



POSTERS

23º Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 3-4 de Março 2016

PO01. CONCORDÂNCIA ENTRE A ESCALA MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MMRC) E O COPD ASSESSMENT TEST (CAT) NA CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES COM DPOC DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

R. Marçôa, M. Dias, I. Ladeira, R. Lima, R. Monteiro, T. Shiang, M. Guimarães

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os doentes com DPOC são classificados nos subgrupos A, B, C e D de acordo com os sintomas e o risco. Um doente com mMRC ≥ 2 ou CAT ≥ 10 é considerado “mais sintomático”. No entanto, têm surgido discrepâncias na classificação sintomática usando mMRC versus CAT.

Objetivo: Classificar os doentes como “mais sintomáticos” ou “menos sintomáticos” utilizando o CAT e a mMRC e avaliar a concordância entre eles.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo que incluiu doentes seguidos em consulta hospitalar de DPOC de 1/01/2015 a 31/12/2015. Incluíram-se doentes com idade > 40 anos, relação volume expiratório forçado no 1º segundo e capacidade vital forçada (FEV1/FVC) após broncodilatação $< 0,7$ e que preencheram completamente os questionários aplicados. Registaram-se características sociodemográficas, pontuação CAT, grau mMRC, FEV1, FVC e número de exacerbações no ano anterior.

Resultados: Incluíram-se 114 doentes, com idade média de 71 anos (± 10), 85% (n = 97) homens e 86,8% (n = 99) com história de consumo tabágico. O FEV1 e a FVC médios foram de 46% (± 17) e 80% (± 20), respetivamente e 40,4% (n = 46) dos doentes encontravam-se sob oxigenoterapia de longa duração. A pontuação CAT média foi 16 (± 7) e a mediana de mMRC foi 2 (mín-máx 0-4). Foram considerados como “mais sintomáticos” 60,5% dos doentes segundo a escala mMRC e 76,3% segundo a pontuação CAT. Os indivíduos de alto risco (≥ 2 exacerbações ou ≥ 1 hospitalização no último ano ou FEV1 $< 50\%$) correspondiam a 75,4% dos doentes (n = 86). Com base num mMRC ≥ 2 , 11,4% dos doentes foram alocados ao subgrupo GOLD A; 13,2% B; 28% C e 47,4% D e tendo em conta um CAT ≥ 10 , 7,9% foram classificados no subgrupo A; 16,7% B; 16,7% C e 58,7% D.

Verificou-se uma discordância entre CAT ≥ 10 e mMRC ≥ 2 de 23%. A concordância entre mMRC ≥ 2 e CAT ≥ 10 foi moderada (k = 0,49; p $< 0,0001$). Para valores de mMRC ≥ 1 ou mMRC ≥ 3 a concordância com CAT ≥ 10 foi inferior em relação a mMRC ≥ 2 (k = 0,29; p $< 0,0001$ e k = 0,19; p = 0,001; respetivamente). Uma maior concordância foi alcançada entre uma pontuação CAT ≥ 15 e mMRC ≥ 2 (k = 0,53; p $< 0,0001$) em relação a CAT ≥ 10 .

Conclusões: Verificou-se uma concordância moderada entre CAT ≥ 10 e mMRC ≥ 2 na classificação sintomática dos doentes DPOC, que vai de encontro com o descrito na literatura. Não foi encontrado nenhum valor de corte óptimo para mMRC que corresponda a CAT ≥ 10 tendo sido o valor mMRC ≥ 2 que obteve maior concordância. Em relação ao CAT verificou-se que um valor de CAT ≥ 15 apresenta uma maior concordância com mMRC ≥ 2 em relação a CAT ≥ 10 .

Palavras-chave: DPOC. mMRC. CAT.

PO02. REDE DE ESPECIALISTAS DE ASMA GRAVE (REAG)

A.M. Pereira², A.M. van Zeller¹, C. Abreu³, E. Almeida⁴, L. Almeida¹, E. Alvares⁵, A. Arrobas⁶, L. Barata⁷, C. Botelho⁸, T. Calvo⁹, I. Carrapatoso¹⁰, A. Carvalho¹¹, M.F. Carvalho¹², M. Castanho¹³, B. Celeirós¹⁴, A.C. Costa¹², A. Costa¹⁵, L. Cunha¹⁶, M. Drummond¹, M. Emiliano¹⁷, H. Falcão¹⁶, I. Fernandes¹⁸, L. Fernandes¹⁹, A. Ferreira²⁰, C. Ferreira⁶, L. Ferreira¹⁴, J. Fonseca², L. Galdes⁷, R. Gerardo¹⁷, F. Inácio²¹, C. Chaves Loureiro²², C. Chaves Loureiro²³, E. Magalhães²⁴, A. Mendes¹², F. Menezes¹³, D. Moniz²⁵, A. Morete²⁶, C. Parda²⁷, I. Pereira³⁴, C. Pinto⁹, P. Leiria Pinto²⁸, P. Rosa²⁹, C. Santos³⁰, L. Semedo¹⁷, J. Silva³¹, J.P. Moreira Silva²⁰, R. Silva³², M.J. Silvestre⁹, L. Simão³³, M. Sousa³⁴, N. Sousa³¹, A. Todo-Bom¹⁰, F. Todo-Bom³⁵, E. Tomás²¹, W. Videira²⁵

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

²Unidade de Imunoalergologia, CUF-Porto Hospital & Instituto.

³Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano. ⁴Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu. ⁵Serviço de Pneumologia, Hospital das Forças Armadas, Lisboa. ⁶Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra,

Hospital Geral. ⁷Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães. ⁸Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Braga. ⁹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. ¹⁰Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospitais da Universidade de Coimbra. ¹¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. ¹²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte. ¹³Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta. ¹⁴Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ¹⁵Serviço de Pneumologia, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães. ¹⁶Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Porto. ¹⁷Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central-Hospital Santa Marta. ¹⁸Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal. ¹⁹Serviço de Pneumologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz. ²⁰Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. ²¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal. ²²Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Pediátrico de Coimbra. ²³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospitais da Universidade de Coimbra. ²⁴Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar da Cova da Beira. ²⁵Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte. ²⁶Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga. ²⁷Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Fernando da Fonseca. ²⁸Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central-Hospital Dona Estefânia. ²⁹Serviço de Pneumologia, Hospital de Vila Franca de Xira. ³⁰Serviço de Pneumologia, Hospital Distrital de Santarém. ³¹Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda. ³²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. ³³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. ³⁴Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu. ³⁵Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo.

A Rede de Especialistas de Asma Grave (REAG) é constituída por um grupo de médicos de diferentes especialidades, de hospitais de todo o país, que se dedicam ao tratamento de doentes com asma grave (AG). O objetivo da REAG é promover a melhoria global dos cuidados prestados aos doentes com AG em Portugal. Especificamente, pretende: 1) uniformizar a abordagem dos doentes com AG, estabelecendo recomendações adaptadas à nossa realidade; 2) sensibilizar os médicos (em particular nos cuidados de saúde primários e noutras especialidades), para a identificação precoce e orientação apropriada dos doentes com AG; 3) conseguir a atribuição, por parte das autoridades competentes, do estatuto de doença rara para a AG; 4) promover a educação da população em geral para a asma, especialmente para a AG; e 5) contribuir para o desenvolvimento científico, com a apresentação e/ou publicação de resultados dos doentes portugueses com AG e participação em estudos internacionais em asma grave. Fazem parte da REAG mais de 50 médicos especialistas em Pneumologia, Imunoalergologia e Pediatria, de 24 unidades de saúde distribuídas de Norte a Sul de Portugal Continental. Até ao final de 2015, a REAG desenvolveu e implementou um conjunto de documentos que permitem uma avaliação uniformizada dos doentes com asma grave sob tratamento com anticorpos monoclonais; criou um folheto informativo sobre asma grave; e publicou os primeiros resultados clínicos decorrentes do trabalho da rede (Sousa et al. Rev Port Pneumol. 2015). Estão em desenvolvimento, no âmbito da REAG, documentos de consenso sobre AG, incluindo a sua definição, exames complementares a realizar na avaliação inicial e no seguimento destes doentes e recomendações de diagnóstico diferencial e para identificação de comorbilidades. Está também em desenvolvimento uma base de dados de registo nacional de asma grave, que permitirá agregar os dados de todos os doentes com AG em Portugal; adicionalmente, está em discussão a caderneta do doente com AG e um algoritmo de avaliação do risco nesta patologia. No futuro, a REAG pretende implementar mecanismos

de identificação precoce dos doentes com AG (e.g. Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência...) e otimizar a colaboração com outros grupos profissionais envolvidos no seguimento destes doentes, bem como com redes internacionais, facilitando a partilha de conhecimentos e de experiências. Finalmente, a REAG pretende que a asma grave seja considerada uma doença rara, permitindo implementar medidas que melhorem os resultados dos doentes com asma grave.

