença, e permite resultados em 48 horas. O tratamento é primariamente médico. O caso clínico que se apresenta refere-se a uma doente de 39 anos de idade, com história de diarreia crónica e lesões ulceradas na válvula ileocecal evidenciadas por colonoscopia. O exame histológico das biópsias intestinais foi compatível com doença de Crohn, para a qual não foi realizada terapêutica dirigida. Posteriormente, por quadro clínico de dispneia, toracalgia, tosse produtiva, sudorese noturna e emagrecimento, associado a alterações radiológicas sugestivas, a doente foi internada com as hipóteses diagnósticas de tuberculose pleuro-pulmonar versus doença intersticial pulmonar. Adicionalmente, a doente mantinha náuseas, epigastralgias e dor tipo cólica no hipocôndrio esquerdo. Perante a grande extensão da doença, iniciou-se prova terapêutica com antibacilares. Realizou-se colonoscopia que mostrou as já conhecidas alterações ulcerativas e deformativas do cego e da válvula ileocecal. O uso da PCR nos tecidos intestinais biopsados revelou *Mycobacterium tuberculosis*. Adicionalmente, através da visualização direta com a coloração de Ziehl-Neelsen, observaram-se estruturas bacilares suspeitas de BAAR. Foi confirmado o diagnóstico de tuberculose pulmonar através do exame cultural de expectoração e do lavado broncoalveolar. A doente apresentou uma boa resposta à terapêutica, com melhoria.

Palavras chave: Tuberculose pulmonar. Tuberculose intestinal. Doença de Crohn.

P160. TUMOR OU INFECÇÃO? - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA NECROTIZANTE

B. von Amann, F. Teixeira Lopes, A. Dias, E. Pestana, A.S. Vilariça, J. Pontes da Mata, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, CHLN.

Introdução: A aspergilose pulmonar crônica necrotizante (APCN) faz parte de um amplo espectro de doenças provocadas pela infecção pulmonar pelo *Aspergillus* e caracteriza-se por um processo destrutivo e indolente dos pulmões devido à invasão do tecido pulmonar por hifas de *Aspergillus*. Desenvolve-se habitualmente em doentes com moderada imunossupressão portadores de comorbilidades como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e em diversas condições clínicas que comprometem a arquitetura pulmonar ou o status imunológico. O diagnóstico definitivo baseia-se na demonstração histológica de invasão tecidual pelo *Aspergillus* e do seu crescimento em cultura.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 92 anos, ex-fumador, autônomo, com antecedentes pessoais de DPOC, bronquiectasias, sequelas de tuberculose pulmonar, anemia multifatorial, cardiopatia isquêmica e insuficiência renal crônica. Internado em junho de 2013 por pneumonia adquirida na comunidade sem agente isolado, medicado com levofloxacina, tendo escalado antibioterapia para meropenem e linezolid por agravamento clínico e analítico. A broncofibroscopia revelou sinais inflamatórios generalizados; o exame bacteriológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar (LBA) foram negativos; a biópsia brônquica (BB) mostrou ligeiro infiltrado inflamatório. Um mês e meio depois foi novamente internado por quadro clínico compatível com infecção respiratória. A telerradiografia de tórax revelou hipotransparência difusa do campo pulmonar esquerdo. Iniciou empiricamente piperacilina + tazobactam e ciprofloxacina. A tomografia computadorizada (TC) do tórax mostrou consolidação sem broncograma aéreo envolvendo todo o lobo superior esquerdo com espessamento da parede e preenchimento endoluminal do brônquio lobar superior esquerdo e das estruturas brônquicas distais. A broncofibroscopia evidenciou oclusão completa do brônquio lobar superior esquerdo por massa constituída por tecido necrótico com sinais inflamatórios marcados sugestivos de neoplasia. Os exames culturais do LBA revelaram *Klebsiella pneumoniae* (sensível a imipenem) e *Aspergillus fumigatus*. O exame citológico do LBA foi negativo para células neoplásicas com isolamento de *Aspergillus* spp. A BB mostrou material constituído por abundantes hifas de fungos (*Aspergillus* spp), necrose e exsudado inflamatório, sem tecido neoplásico. As precipitinas de *Aspergillus* spp - Ig G (*fumigatus*, *niger*, *flavus*, *terrus*) foram positivas. Iniciou terapêutica com Itraconazol com significativa melhoria clínica e analítica. Repetiu broncofibroscopia já sem sinais de oclusão do brônquio lobar superior esquerdo, mantendo isolamento de *Aspergillus fumigatus* no LBA. Repetiu TC de tórax que revelou importante melhoria radiológica. Após alta hospitalar, cumpriu terapêutica com voriconazol durante 3 meses com boa tolerância e sem reações adversas. Constatou-se evolução analítica e radiológica favoráveis com regressão das lesões pulmonares.