Palavras-chave: Asma grave.

PO03. PERFIL DE DOENTES INTERNADOS POR AGUDIZAÇÃO DE ASMA: SENSIBILIZAR PARA MELHORAR

L.M. Santos, C. Chaves Loureiro, M. Loureiro

Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A asma é uma doença respiratória crónica que pode sofrer períodos de agudização, geralmente por exposição a agentes externos ou má adesão terapêutica, existindo vários factores que colocam o doente em risco. A referenciação para a especialidade hospitalar deve ser realizada sempre que indicado.

Objectivos: Analisar os internamentos por agudização de asma no Serviço de Pneumologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), com enfoque nos factores de risco e no seguimento destes doentes.

Material e métodos: Estudo transversal e retrospectivo dos internamentos por agudização de asma ocorridos de Janeiro a Dezembro de 2014, no Serviço de Pneumologia A do CHUC. Os dados clínicos foram registados numa base de dados e tratados pelos métodos estatísticos apropriados. Utilizaram-se como critérios para avaliação da componente de riscos da Global Initiative for Asthma (GINA) 2015.

Resultados: Ocorreram 83 internamentos por agudização de asma, a maioria (69,9%) de causa infecciosa, com um pico nos meses de Janeiro e Fevereiro (38,6%), com duração mediana de 8 dias (IIQ = 5). Os doentes internados foram maioritariamente do sexo feminino (72,3%), com mediana de idades de 56 anos (IIQ = 35) e IMC médio de 28,5 kg/m² (DP = 5,5), registando-se prevalência de tabagismo em 20,5% e de DPOC em 25,3%. A vacinação anti-pneumocócica ou anti-gripal tinha sido feita por 32,9% da população (67,2% dos agudizados por infecção não se encontravam imunizados). 36,1% da amostra era não alérgica, 43,4% tinha idade tardia de início de doença, verificando-se uma eosinofilia periférica média de 2,3% (DP = 3,8). Na avaliação da componente de risco, 89,2% dos doentes tinha pelo menos um fator de risco. Parte significativa não tinha seguimento médico (18,1%), não fazendo tratamento crónico; 24,1% era acompanhado em consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) e 57,9% em consulta hospitalar de Pneumologia/Imunoalergologia. A maioria encontrava-se pelo menos em Step 2 de tratamento. Dos doentes seguidos em MGF, 75% encontravam-se em Step 3 ou 4 e 25% apresentava pelo menos mais um critério de referenciação à consulta da especialidade. Após o internamento, 85,7% dos doentes sem seguimento em consulta hospitalar foram referenciados para consulta de Pneumologia (60%)/Imunoalergologia (25,7%).

Conclusões: A população estudada apresentou baixa prevalência de imunização, contribuindo provavelmente para a elevada percentagem de agudizações infecciosas. A maioria tinha risco aumentado para agudização e parte considerável da amostra, apesar de apresentar critérios de referenciação à especialidade, era seguido na MGF. Conclui-se assim pela necessária sensibilização para a adequada orientação da população asmática.

Palavras-chave: Asma. Agudização. Internamento. Referenciação. Eosinofilia.

PO04. ENFISEMA PULMONAR EM CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: UM DILEMA ÉTICO E TERAPÊUTICO

M. Esteves Brandão, D. Apolinário, J. Silva, B. Conde, A. Afonso

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A história natural da deficiência de alfa-1 antitripsina (AAT) é altamente variável, sendo influenciada por fatores exógenos, sobretudo o tabagismo, e fatores endógenos ainda pouco esclarecidos. Até 50% das crianças com deficiência grave desenvolvem doença hepática nos primeiros anos de vida (icterícia neonatal, hepatomegalia e distúrbios nutricionais). No entanto, as manifestações pulmonares da doença ocorrem tipicamente na idade adulta.

Caso clínico: Criança de 13 anos, sexo masculino, com antecedentes de septicemia por *Streptococcus bovis* aos 4 meses, infeções respiratórias e otites médias supurativas recorrentes e exposição passiva ao tabaco (pai fumador). Evolução ponderal com cruzamento de percentis nos primeiros meses de vida. Aos 9 meses, a investigação laboratorial revelou anemia e citocolestase hepática. O doseamento da AAT foi de 50 mg/dL e o estudo genético identificou o genótipo ZPI. O alelo PI corresponde a uma variante rara, já descrita em várias famílias portuguesas que se associa a uma redução da secreção da proteína em cerca de 70%. O seguimento da criança foi interrompido por situação social problemática. Aos 10 anos, é novamente observado em consulta hospitalar apresentando-se debilitado, com baixo peso, cansaço fácil e tosse produtiva diária. A auscultação pulmonar revelava com frequência sibilância e crepitações bibasais. Analiticamente com anemia agravada, eosinofilia periférica, elevação da IgE total e específica para antígenos inalantes e AAT de 36,7 mg/dL. O estudo funcional respiratório evidenciou obstrução ligeira com prova de broncodilatação negativa. A tomografia computadorizada torácica documentou enfisema panlobular e bronquiectasias varicosocísticas de predomínio nos lobos inferiores. Foi iniciada terapêutica broncodilatadora (fluticasona e salbutamol antes do exercício) bem como incentivadas as medidas de prevenção primária. Encontra-se atualmente em seguimento pela Pneumologia, aguardando autorização para início da terapêutica de reposição de AAT.

Discussão: O caso clínico exposto relata uma apresentação muito rara da deficiência de AAT. Para o desenvolvimento tão precoce de doença pulmonar poderão ter contribuído fatores como o tabagismo passivo, história de infeções pulmonares de repetição, malnutrição e contexto psicossocial desfavorável. O tratamento de reposição endovenosa de AAT não se encontra testado em idade pediátrica, no entanto, sendo a única opção de tratamento específico disponível, poderá vir a ser de grande importância na melhoria da qualidade de vida desta criança.

Palavras-chave: *Enfisema. Deficiência de alfa-1 antitripsina. Doença pulmonar obstrutiva crónica.*

PO05. DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: CASUÍSTICA DE UM NOVO CENTRO

M. Esteves Brandão, L. Ribeiro, J. Silva, B. Conde, A. Afonso

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A deficiência de alfa-1 antitripsina (AAT) é uma doença genética de transmissão autossómica dominante que predispõe ao desenvolvimento de doença pulmonar, geralmente manifestada na quinta década de vida em não-fumadores.

Objectivos: Descrever a distribuição fenotípica, manifestações clínicas, funcionais e radiológicas dos doentes com deficiência de AAT em seguimento na consulta de Pneumologia.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo incluindo todos os doentes com deficiência de AAT que foram seguidos na consulta de Pneumologia entre 2004 e 2015. Os dados

clínicos e demográficos foram obtidos a partir da consulta dos processos clínicos dos doentes.

Resultados: Durante o período estudado, foram referenciados à consulta 17 doentes com deficiência de AAT, a maioria homens (64,7%), com idade entre os 13 e 64 anos (média $45 \pm 13,7$ anos). Em média, o início da sintomatologia ocorreu na terceira década de vida ($31 \pm 17,7$ anos). Três doentes foram diagnosticados antes dos 18 anos (17,6%). Não se observou diferença estatisticamente significativa na idade de início da sintomatologia entre o grupo de doentes expostos a inalantes tóxicos e o grupo dos não-expostos. O diagnóstico da doença fez-se com um atraso médio de 7 anos face ao início dos sintomas. O fenótipo mais frequente foi o ZZ (41,2%), seguido do MS e MZ (ambos 17,6%). Outros fenótipos encontrados foram: SS, SZ e ZPI. O doseamento inicial de AAT foi em média 54,7 mg/dL (mín. 19,2 e máx. 81,3), significativamente inferior no grupo de doentes com fenótipo ZZ ($p < 0,001$). O estudo funcional respiratório mostrou alteração ventilatória obstrutiva em 58,8% dos doentes no momento do diagnóstico. Não se observou relação entre a gravidade da obstrução das vias aéreas e o doseamento da AAT ao diagnóstico. O enfisema e as bronquiectasias (ambos com uma prevalência de 58,8%) foram os achados radiológicos mais comuns. Apenas dois doentes tiveram atingimento hepático (ambos fenótipo ZZ). Três doentes de fenótipo ZZ iniciaram terapêutica de substituição de AAT, dois deles com estabilização da função pulmonar e redução significativa no número de intercorrências infecciosas. Um doente faleceu após 6 anos de seguimento, apesar da terapêutica de substituição, por complicações de cirrose hepática.

Conclusões: Na amostra de doentes analisada, com predomínio de fenótipo ZZ, a deficiência de AAT manifestou-se em idade precoce. Ao diagnóstico, mais de metade dos doentes apresentavam atingimento da função pulmonar e enfisema pulmonar ou bronquiectasias. Dos doentes que iniciaram terapêutica de substituição, um teve uma evolução desfavorável ao fim de 6 anos.

Palavras-chave: *Enfisema. Deficiência de alfa-1 antitripsina. Doença pulmonar obstrutiva crónica.*

PO06. COMA HIPOTIROIDEU. UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

P. Dionísio¹, S. Moreira¹, S. Alfarroba¹, E. Frago², C. Lopes², P. Cardim², J. Monteiro², C. Bárbara¹

¹*Serviço de Pneumologia;* ²*Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

Introdução: O coma hipotiroideu/mixedematoso é a manifestação extrema de um hipotiroidismo grave não tratado, com uma mortalidade que pode atingir 50-60%. É mais frequente no sexo feminino e nas últimas décadas de vida, representando um desafio para os clínicos porque frequentemente os doentes apresentam-se confusos e letárgicos, não em coma. Ocorre falência multiorgânica, incluindo insuficiência respiratória, que se manifesta por hipoventilação alveolar, podendo ser necessário ventilação mecânica invasiva. A hipoventilação resulta da diminuição da resposta ventilatória à hipóxia e hipercápnia, fraqueza dos músculos respiratórios, em particular do diafragma, e redução do consumo metabólico de oxigénio. Pode igualmente haver síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) por aumento ponderal e infiltração dos músculos do pescoço, com obstrução da via aérea superior.

Caso clínico: Homem, 75 anos, autónomo, ex-fumador, com os diagnósticos prévios de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão pulmonar moderada, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica sem critérios de hemodiálise e obesidade grau II. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por dispneia e alteração do estado de consciência. No exame objectivo destacava-se, obesidade, hiporreactividade, edema da face, membros inferiores e parede abdominal, hipotermia mar-

cada, má perfusão periférica, tensão arterial de 112/68 mmHg, pulso arritmico e bradicárdico, murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Gasimetricamente, em ar ambiente, apresentava acidemia respiratória (pH 7,21, pCO₂ 69 mmHg, pO₂ 51,4 mmHg, sO₂ 81,9%, HCO₃⁻ 22,4 mmol/L). Analiticamente com Hb 12,2 g/dL, sem leucocitose, neutrófilos 84,1%, PCR negativa, ureia 113 mg/dL, creatinina 2,7 mg/dL, TSH 67,0 uU/mL (0,55-4,78), T4L 0,35 ng/dL (0,80-1,80). Na radiografia torácica apresentava cardiomegalia e sinais de estase pulmonar. Electrocardiograficamente com bradifibrilhação auricular. No SU iniciou ventilação não-invasiva (VNI) e levotiroxina endovenosa e 24h depois foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios por coma mixedematoso, provavelmente secundário à toma prolongada de amiodarona. Nos primeiros 4 dias houve agravamento do quadro: necessidade de suporte aminérgico, grande dependência da VNI, agravamento da acidemia (agora mista) e oligúria. Posteriormente assistiu-se a uma melhoria progressiva, sem presença de hipoventilação em vigília, tendo tido alta sob VNI nocturna, sem oxigénio suplementar. Após a alta, com normalização da função tiroideia e sem pressão positiva, realizou polissonografia que revelou SAOS e hipoventilação alveolar nocturna, que confirmou a necessidade de manter VNI.

Discussão: É importante considerar o hipotiroidismo quando não existe outro diagnóstico que explique a insuficiência respiratória, muitas vezes atribuída a outras causas como doença pulmonar obstructiva crónica ou hipoventilação secundária a obesidade.

Palavras-chave: Coma hipotiroideu. Insuficiência respiratória. Hipoventilação. Ventilação não-invasiva.

PO07. ANTERO-CERVICAL THERMOPHYSIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA PATIENTS

M. Jarnalo¹, M. Drummond², R. Vardasca³

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ²Serviço de Pneumologia, Hospital de São João. ³Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

Introduction: Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS), the most common sleep breathing disorder, is associated with decreased performance and increased burden of cardiovascular events. Apnea and Hypopnea Index (AHI) reflects repetitive collapse of the pharyngeal walls, contributing to the development of an upper airway inflammatory process. The literature is sparse in what refers to the applicability of medical thermography in OSAS. In fact, medical thermography is a re-emerging imaging technique allowing documentation and interpretation of physiological processes that affect the body temperature distribution, through detection of naturally emitted infrared thermal radiation by the skin.

Objectives: The aim of the study is to characterize the thermal profile of antero-cervical region of OSAS patients through medical thermography and to address whether there are differences between OSA patients and controls.

Material and methods: Glamorgan Protocol, a standard for recording and evaluation of thermal images in medical fields, was followed. Patients referred to overnight polysomnography (PSG) were consecutively selected to perform a thermography examination of the antero cervical region at baseline and after a cold provocative stimuli. PSG results then stratified the subjects into two groups - OSAS and controls - and their thermograms were compared.

Results: A total of 26 participants (11 controls and 15 OSAS subjects) were evaluated. Antero-cervical right side (RS) temperature was higher in OSAS group at baseline (p = 0.014). Right side index (RSI) temperature - the difference between RS and submental region, taken as control - was lower in OSAS subjects at baseline (p = 0.020), 5 minutes (p = 0.043) and 10 minutes after the cold stimuli (p = 0.008), indicating higher absolute temperatures in this group.

Left side index (LSI) were also lower at 5 minutes (p = 0.017) and at 10 minutes in OSAS group (p = 0.021). A positive correlation was found between AHI and RS temperature at baseline (r = 0.424, p = 0.031) and at 10 minutes (r = 0.403, p = 0.041). A negative correlation between AHI and RSI was found at baseline (r = -0.458, p = 0.019), 5 minutes (r = -0.405, p = 0.040) and 10 minutes after cold provocation was applied (r = -0.435, p = 0.025).

Conclusions: OSAS patients appear to have higher temperatures on their antero-cervical thermograms compared with non-OSAS counterparts and OSA severity seems to positively correlate with temperature. The differences reported probably reflect the underlying inflammatory activity of the upper airway and thermography can be a noninvasive, accurate and easy tool for OSA suspicion, but a larger trial would further obviate this findings.

Key words: Obstructive sleep apnea syndrome. Inflammation. Medical thermography. Antero-cervical region. Thermograms.

PO08. EFICÁCIA DA TERAPIA POSICIONAL NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

L. Ribeiro, T. Gomes, A. Rocha, A. Ferreira, E. Matos, I. Ferradasa, M.J. Silvestre, T. Calvo, A. Afonso

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

Objectivos: Avaliação da eficácia da terapia posicional na síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) de predomínio na posição supina (PS).

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes submetidos a terapia posicional para o tratamento da SAOS no período de agosto de 2010 a agosto de 2015. A eficácia da terapêutica foi reavaliada com estudo polissonográfico do sono tipo 3 e avaliação clínica em consulta. A análise estatística foi efetuada com SPSSv.20.0, considerando o nível de significância estatística p < 0,05.

Resultados: Foram analisados 54 doentes, sendo 81,5% homens, média de idade 54,8 ± 12,3 anos e 73% profissionalmente ativos. Ao diagnóstico, considerando o IAH/hora global, 1,7% não tinha SAOS, 37,9% SAOS ligeiro, 46,6% moderado e 13,8% grave. Considerando o IAH/hora em PS, 5,2% apresentavam SAOS ligeiro, 46,6% moderado e 48,3% grave. Em 90,7% dos casos a terapia posicional foi a primeira opção terapêutica: 98,2% bola no pijama e 1,8% mochila. A eficácia do tratamento foi avaliada em mediana 6 meses (mínimo 1 mês e máximo 58 meses) após a proposta terapêutica. Em 55,2% a adesão era desconhecida, 6,9% não cumpriam, 15,5% cumpriam irregularmente e 22,4% regularmente. Verificou-se diminuição significativa do valor da Escala de Sonolência de Epworth (ESE) (11,9 ± 6,5 vs 6,7 ± 4,8, p = 0,018), IAH/hora global (19,4 ± 9,4 vs 9,1 ± 8,4, p = 0,000), IAH/hora em PS (34,5 ± 15,6 vs 9,4 ± 15,7, p = 0,000), índice de dessaturação/hora (13,2 ± 8 vs 6,6 ± 5,7, p = 0,000) e percentagem de tempo em PS (34,9 ± 24 vs 8,8 ± 14,3, p = 0,000). Não houve alteração significativa da saturação média (93,4 ± 2,3% vs 94,2 ± 2,2%), saturação mínima (83 ± 5,5% vs 84,5 ± 5,9%) e CT90 (5,9 ± 13,3 vs 4,5 ± 13,1). Em 39,7% houve resolução da SAOS, em 32,7% redução da gravidade e em 27,6% manutenção/agravamento da SAOS. Os doentes com resolução da SAOS apresentavam ao diagnóstico IAH/hora significativamente inferior (16 ± 8,7 vs 27,8 ± 7,6, p = 0,000). Foi alterada estratégia terapêutica em 29,3% dos casos.