Discussão: O atraso no diagnóstico da APCN é motivado pelo facto de ser uma patologia pouco frequente, geralmente indolente e da maioria dos doentes apresentarem doença pulmonar prévia. Por isso, é fundamental elevar o grau de suspeição de forma a obter o diagnóstico e a iniciar a terapêutica antifúngica o mais rapidamente possível, com implicações na melhoria do prognóstico.

Palavras chave: Aspergilose pulmonar. *Aspergillus fumigatus*.

P161. QUANDO UM DIAGNÓSTICO NÃO CHEGA

J.P. Silva, J. Vale, M. Sousa, V. Melo, E. Silva, T. Abrantes, S. Figueiredo, S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A infecção oportunista é uma importante causa de morbilidade e principal causa de morte em pacientes com mieloma múltiplo (MM). O aumento da suscetibilidade para infecção em pacientes com MM resulta da interação entre vários fatores incluindo a idade e a imunossupressão inata à doença e secundária ao tratamento.

Caso clínico: Homem de 73 anos, ex-fumador, sem outros antecedentes relevantes, referenciado por dispneia, tosse seca matinal, toracalgia esquerda de características pleuríticas, perda ponderal e dor localizada à bacia com cerca de 3 meses de evolução, apresentando ainda à data da observação em consulta febre intermitente vespertina. No Rx tórax destacava-se hipotransparência heterogênia do ápex esquerdo. A tomografia computadorizada revelou consolidação heterogênia no lobo superior esquerdo com distorção do parênquima e bronquiectasias de tração associadas, bem como conglomerado de imagens nodulares infracentimétricas. Estudos subsequentes demonstraram estabilidade dos nódulos e lesões osteolíticas na coluna vertebral, sacro e osso ilíaco, sem envolvimento de tecidos moles. O Rx do esqueleto mostrou extensão das lesões líticas à calota craniana e úmeros. Analiticamente destacou-se a presença de anemia e pico monoclonal na eletroforese sérica e urinária. Realizou biópsia guiada a lesão quística da asa ilíaca direita que foi compatível com plasmacitoma. A broncofibroscopia mostrou irregularidade da mucosa, distorção da arquitetura brônquica de predomínio à esquerda, presença de bacilos álcool-ácido resistentes no exame direto e cultural do aspirado brônquico e positividade no teste de amplificação de ácidos nucleicos para *Mycobacterium tuberculosis* do lavado broncoalveolar. O doente iniciou numa primeira fase terapêutica com antibióticos e posteriormente quimioterapia e antibioterapia profilática múltipla. De destacar ainda como intercorrência o desenvolvimento de lesão renal aguda multifatorial, que motivou o ajuste dos vários esquemas terapêuticos em curso.

Discussão: Na literatura disponível encontramos vários casos relatados de tuberculose em doentes com MM, embora o diagnóstico seja feito normalmente numa fase mais avançada da doença e em relação com o tratamento, nomeadamente com dexametasona e bortezomib. Neste caso o diagnóstico concomitante de ambas as patologias trouxe dúvidas durante o estudo complementar realizada e interferiu no início da intervenção terapêutica, nomeadamente pela colocação de hipótese de tuberculose vertebral.

Palavras chave: Tuberculose. Mieloma. Infecção oportunista.

P162. ASPERGILOMA: UMA PATOLOGIA (POUCO) BENIGNA

J. Silva, M. Brandão, A. Vale, C. Pinto, A. Fernandes, A. Afonso

Centro Hospitalar Trás-Os-Montes e Alto Douro.

Introdução: O aspergiloma é uma infecção saprófita por *Aspergillus* spp que coloniza cavidades pulmonares pré-existentes ou vias aéreas dilatadas, sendo a tuberculose a causa mais frequente. A hemoptise, sintoma maior, apresenta uma prevalência de 69 a 83% e uma taxa de mortalidade de 2-14%. A embolização arterial brônquica tem sido estabelecida como um meio útil e eficaz no controlo de hemoptises maciças no entanto sabe-se que a recorrência não é uma raridade.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino de 48 anos, ex-fumador de 20 UMA, com antecedentes de carcinoma epidermóide da faringe T4N2Mx diagnosticado em maio de 2014 e tuberculose pulmonar tratada há 10 anos. Enviado à consulta de Pneumologia Oncológica pela presença de lesão arredondada de grandes dimensões no ápex esquerdo para exclusão de processo neofornativo metastático. Realizou TC torácica que evidenciou massa de aspecto necrótico com extensão superior a 8 cm.

Submetido ao exame endoscópico respiratório, apresentando este-nose em fenda do segmento apico-posterior esquerdo, com mucosa congestiva, onde se realizou escovado e lavado broncoalveolar, estes com ausência de células neoplásicas e presença de colônias de fungo filamentosas, respectivamente. Assumido como provável aspergiloma e foi proposto para cirurgia da faringe em Consulta de Grupo Multidisciplinar de Tumores Sólidos (CGMTS). No dia da cirurgia, o doente iniciou hemoptises de moderado volume, controladas com tratamento médico, acabando por ter alta ao 2º dia. Dado o risco hemorrágico foi novamente discutido em CGMTS e alterada a estratégia para radioterapia. Recorreu ao Serviço de urgência 13 dias depois por tosse e hemoptises de grande volume, assim como expulsão de substância negra e de grande viscosidade, sem outras queixas associadas. À admissão apresentava-se pálido e taquicárdico, apesar de normotenso. Analiticamente com hemoglobina 5,75 g/dL, plaquetas 541.000/uLe INR 1.3. Radiograficamente verificava-se no terço esquerdo a opacidade conhecida, agora com maior área hipertransparente. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, apesar da terapêutica médica anti-fibrinolítica e suporte transfusional. Proposto para tratamento endovascular para controlo hemorrágico, pelo que se transferiu o doente para um Hospital terciário, após estabilização hemodinâmica. Foi realizada embolização com sucesso, mantendo-se o doente sem novas hemoptises durante 2 meses. Iniciou radioterapia cervical em 30 de julho de 2014 e na 7ª sessão (2 meses após embolização), apresentou recidiva hemorrágica fulminante, culminando na morte do doente.

Discussão: Apesar de se tratar de patologia benigna, o aspergiloma pode ter um desfecho fatal, sobretudo por hemoptises maciças como no caso deste doente. A embolização arterial brônquica, reconhecida como procedimento de primeira linha no controlo de hemoptises, é segura e eficaz, no entanto apresenta elevadas taxas de recorrência, que podem atingir os 42%, principalmente quando falamos de etiologia fúngica.

Palavras chave: Aspergiloma. Hemoptises. Embolização arterial.

P163. NÓDULO PULMONAR POR *ASPERGILLUS FUMIGATUS* - SURPRESA NO DIAGNÓSTICO E DESAFIO NO TRATAMENTO

H. Dabó¹, M. Vaz¹, J. Pardal², C. Moura², A. Marinho¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João, EPE.

Introdução: *Aspergillus spp.* são fungos ubíquos na natureza. A doença pulmonar tem várias formas de expressão; o nódulo pulmonar, uma forma de apresentação menos frequente, encontra-se sobretudo em indivíduos imunocompetentes, e geralmente assintomáticos.