Conclusões: Nesta amostra a terapia posicional mostrou-se eficaz na evicção da PS num número significativo de doentes, embora a maioria dos doentes mantivesse doença não corrigida. Nos doentes com SAOS ligeira-moderada a terapia mostrou-se eficaz pelo que deve ser considerada no tratamento destes doentes assim como naqueles que recusam o uso de cPAP.

Palavras-chave: SAOS. Posicional.

PO09. RISCO TABÁGICO NA DOENÇA CARDIOPULMONAR: COMO AVALIAR?

F. Carriço, F. Fernandes, R. Gomes, F. Luís, L. Ferreira

ULS Guarda-Hospital Sousa Martins.

Introdução: O processo de investigação epidemiológica requer a definição da doença estudada, de medidas quantitativas de exposição e a utilização de um método de associação dessas variáveis. A evidência da exposição epidemiológica do tabaco nas doenças advém de estudos nos quais a avaliação da exposição tabágica tem por base a informação fornecida pelos próprios doentes (idade de início, número de cigarros/dia, número de anos de consumo expressos na carga tabágica-UMA). A cotinina é um biomarcador de consumo tabágico com relevância fenotípica na literatura recente. **Objectivos:** Determinar se a carga tabágica é um bom marcador na avaliação de doença tabágica e de exposição ao desenvolvimento de doença pulmonar e cardiovascular. Avaliação do risco tabágico usando o produto da carga tabágica pela cotinina.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e comparativo dos fumadores que frequentaram a Consulta de Desabitação Tabágica da ULS da Guarda no período 2013-2015. Grupo Controlo I: assintomáticos e sem diagnóstico de doença relacionada com tabaco. Grupo Doença II: diagnóstico de doença cardiovascular ou pulmonar relacionada com tabaco. Grupo IIA: Doença cardiovascular. Grupo IIB: Doença pulmonar, exclusão: neoplasia/infecciosa.

Resultados: 225 fumadores, incluídos 153. Grupo I: 67; Grupo II: 86: 54 cardiovascular; 32 pulmonar. Idade de início dos hábitos tabágicos, número cigarros/dia, Teste Fagerström, Escala de Richmond, CO exalado e cotinina urinária: $p > 0,05$ entre todos os grupos. Idade média e carga tabágica: controlo vs doença $p = 0,001$. Idade média nos subgrupos IIA ($49,4 \pm 9,5$) IIB ($51,3 \pm 12,9$): $p > 0,05$. Carga Tabágica (UMA): Controlo: $22,6 \pm 17,6$; IIA: $30,1 \pm 18,3$; IIB: $40,2 \pm 17,4$; $p < 0,05$. Produto da carga tabágica pela cotinina nos subgrupos IIA/IIB: $p < 0,05$.

Conclusões: A nossa amostra reflete uma população de fumadores com doença tabágica grave. O padrão de consumo não se altera pela ocorrência de doença apesar de motivação elevada para cessação. A carga tabágica revelou-se um bom marcador de exposição cumulativa, traduzindo risco tabágico superior por aumento da idade. Nos subgrupos com média de idades sem diferença estatística não apresentou poder discriminativo em termos de exposição. O doseamento de cotinina mostrou ser um instrumento objetivo de consumo atual permitindo uma melhor estratificação da gravidade da doença tabágica em si, contudo sem capacidade diferenciadora na expressão ou não de doença relacionada com o tabaco. A determinação do risco tabágico usando o (carga tabágica $\times$ cotinina) apresentou poder discriminativo em relação ao grupo controlo antecipando a evidência de doença em cerca de uma década. Interesse em ganhos de saúde a definir em estudos prospetivos controlados de maior dimensão.

Palavras-chave: Risco tabágico. Cotinina. Doença cardiopulmonar.

PO10. INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO: 6 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE MEDICINA SUBAQUÁTICA E HIPERBÁRICA DA MARINHA

A. Teixeira¹, F. Guerreiro^{1,2}, R. Ganilha¹

¹Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica da Marinha.

²Centro de Investigação Naval da Marinha.

Introdução: A Intoxicação por monóxido de carbono (CO) representa um importante problema de saúde pública, sendo responsável por muitos casos de mortes anuais e graves sequelas neurológicas. O quadro clínico apresenta sintomatologia variada, o que torna o diagnóstico difícil. A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) constitui

uma importante arma terapêutica no tratamento destes doentes, devendo ser precocemente instituída. O Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica da Marinha foi o pioneiro nesta área em Portugal e durante muitos anos o único no país a disponibilizar este tratamento.

Objectivos: Avaliar a prevalência desta patologia no nosso espectro de atividade clínica e caracterizar o perfil dos casos de intoxicação por CO neste Centro, durante 6 anos.

Material e métodos: Foi efetuada a análise retrospectiva de 570 casos de Intoxicação por CO tratados neste Centro entre Janeiro 2009 e Dezembro 2014. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado utilizando a média e o desvio padrão.

Resultados: A maioria dos doentes era do sexo feminino (61%). A média etária foi de $30,44 \pm 17,87$ anos. 540 pacientes (94,7%) foram referenciados de Hospitais da Região de Lisboa e 30 de hospitais distantes. 98% foram tratados nas primeiras 12 horas após a evacuação do local da exposição ao CO. Entre as causas mais frequentes de Intoxicação foram identificados os esquentadores (342) e as braseiras a carvão (83). 9 fogos domésticos e 6 tentativas de suicídio foram registados. 245 pacientes (43%) apresentavam taxas de carboxihemoglobina (COHb) entre 10-20% e 242 doentes (42,5%) taxas entre 20-40%. Seis doentes foram submetidos a ventilação mecânica invasiva previamente à OHB. No quadro clínico, 80,8% dos doentes apresentava sintomatologia múltipla, tendo maior expressão as cefaleias persistentes e sintomatologia neurológica (em 33,2% dos doentes foi relatado episódio de perda de conhecimento). A maioria ficou assintomática após a primeira sessão de OHB. Apenas 3 pacientes foram submetidos a sessões adicionais de OHB após a sessão terapêutica inicial. Os casos de Intoxicação ocorreram predominantemente (96,1%) no outono e inverno. A Intoxicação por CO representa 85% dos tratamentos urgentes efetuados no nosso Serviço.

Conclusões: Discute-se atualmente o papel da OHB versus oxigenoterapia normobárica no tratamento da Intoxicação por CO. O diagnóstico adequado e o tratamento precoce são fundamentais no sucesso terapêutico. Na maioria dos doentes, uma única sessão de OHB foi suficiente. A dimensão do problema justifica mais estudos no sentido de determinar a importância da OHB, por comparação com a oxigenoterapia normobárica, no tratamento da Intoxicação por CO.

Palavras-chave: Intoxicação por monóxido de carbono. Carboxihemoglobina. Oxigenoterapia hiperbárica.

PO11. DEFICIÊNCIA DE ALFA1-ANTITRIPSINA - DADOS DE UM LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA DO NORTE DE PORTUGAL

L. Meira¹, R. Boaventura¹, S. Seixas², M. Sucena¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²IPATIMUP.

Introdução: A deficiência de alfa1-antitripsina (A1AT) é uma doença que se caracteriza pela diminuição sérica da A1AT, uma das principais proteínas inibidoras das proteases. É uma das doenças genéticas autossómicas mais frequentes, conhecida pelo risco aumentado de desenvolvimento de doença pulmonar e extrapulmonar. Na grande maioria dos países, incluindo Portugal, não existem dados epidemiológicos rigorosos, relativamente a deficiência de A1AT, o que impede o real conhecimento da prevalência desta doença a nível mundial.