Caso clínico: Mulher de 63 anos, não fumadora, sem antecedentes patológicos relevantes; admitida por hemoptise de moderado volume, com episódios recorrentes com 3 meses de evolução; negava outros sintomas respiratórios ou constitucionais. Ao exame objetivo sem evidência de compromisso respiratório ou hemodinâmico e apresentava crepitações na base direita. Analiticamente sem anemia, elevação dos marcadores inflamatórios ou coagulopatia. Rx de tórax sem alterações valorizáveis; TC torácica mostrou um nódulo de 27 mm de contornos irregulares no LIE e bronquiectasias cilíndricas no LM com ligeira densificação parenquimatosa em vidro despolido adjacente. A broncofibroscopia evidenciou apenas um pequeno coágulo no lingular. Os exames microbiológicos e pesquisa de células malignas no lavado brônquico (LB) foram negativos. Arteriografia brônquica não mostrou alterações. A biópsia do nódulo, aspirativa transtorácica por TC (BAT-TC), revelou estruturas fúngicas de tipo hifa de calibre irregular e o teste de amplificação dos

ácidos nucleicos (TAAN) foi compatível com *Aspergillus fumigatus* (AF). O estudo autoimune, a serologia para VIH 1/2 e a imunologia específica para AF foram negativos. Iniciou tratamento com voriconazol, que foi suspenso cerca de dois meses após por toxicidade hepática. A TC de reavaliação nessa altura mostrou redução da lesão (17 mm). Após normalização das enzimas hepáticas, reiniciou tratamento antifúngico, desta vez itraconazol; dois meses depois, verificou-se aumento e cavitação da lesão (27 mm); repetiu broncofibroscopia que não mostrou alterações, e os exames microbiológicos, TAAN para AF e *Micobacterium tuberculosis complex* (MTC), bem como a pesquisa de células malignas no LB/LBA foram negativos. Repetiu BAT-TC, cujos exames microbiológicos, TAAN para AF e MTC foram negativos, mas o material foi insuficiente para estudo anatomopatológico. Face a estes resultados, optou-se pela reintrodução de voriconazol, em doses crescentes até dose-alvo, com boa tolerância. Ao 7º mês de tratamento, sem recidiva de hemoptises, com evolução radiológica favorável (apenas evidência de uma alteração aparentemente cicatricial), é constatada nova subida de enzimas hepáticas; decidiu-se terminar o tratamento. Passados 8 meses do término do tratamento, sem sintomas respiratório e radiologicamente sem recidiva.

Discussão: A relevância deste caso clínico prende-se com esta apresentação radiológica pouco frequente da doença pulmonar por AF, a simular neoplasia pulmonar, bem como pelo desafio terapêutico que proporcionou.

Palavras chave: Hemoptise. Nódulo e *Aspergillus fumigatus*.

P164. CRIPTOCOCOSE PULMONAR - UM CASO INCOMUM

S. Lucas, H. Ramos, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro.

Introdução: A criptococose é uma infeção fúngica causada por leveduras capsuladas do género *Cryptococcus*. Apesar de incluir mais de 50 espécies apenas 2 são consideradas patógenas para o ser humano: *Cryptococcus neoformans* e *Cryptococcus gattii*. Ao longo dos últimos anos a Criptococose ganhou especial importância constituindo na atualidade uma importante causa de morbimortalidade em doentes imunocomprometidos (infeção VIH/SIDA, doenças neoplásicas, transplantes de órgãos e uso de corticoides ou outras terapêuticas imunossupressoras). Apesar de atingir mais frequentemente indivíduos imunodeprimidos a infeção por *Cryptococcus* também pode ocorrer em doentes imunocompetentes. A grande maioria destes indivíduos não desenvolve sintomatologia e não necessita de tratamento farmacológico.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso incomum de um indivíduo do sexo masculino, 46 anos de idade, raça caucasiana, jardineiro, fumador com carga tabágica de 45 unidades maço/ano com tosse com expectoração hemoptoica escassa, dor torácica à direita e disfonia com cerca de 3 semanas de evolução associadas a uma perda ponderal (9 Kg). O doente realizou tomografia computadorizada do tórax que evidenciou múltiplas massas heterogêneas a nível de ambos os campos pulmonares, as de maiores dimensões localizadas adjacente à grande cisura do pulmão esquerdo (6,8 × 4,6) e a nível dos vértices pulmonares (7,8 × 10 cm e 4,7 × 4,6). As últimas apresentavam contacto com os vasos subclávios e condicionavam moldagem da traqueia. Após realização de broncofibroscopia, punção aspirativa transtorácica e biópsia aspirativa transtorácica foi diagnosticado infeção criptocócica pulmonar com necessidade de tratamento farmacológico dirigido com fluconazol. Após terapêutica observou-se uma melhoria clínica, radiológica e analítica exuberante com regressão acentuada das lesões criptocócicas bilaterais estando o doente atualmente assintomático.

Palavras chave: Criptococose pulmonar. Imunocompetentes.

P165. ERITEMA NODOSO E TUBERCULOSE - UMA ASSOCIAÇÃO IMPORTANTE

T. Sachisokele, E. Cunha, E. Tavares, J.M. Carvalho

Centro de Diagnóstico Pneumológico de Santarém. Hospital de Santarém.

Introdução: O eritema nodoso é uma entidade relativamente frequente; tendo diversas etiologias, a tuberculose, em zonas em que tem prevalência significativa, é uma causa que não deve ser descuidada. Se o diagnóstico do eritema nodoso é efectuado pela observação das lesões, os exames complementares permitem definir a etiologia; na ausência de outros dados positivos, a prova tuberculínica é, nos casos da etiologia tuberculosa, determinante. O rastreio de contactos, de todos os casos de tuberculose, é de grande importância, permitindo detectar fontes de infecção na comunidade.

Casos clínicos: Caso 1: doente 33 anos, doméstica, apresenta em julho de 2013 lesões de eritema nodoso nos membros inferiores e antebraço direito, sem febre, sem outras queixas. Observada na consulta de Dermatologia, além de outros exames complementares (PCR 1,6, TASO 67, TAC com mediastino com algumas formações ganglionares milimétricas e uma com 20 mm) é enviada ao CDP para despiste de tuberculose. A prova tuberculínica foi de 21 mm. Mantendo bom estado geral e apesar de se verificar regressão espontânea das lesões cutâneas, decidimos iniciar tratamento antibacilar, dada a provável etiologia tuberculosa. É proposto também o rastreio dos contactos e além dos 5 familiares directos que estão assintomáticos, a doente refere que o vizinho “é que tosse muito!”. A doente iniciou o esquema 2HRZE/4HR e evoluiu favoravelmente. Caso 2: doente de 39 anos, cozeiro - o vizinho que iríamos convocar para rastreio, foi à urgência no mesmo dia, por hemoptises, sendo internado por tuberculose pulmonar muito extensa, confirmada bacteriologicamente. Referia tosse e expectoração arastada, pelo menos desde agosto de 2012, altura em que também foi à urgência e apresentava opacidade no 1/3 superior esquerdo. Iniciado o esquema 2HRZE/9HR, registou-se evolução favorável; sem resistências. Caso 3: doente de 14 anos, estudante, filha da doente apresentou viragem tuberculínica aos 3 meses - 20 mm com flictenas - e referindo artralgias, sem febre e com VS 120, PCR 2,5 e Rx tórax com reforço hilar direito. Iniciou terapêutica com o esquema 2HRZ/4HR, com evolução favorável.

Discussão: O eritema nodoso de etiologia tuberculosa é uma entidade recorrente, com frequentes remissões espontâneas e em que a prova tuberculínica, na ausência de outros dados positivos, é determinante para o diagnóstico. O rastreio de tuberculose entre os conviventes de todos os casos de tuberculose, mesmo os não contagiantes é muito importante, permitindo por vezes detectar as fontes de infecção.