Objectivos: Avaliação e caracterização da população testada para deficiência de A1AT, no período compreendido entre 2006 e 2014, pelo IPATIMUP.

Material e métodos: Foram consultados e analisados retrospectivamente os registos de todos os doentes cujas amostras de sangue ou plasma foram enviadas ao IPATIMUP, para despiste de deficiência de

A1AT. As técnicas laboratoriais usadas para fenotipagem e/ou genotipagem foram a focagem isoelétrica da proteína, o PCR multiplex e a sequenciação do gene.

Resultados: Foram avaliados 161 doentes, a maioria do sexo masculino (917), sendo que 932 doentes eram adultos (idade ≥ 18 anos). Verificou-se que a média de pedidos foi de 173,4/ano, sendo 2008 o ano com mais pedidos (227) e o 2014 com menos (135). Sessenta e seis pedidos provieram de instituições privadas e 79 dos cuidados de saúde primários. No que respeita à distribuição por Áreas Regionais de Saúde (ARS), verificou-se que a grande maioria teve origem na ARS Norte (1005 pedidos), seguida da ARS Centro (255). Foram identificados os seguintes défices graves de A1AT: PI*SZ n = 180 (11,5%), PI*ZZ n = 153 (9,8%) e PI*QOQO n = 5 (0,3%). Diferentes tipos de alelos raros e nulos foram detetados nesta coorte de doentes: PI*QOQOurem, PI*I, PI*Mmaltton, QOMadrid e PI*Zaugsburg. De salientar a identificação de dois alelos que ainda não estão descritos na literatura: PI*QOQOliveira do Douro (identificado em 2012) e o PI*QOQO Vila Real (identificado em 2013).

Conclusões: O atual trabalho mostra uma elevada percentagem de deteção de indivíduos com deficiência grave de A1AT, associada a identificação de inúmeros alelos raros e nulos, alguns dos quais descritos de novo. A existência de laboratórios de referência a nível nacional, especialmente dedicados ao diagnóstico da deficiência de A1AT, associada ao cumprimento das normativas de rastreio irá permitir uma melhoria da taxa de deteção, fundamental para o conhecimento da epidemiologia da doença e para permitir a intervenção precoce em termos de vigilância e eventual tratamento dos indivíduos identificados.

Palavras-chave: Deficiência de alfa1-antitripsina.

PO12. PNEUMONIA INTERSTICIAL COM CARACTERÍSTICAS AUTO-IMUNES

D. Coutinho, A. Gonçalves, C. Nogueira, S. Campinha, F. Costa, A. Sanches, S. Neves

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Existe alguma controvérsia no que diz respeito à classificação dos doentes que apresentam doença pulmonar intersticial a formas frustres de doença do tecido conjuntivo (DTC), dado que estes doentes não preenchem os critérios reumatológicos para um diagnóstico definitivo de DTC. Recentemente, o termo “pneumonia intersticial com características autoimunes” (IPAF em inglês) foi proposto por uma *task force* ERS/ATS, tendo sido sugeridos novos critérios diagnósticos para este grupo de doentes.

Objectivos: Descrever as características de uma coorte de doentes com critérios compatíveis com IPAF e comparar *outcomes* em relação a doentes com DTC com atingimento pulmonar.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com critérios diagnósticos compatíveis com IPAF observados em primeira consulta de Pneumologia entre janeiro de 2009 e dezembro de 2011. Os dados colhidos incluíram variáveis sociodemográficas, hábitos tabágicos, padrões radiológicos, serológicos e funcionais, critérios diagnósticos de IPAF (domínio clínico, serológico e morfológico) e mortalidade. Foi realizada uma análise comparativa com uma coorte de doentes com DTC com atingimento pulmonar observados durante o mesmo período, incidindo sobre capacidade funcional e sobrevida. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 6 doentes no grupo IPAF, todos do sexo feminino, com idade média de $63 \pm 12,5$ anos, FVC médio de 76,4% e tabagismo ativo em 1/3 dos doentes. O padrão radiológico dominante em 2/3 dos doentes foi NSIP e todos apresentavam alterações serológicas (ANA foi marcador serológico mais frequentemente alterado). O *follow-up* médio foi de 5 anos e 5 meses, tendo um doente evoluído para um quadro típico de artrite reumatóide com atingimento pulmonar e os restantes mantido o

diagnóstico de IPAF. A mortalidade neste grupo foi de 16,6%. No grupo DTC com atingimento pulmonar foram incluídos 8 doentes com idade média de $58,1 \pm 11,1$ anos, FVC médio de 91,3% e história de tabagismo presente em metade dos doentes. A análise comparativa de ambos os grupos não revelou qualquer diferença estatisticamente significativa entre a capacidade funcional e sobrevida de ambos grupos.

Conclusões: Os novos critérios diagnósticos de IPAF vieram permitir uma maior e melhor compreensão desta entidade. Dados recentes sugerem que estes doentes têm melhor prognóstico que outros doentes com patologia intersticial. Contudo, na nossa amostra populacional não se registaram diferenças significativas entre os doentes com IPAF e DTC com atingimento pulmonar, o que provavelmente se deverá à reduzida dimensão amostral.

Palavras-chave: *Pneumonia intersticial com características auto-imunes.*

PO13. FIBROSE INTERSTICIAL RELACIONADA COM O TABACO (SRIF) - UMA NOVA ENTIDADE

L. Meira¹, R. Boaventura¹, N. Melo¹, P. Caetano Mota^{1,2}, J.M. Pereira³, C. Souto Moura⁴, S. Guimarães⁴, A. Morais^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Serviço de Radiologia; ⁴Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O fumo de tabaco tem sido implicado no desenvolvimento de várias doenças difusas do pulmão, tais como a pneumonia intersticial descamativa (DIP) ou a bronquiolite respiratória associada a doença intersticial do pulmão (RB-ILD). A fibrose intersticial relacionada com o tabaco, na nomenclatura inglesa *smoking related interstitial fibrosis* (SRIF), é uma entidade descrita recentemente, que se caracteriza por uma forma distinta de fibrose intersticial hialina, associada a enfisema e bronquiolite respiratória. Dado ser uma entidade ainda relativamente desconhecida e não cursar habitualmente com sintomas respiratórios significativos, o diagnóstico é frequentemente realizado de modo accidental, através de amostras de parênquima pulmonar obtidas por outro tipo de suspeita diagnóstica. Funcionalmente estes doentes podem apresentar alteração ventilatória obstrutiva e diminuição ligeira a moderada da capacidade de difusão. As características radiológicas mais típicas na TCAR do tórax são os focos subpleurais e bem delimitados de enfisema, de predomínio na região média e superior do tórax, adicionados a áreas de reticulação e de opacidades em vidro despolido (OVD). Os autores descrevem três casos clínicos de doentes com SRIF.

Casos clínicos: 1. Homem, 49 anos, mecânico, fumador (50 UMA), sem queixas respiratórias, foi observado na consulta de Pneumologia por alterações radiológicas pulmonares (micronódulos e OVD). Por suspeita de DIP realizou lavado broncoalveolar (LBA) e, posteriormente, criobiopsias transbrônquicas, que revelaram achados anatomo-patológicos compatíveis com SRIF. 2. Homem, 55 anos, trabalhador da construção civil, fumador (37 UMA), sem queixas respiratórias, foi enviado à consulta de Pneumologia por alterações radiológicas pulmonares (enfisema, fibrose e OVD periféricas). Por suspeita de pneumonia intersticial não específica (NSIP) realizou LBA e criobiopsias transbrônquicas, que revelaram achados compatíveis com SRIF. 3. Homem, 60 anos, aplicador de pavimentos, com exposição ocasional a aves, fumador (70 UMA), foi encaminhado para a consulta de Pneumologia por expectoração hemoptóica. Após realização de TCAR torácica foram detetadas alterações sugestivas de RB-ILD e DIP. Realizou LBA, e posteriormente criobiopsias transbrônquicas que revelaram alterações compatíveis com SRIF.

Discussão: Com a descrição destes três casos, os autores pretendem salientar a importância do correto diagnóstico das diferentes

doenças difusas do pulmão, nomeadamente daquelas que surgem com fibrose associada, dado a sua fisiopatologia e o seu prognóstico serem variáveis. Os doentes acima descritos mantêm monitorização na consulta, com estabilidade clínica, sendo ainda em parte desconhecido o tipo de evolução característico, dada a recente descrição desta entidade.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar. Tabaco.