Palavras chave: Tuberculose. Eritema nodoso. Tuberculina. Rastreio de contactos.

P166. TUBERCULOSE - FORMA DE APRESENTAÇÃO RARA

T. Martín Rioja, H. Grumete, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: No ano 2011, em Portugal, foram registados 2388 casos de tuberculose (TB). A TB extrapulmonar afecta 20% dos indivíduos imunocompetentes com TB, sendo a enterite tuberculosa a sexta forma mais frequente (1-3%). É uma complicação rara da doença pulmonar, geralmente secundária à deglutição de expectoração infectada ou, menos frequentemente, por disseminação hematogénica, ingestão de alimentos contaminados ou disseminação contígua. A apresentação clínica é inespecífica, sendo a dor abdominal o sintoma mais frequente. O diagnóstico definitivo requer análise histológica e cultural. O tratamento antibacilaré semelhante ao da TB pulmonar.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 55 anos, fumador (120 UMA), trabalhador na restauração, sem antecedentes pessoais conhecidos. Apresentava quadro clínico de diarreia e dor abdominal difusa com 5 meses de evolução, com agravamento sintomático nos últimos 2 meses associado a perda ponderal de 13% no último mês. Sem queixas respiratórias. Na observação salientava-se dor abdominal difusa, sem defesa, sem sinais de ascite. Não foram detectadas alterações na avaliação cardiopulmonar. Analiticamente apresentava anemia (hemoglobina 6,8 g/dl) normocítica, normocrômica e proteína C reactiva de 12. A radiografia abdominal mostrou ansas distendidas e níveis hidroaéreos. A ecografia foi compatível com processo inflamatório intestinal a nível de intestino delgado e cólon. A TC verificou ainda adenopatias mesentéricas e ileo-pélvicas e discreta ascite. Por desenvolvimento subsequente de quadro de oclusão intestinal foi submetido a ileocelectomia direita com ileostomia. A peça cirúrgica mostrou histologia com granulomatose intestinal e ganglionar compatível com TB. A radiografia torácica entretanto efectuada, revelou hipotransparências apicais heterogêneas bilaterais e a TC torácica infiltrados exuberantes a nível dos lobos superiores, médio e língula, assim como derrame pleural bilateral significativo. A broncofibroscopia não revelou alterações macroscópicas, mas verificou-se o isolamento de raros bacilos ácido álcool resistentes nas secreções brônquicas. Devido ao síndrome de intestino curto secundário a ressecção intestinal iniciou alimentação parentérica e esquema terapêutico antibacilar endovenoso com isoniazida, rifampicina, levofloxacina e ampicilina. Salienta-se a intercorrência durante o internamento de múltiplas infecções e complicações neste doente previamente imunocompetente, nomeadamente aspergilose pulmonar, quadro séptico em contexto de infeção nosocomial sem foco identificado, edema agudo do pulmão, bacteriemia a *S. haemolyticus* com ponto de partida em cateter venoso central, insuficiência renal aguda, leucopenia e neutropenia iatrogénicas, ototoxicidade secundária a ampicilina e tromboembolismo pulmonar. Teve alta após 6 meses de internamento, clínica e radiologicamente melhorado. Foi referenciado ao Centro de Diagnóstico Pneumológico, com apoio dos Cuidados Continuados domiciliários, com cateter venoso central de longa duração para alimentação parentérica e terapêutica antibacilar endovenosa.

Discussão: A TB pulmonar pode estar associada a outras formas de TB extrapulmonar, nomeadamente enterite tuberculosa. É necessário um elevado índice de suspeição, assim como uma abordagem multidisciplinar para realizar o diagnóstico o mais precocemente possível, de forma a minimizar a morbi-mortalidade associada a estas entidades e as suas complicações.

Palavras chave: Tuberculose. Síndrome do intestino curto.