PO14. VASCULITES ANCA-POSITIVAS - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS ASPECTOS CLÍNICO-IMAGIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE UMA SÉRIE DE CASOS

F. Fernandes¹, N. Potlog², R. Gomes^{1,3}, N. Sousa^{3,4}, A. Tavares^{1,3}, R. Fernandes^{2,3}, J. Vedes^{2,3}, L. Vaz Rodrigues^{1,3}

¹Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda (Diretor de Serviço: Dr. Luís Ferreira). ²Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde da Guarda (Diretor de Serviço: Dr. João Correia). ³Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. ⁴Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade Local de Saúde da Guarda (Directora de Serviço: Dr^a Luísa Lopes).

Introdução: As vasculites sistémicas constituem uma patologia rara e heterogénea caracterizada por inflamação e necrose vascular. O atingimento pulmonar é mais comum nas vasculites associadas a anticorpos anti-citoplasma neutrófilos (ANCA).

Objectivos: Análise dos aspectos clínico-imagiológicos e histopatológicos de pacientes com diagnóstico de vasculite e ANCA-positivos com envolvimento pulmonar.

Material e métodos: Análises retrospectiva mediante consulta de processo clínico de todos os pacientes com seguimento activo em consulta de pneumologia/interstício e medicina interna/doenças auto-imunes em 2015.

Resultados: Foram incluídos 7 pacientes, todos do género masculino, com idade média de 52,42 anos (mínimo: 19; máximo: 72). Em todos, a doença teve uma apresentação subaguda (média de duração de sintomas até ao diagnóstico de 2,72 meses). O sintoma de apresentação mais prevalente foi tosse (7 doentes), seguido de febre (4 doentes) e expectoração hemoptóica (4 doentes). Do ponto de vista radiológico todos apresentavam alterações na radiografia torácica (6 - reforço da trama reticular; 4 - infiltrados alveolares), confirmado na TC de Tórax (5 - padrão em vidro despolido, 2 - padrão em mosaico e 1 - UIP). Todos apresentavam positividade para ANCA (5 ANCA-p; 2 ANCA-c). Foi identificada anemia em 4 doentes (valor médio da Hb de 10,2 g/dL) atribuída a hemorragia alveolar difusa (presumida em 1 caso, confirmada em 4 casos). Verificou-se envolvimento renal em 6 doentes com proteinúria e hematuria microscópica, sendo que 4 desenvolveram lesão renal aguda. Procedeu-se à caracterização histológica em 6 doentes (biópsia da mucosa nasal em 2 doentes; biópsia renal em 6 doentes). Foi obtida confirmação histológica em um doente por biópsia renal. Noutros 3 doentes a biópsia permitiu confirmar envolvimento renal (glomerulonefrite crónica e atrofia tubular dominantes, esclerose global de 50% e glomerulopatia membranosa primária). Todos os doentes necessitaram de terapêutica de fase aguda (3 de ventilação mecânica, 2 de oxigenação membranar extracorpórea e 3 de plasmáfereze). Como terapêutica de indução, além da corticoterapia iniciada em todos os doentes, 4 iniciaram ciclofosfamida e 2 metotrexato). Todos os doentes mantêm seguimento, encontrando-se sob terapêutica de manutenção (6 corticoterapia, 3 azatioprina, 1 ciclofosfamida e 1 metotrexato) e assintomáticos, não tendo apresentado episódios de recidiva.

Conclusões: A nossa análise confirma a baixa prevalência desta patologia, que na nossa população teve uma apresentação subaguda, com manifestações iniciais inespecíficas e heterogéneas, com diferentes graus de gravidade, havendo em todos os casos necessidade

de intervenção terapêutica, em muitos casos com elevado grau de diferenciação.

Palavras-chave: Vasculites. Anticorpos anti-citoplasma neutrófilos.

PO15. PNEUMONIA INTERSTICIAL USUAL EM CONTEXTO DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÓNICA

E. Padrão¹, V. Santos¹, P. Caetano Mota^{1,2}, N. Melo¹, R. Cunha³, J.M. Pereira³, A. Morais^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: Entre os doentes com pneumonite de hipersensibilidade (PH) com evolução crónica, existe um subgrupo com padrão de pneumonia intersticial usual (UIP) que tem sido escassamente avaliado na literatura.

Objectivos: Caracterização clínica, funcional, imagiológica e da evolução de doentes com padrão de UIP em contexto de PH.

Material e métodos: Análise retrospectiva de doentes com PH e padrão imagiológico de UIP. A quantificação da extensão da doença foi efetuada consoante o score de fibrose em TC-AR. O comportamento da evolução foi classificado de acordo com as normas da ATS/ERS relativo às pneumonias intersticiais idiopáticas.

Resultados: Incluídos 42 doentes, com média de idades de 65,5 ± 13,3 anos, sendo 66,7% (n = 28) do sexo feminino. A exposição a aves foi a mais frequentemente identificada (64,3%). Na avaliação funcional basal, valor médio de CVF-74,3 (± 23)%, VEMS-77,3 (± 23,5)% e CPT-75 (± 17,7)%, sendo que 47,2% apresentava hipoxemia. A difusão encontrava-se diminuída em 31 doentes avaliados, com valor médio de DL_{CO}-44,5 (± 18,5)%. Na avaliação imagiológica, o score médio de fibrose foi de 8,43 (± 2,8). Quanto à classificação do comportamento: 7,1% (n = 3) dos doentes apresentava doença estável (grupo-1); 35,7% (n = 15) doença progressiva, irreversível, com potencial de estabilização com tratamento (grupo-2); 35,7% (n = 15) doença progressiva, irreversível, apesar do tratamento (grupo-3); não tendo sido possível classificar os restantes por manterem vigilância há menos de 1 ano (n = 8) ou perda de seguimento (n = 1). Comparando as formas de evolução, foram encontradas diferenças significativas no score de fibrose (grupo 1 vs 3: 5 ± 1,7 vs 9,7 ± 3, p = 0,038), na CVF (grupo-2 vs 3: 83,6 ± 17 vs 58,9 ± 16,3, p = 0,02), no VEMS (grupo-2 vs 3: 84,5 ± 15 vs 65 ± 18,6, p = 0,013), na CPT (grupo-2 vs 3: 83,2 ± 16 vs 61,9 ± 14,3, p = 0,006) e na DL_{CO} (grupo-2 vs 3: 55,5 ± 15 vs 27,4 ± 14,5, p < 0,001). Em relação ao lavado broncoalveolar, encontrou-se linfocitose em todos os doentes do grupo-1, 71,4% do grupo-2 e 36,4% do grupo-3 e neutrofilia em 50% do grupo-1, 78,6% do grupo-2 e 54,5% do grupo-3; contudo, não foram encontradas diferenças significativas entre formas de evolução. Quanto à abordagem terapêutica, 63,2% foram medicados com corticoterapia e imunossuppressores (azatioprina, ciclofosfamida ou micofenolato mofetil), 23,7% apenas com corticoterapia e 13,2% não efetuaram qualquer terapêutica imunossupressora. Oito doentes foram referenciados para transplante pulmonar (6-transplantados, 1-recusado e 1-aguarda). Ocorreram 10 óbitos (23,8%), dos quais 7 pertenciam ao grupo-3.

Conclusões: Esta amostra revelou uma significativa variabilidade na gravidade e evolução deste subgrupo de doentes, verificando-se, num número significativo, evolução desfavorável, apesar da terapêutica. Estes apresentam na altura do diagnóstico maior gravidade funcional e extensão da fibrose, sendo importante serem identificados, dado exigirem monitorização intensa e medidas terapêuticas mais invasivas como referenciação para transplante pulmonar.

Palavras-chave: Pneumonia intersticial usual. Pneumonite de hipersensibilidade crónica.

PO16. PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA - CASO CLÍNICO

A.F. Matos, A. Manique, I. Correia, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A pneumonia organizativa criptogénica (COP) é uma doença pulmonar rara, em que as pequenas vias aéreas apresentam inflamação que se estende ao tecido conjuntivo circundante, formando uma pneumonia intersticial, de etiologia desconhecida. Apresenta-se tipicamente na quinta ou sexta décadas de vida com tosse não produtiva, dispneia, febre e perda ponderal. Reconhecida igual prevalência entre géneros. A sintomatologia é de relativa curta duração podendo ter início agudo semelhante a um síndrome gripal. É um diagnóstico de exclusão, dependendo da demonstração de um padrão histopatológico típico em doente com clínica e exames de imagem compatíveis.

Caso clínico: Homem de 58 anos, ex-fumador de 50 UMA, diagnósticos conhecidos de insuficiência cardíaca de etiologia isquémica e hipertensiva, diabetes tipo 2 e doença cérebro vascular. Internado em Unidade de Cuidados Intensivos com quadro de uma semana de evolução de febre, mialgias, dispneia e tosse seca, com hipoxemia grave. Já com cumprimento de 8 dias de antibioterapia empírica em ambulatório, sem melhoria. Todos os exames culturais e pesquisas para vírus foram negativos e a melhoria clínica discreta com novo esquema de antibioterapia. Por clínica e imagiologia compatíveis com COP foi realizada biópsia aspirativa transtorácica (BATT) e iniciada corticoterapia sistémica na dose 1 mg/kg/dia com evolução clínica e radiológica lenta mas favorável. Reduzida a dose de corticoterapia para 0,5 mg/Kg/dia às quatro semanas de terapêutica dada a dificuldade de controlo glicémico, com tolerância.

Discussão: O padrão histopatológico da BATT mostrou proliferação de fibroblastos no lúmen dos ductos e espaços alveolares, e pneumonite intersticial por células mononucleares, enquadrável no diagnóstico de COP. Apesar de ser uma condição rara, a COP deve considerar-se como hipótese diagnóstica, sobretudo perante um quadro semelhante a pneumonia que não resolve com a terapêutica padrão.

Palavras-chave: *Pneumonia. Corticoterapia. Histopatologia.*

PO17. FARMACOS ANTIFIBROTICOS NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA, O QUE NOS LEVA A MUDAR A TERAPÊUTICA?

M.J. Oliveira, C. Nogueira, S. Campinha, S. Neves

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

Introdução: O tratamento da fibrose pulmonar idiopática (FPI), sofreu uma alteração profunda com a introdução recente de dois fármacos antifibróticos - pirfenidona e nintedanib. Estes são eficazes na redução do declínio da função pulmonar na FPI, no entanto, podem ter efeitos adversos.

Objectivos: Avaliação dos doentes com FPI sob tratamento antifibrótico, que fizeram mudança de fármaco (*switch* de pirfenidona para nintedanib ou vice-versa) e análise da tolerabilidade e eficácia do tratamento.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de todos os doentes com diagnóstico de FPI, sob terapêutica antifibrótica, seguidos numa consulta de doenças pulmonares intersticiais. Foram incluídos todos os doentes que iniciaram tratamento com um fármaco e mudaram para o fármaco (*switch* de pirfenidona para nintedanib ou vice-versa). Analisaram-se: dados demográficos, história tabágica, tempo desde o diagnóstico, estudo funcional respiratório, duração do tratamento, efeitos adversos (incluindo progressão rápida da doença) e motivo para *switch*. Progressão rápida da doença foi definida como uma diminuição absoluta na capacidade vital forçada (CVF) > 10%.

Resultados: Analisaram-se 4 doentes, 3 mulheres (75%), maioritariamente não fumadoras (3; 75%). Antes de iniciarem tratamento: idade mediana 66 anos (63-68 anos), índice de massa corporal mediano 27,9 Kg/m² (27,4-27,9 Kg/m²), tempo desde o diagnóstico 0,5 anos (0,17-3,25 anos), FVC mediana 70% do previsto (69-75% prev), DLCO 59% previsto (50-65% prev). A duração mediana de tratamento com o primeiro fármaco foi de 5 meses (3-31 meses). Dois doentes (50%) iniciaram tratamento com pirfenidona, destes um desenvolveu queixas gastrointestinais intoleráveis e o outro teve rápida progressão da doença. Estes doentes iniciaram nintedanib posteriormente (atualmente com duração mediana de tratamento de 6 meses [5-7 meses]), com boa tolerância e estabilidade da doença. Dos dois doentes que iniciaram nintedanib, um desenvolveu toxicidade hepática e progressão da doença, e o outro suspendeu o fármaco pelo fato de ser um doente com cardiopatia isquémica e com indicação para dupla anti-agregação plaquetária, ou seja, com risco hemorrágico aumentado com o nintedanib. Destes, ambos iniciaram posteriormente pirfenidona (atualmente com duração mediana de tratamento de 8 meses [2-13 meses]), com boa tolerância e estabilidade da doença.

Conclusões: Neste estudo verificamos que em doentes selecionados que não toleram pirfenidona ou nintedanib, a mudança de tratamento para o outro fármaco pode ser bem tolerada. No entanto, este estudo engloba um número de doentes reduzido e é retrospectivo. São necessários mais estudos para confirmar estes resultados.

Palavras-chave: *Fibrose pulmonar idiopática. FPI. Fármacos antifibróticos.*

PO18. SARCOIDOSE DE ESTABELECIMENTO TARDIO - EXISTIRÃO DIFERENÇAS?

A. Terras Alexandre, S. Raimundo, A. Loureiro, A. Vale, B. Conde, C. Pinto, T. Gomes, A. Afonso

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A Sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica que afeta principalmente o pulmão e ocorre mais frequentemente em indivíduos entre 20 e 40 anos de idade. Estudos sugerem que a história natural da doença pode ser diferente quando surge em idade tardia.

Objectivos: Comparação dos doentes com Sarcoidose com diagnóstico antes e após os 50 anos de idade.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, comparativo, que incluiu os doentes seguidos atualmente em consulta de Pneumologia com diagnóstico de Sarcoidose (n = 30). A idade mediana do coorte total foi definida como *cut-off* para a divisão em 2 grupos: Grupo A - doentes com diagnóstico de Sarcoidose até aos 50 anos; Grupo B - diagnóstico de Sarcoidose após os 50 anos. Os dois grupos foram comparados em termos de características demográficas, apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e evolução. A análise estatística foi realizada através do software IBM SPSS Statistics® v.21, com nível de significância estatística definido para p < 0,05.

Resultados: A perda ponderal ocorreu mais frequentemente no Grupo B (0% vs 33,3%; p < 0,05). Em ambos os grupos o estadió radiográfico II foi o mais comum e a pele o órgão extra-pulmonar mais afetado. O Grupo B apresentou maior limitação na avaliação funcional respiratória ao diagnóstico: DLCO/VA (média 92,0% ± 15,8; p < 0,05), PaO₂ (média 74,0 mmHg ± 6,6; p < 0,05) e distância percorrida na Prova de Marcha dos 6 Minutos (348,6 metros ± 126,9; p < 0,05). Não houve diferenças entre os dois grupos em termos de rentabilidade diagnóstica dos vários exames histológicos realizados. Relativamente ao tratamento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, embora tenha havido maior tendência para vigilância no Grupo B (20% vs 46,7%; p = 0,06). A remissão da doença ocorreu em 53,3% dos doentes do Grupo A e em 40% dos doentes do Grupo B. Não ocorreu mortalidade em nenhum dos grupos.

Conclusões: A apresentação clínica foi equivalente, com predominância de sintomas gerais e respiratórios, embora a perda ponderal tenha sido significativamente mais frequente no grupo de doentes mais velhos. O estudo radiográfico e o atingimento extra-pulmonar não diferiram entre os dois grupos. Contudo, verificou-se maior impacto na avaliação funcional respiratória, talvez explicado pelo envelhecimento e maior número de comorbilidades no grupo de doentes mais velhos. Quando acessíveis, os locais extra-pulmonares possivelmente atingidos podem conferir rentabilidade diagnóstica em ambos os grupos de doentes. A idade mais avançada não se revelou uma limitação para instituir terapêutica.

Palavras-chave: *Sarcoidose.*

PO19. PNEUMONIA AGUDA FIBRINOSA ORGANIZATIVA - UMA ENTIDADE RARA

F. Ferro¹, L. Ferreira¹, P. Esteves¹, C. Bárbara¹, E. Vitorino², M. Vieira³

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ³Serviço de Medicina, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.

Introdução: A pneumonia aguda fibrinosa organizativa (AFOP) é uma entidade rara que distingue-se por um padrão histológico único caracterizado pela presença de depósitos intra-alveolares de fibrina e pneumonia organizativa. Descrita pela primeira vez por Beasley em 2002 foi desde então, associada a exposição a fármacos, infeções, neoplasias hematológicas, doenças autoimunes, entre outras.

Caso clínico: Homem de 81 anos, autónomo, não fumador, hipertenso com insuficiência renal crónica, em seguimento em Consulta de Hematologia por leucemia linfocítica crónica (LLC) em remissão. Internado em junho e agosto por pneumonia, altura em que suspende a medicação para LLC (clorambucil e prednisolona). Foi admitido no Serviço de Pneumologia do Hospital Pulido Valente em Setembro por queixas de astenia e febre com uma semana de evolução. Tinha recorrido 5 dias antes a outro hospital onde foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Apresentava-se consciente e orientado, hemodinamicamente estável, a saturar 96% em ar ambiente, destacando-se à auscultação pulmonar a presença de crepitações bilaterais. Analiticamente de referir: Hg: 10 g/dL, 86 360 leucócitos, com 91% leucócitos, 435.000 plaquetas, PCR 14 mg/dL. Na radiografia de tórax observava-se no seio costofrénico esquerdo e no seio paracardíaco direito a presença de focos hipotransparentes. Iniciou-se terapêutica com piperacilina/tazobactam, cirprofloxacin e linezolid e foram colhidas hemoculturas, antigenúrias e culturas de expectoração (todas negativas). A TC tórax documentou focos de consolidação parenquimatosa com broncograma aéreo de limites mal definidos à periferia dos lobos inferiores dos pulmões, língua e segmento anterior do lobo superior direito coexistindo densificação em vidro despolido no pulmão direito e metade superior do pulmão esquerdo. Efetuou-se broncofibroscopia sem alterações morfológicas, mas cujas biópsias brônquicas distais revelaram: hiperplasia de pneumócitos, presença de macrófagos intra-alveolares e focalmente exsudado fibrinoso intra-alveolar com raros neutrófilos, sem membranas hialinas - achados esses sugestivos de AFOP. Deste modo, restituiu-se terapêutica com clorambucil e reintroduzida prednisolona em dose superior (40 mg), verificando melhoria clínica e analítica, bem como remissão completas das alterações descritas na TC.

Discussão: Manifestando-se com sintomas inespecíficos, o diagnóstico de AFOP é essencialmente histológico, sendo crucial o papel anatomopatologista. Cabe ao clínico a integração dos achados no contexto do doente e a escolha do tratamento. Apesar dos autores considerarem que a LLC seja a causa provável, não podem excluir etiologia infecciosa. Por outro lado, com apenas 120 casos relatos na literatura, o tratamento com corticoides e imunossuppressores, é baseado em pequenas séries e "case reports".

Palavras-chave: *APOP.*

PO20. UM OLHAR SOBRE OS INTERNAMENTOS POR DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

C. Marques, F. Castro Lima, D. Cunha Machado, S. Neves, S. Campinha, C. Nogueira, F. Costa, A. Sanches, C. Ribeiro, M. van Zeller

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho, EPE.

Objectivos: Avaliar os internamentos dos doentes com doença pulmonar intersticial (DPI) num serviço de Pneumologia e identificar factores preditores de mortalidade.

Material e métodos: Foram recolhidos, prospectivamente, os dados dos doentes com DPI internados num serviço de Pneumologia entre 1/1/2015 a 31/12/2015, nomeadamente: dados demográficos, diagnósticos de admissão, mortalidade. Foram recolhidos retrospectivamente dados anteriores ao internamento, nomeadamente: parâmetros de função respiratória e ecocardiográficos, uso de oxigenioterapia de longa duração (OLD), tratamento imunossupressor ou corticoterapia prévia. A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS Statistics 21, tendo sido considerado um nível de significância < 0,05.

Resultados: Foram internados 32 doentes, num total de 37 internamentos. 51,4% eram do sexo masculino, a média de idade foi de 67 anos (± 17) e a média dos dias de internamento foi de 11 dias (± 10). Em 16,2% dos internamentos o diagnóstico foi realizado no decorrer do internamento, os restantes casos já possuíam diagnóstico prévio. A tabela descreve os diagnósticos de DPI dos doentes internados. Dos doentes diagnosticados durante o internamento, 3 foram diagnosticados com pneumonia organizativa, 1 com sarcoidose e 1 com pneumonia intersticial inclassificável. A maioria dos internamentos foi motivado por quadro de infeção respiratória (35,5%). Em 9 internamentos (24,3%) não foi possível apurar a causa de exacerbação; 6 internamentos foram motivados por pneumotórax; 2 internamentos motivados por tromboembolismo pulmonar. A taxa de mortalidade durante o internamento foi de 16,2%. Aos 6 meses de *follow-up* ocorreram 2 mortes, uma delas no 1º mês pós-internamento. Não existiu associação estatisticamente significativa entre mortalidade e presença de hipertensão pulmonar prévia ($p = 1,00$) ou uso de OLD ($p = 0,20$). Houve uma diferença estatisticamente significativa entre a mortalidade e o uso prévio de corticoterapia ($p = 0,01$) e imunossuppressores ($p = 0,04$). Existiu uma diferença estatisticamente significativa entre as médias, nos doentes que morreram vs os que sobreviveram, da DLCO (24,2% vs 53,8%; $p = 0,03$), distância percorrida em prova de marcha de 6 minutos (6MWT) (205m vs 390m; $p = 0,03$) e dessaturação absoluta durante a 6MWT (15% vs 10%; $p = 0,04$).

Diagnóstico	N
Pneumonia intersticial inclassificável	6
Pneumonia organizativa	6
Pneumonia de hipersensibilidade crónica	3
Fibrose pulmonar idiopática	3
Silicose	3
Outros	11

Conclusões: Devido ao número reduzido de doentes e à patologia heterogénea que apresentavam os dados deste trabalho devem ser interpretados cautelosamente. Apesar dessa limitação o estudo apresenta-nos variáveis que se correlacionaram com a mortalidade (uso prévio de imunossuppressores e corticoterapia), tendo os doentes que faleceram médias inferiores de DLCO e de distância percorrida na 6MWT, e uma maior dessaturação na 6MWT.

Palavras-chave: *Doenças pulmonares intersticiais. Internamento. Mortalidade.*

PO21. VASCULITES ANCA+ COM ENVOLVIMENTO PULMONAR

E. Padrão¹, A.M. Redondo¹, P. Caetano Mota^{1,2}, N. Melo¹, R. Cunha^{2,3}, J.M. Pereira^{2,3}, A. Morais^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: As vasculites caracterizam-se por inflamação vascular e necrose tecidual, sendo classificadas em função do calibre dos vasos afetados. As vasculites que mais frequentemente afetam o pulmão são as dos pequenos vasos, geralmente, associadas a anti-corpos anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA).

Objectivos: Caracterização clínica, funcional e imagiológica de doentes com vasculite ANCA+ com envolvimento pulmonar, bem como da sua evolução.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva de doentes seguidos em consulta de doenças pulmonares difusas com vasculite ANCA+ e atingimento pulmonar. A gravidade na apresentação da doença foi classificada de acordo com os critérios do *European Vasculitis Study group*.

Resultados: Incluídos 32 doentes, com média ($\pm$ DP) de 60,6 ($\pm$ 10,8) anos, dos quais 17 (53,1%) do sexo masculino. A maioria (87,5%, n = 28) caracterizava-se por vasculite com ANCA específicos para MPO. Além do atingimento pulmonar, registou-se envolvimento renal em 93,8% (n = 30), neurológico em 9,4% (n = 3), musculoesquelético em 9,4% (n = 3), ocular em 3,1% (n = 1) e cutâneo em 3,1% (n = 1). À apresentação, 50% (n = 16) tinha doença grave, 34,4% (n = 11) doença generalizada e 15,6% (n = 5) doença sistémica precoce. Foi documentada hipóxia em 37%. Metade dos doentes apresentava valores de ANCA superiores a 200 U/mL, sendo nos restantes o valor médio de 105,2 ($\pm$ 53,6) U/mL. No grupo com ANCA > 200 U/mL, verificaram-se valores de creatinina significativamente mais elevados (6,1 $\pm$ 4,1 vs 3,5 $\pm$ 2,6, p = 0,038). Comparando os grupos de acordo com a gravidade da doença à apresentação, encontraram-se valores de creatinina significativamente maiores e de hemoglobina significativamente menores nas formas mais graves. Na tomografia computadorizada, os achados mais frequentes foram o vidro despolido (80,6%, n = 25) e consolidação (43,8%, n = 14). Dos doentes que efetuaram LBA (n = 17), 13 (76,5%) apresentavam hemorragia alveolar, ligeira em 30,8% (n = 4), moderada em 53,8% (n = 7) e grave em 15,4% (n = 2). Foi instituída terapêutica imunossupressora de indução com ciclofosfamida e corticóide em 96,9% (n = 31), rituximab e corticóide em 3,1% (n = 1), tendo sido efetuada associadamente plasmaferese em 43,8% (n = 14). Após terapêutica de manutenção, ocorreu recidiva da doença em 10 doentes (31,3%). Em 40,6% (n = 13) dos doentes foi iniciada hemodiálise na apresentação da doença, tendo apenas 3 suspenso por recuperação parcial. Durante o seguimento, 5 doentes (15,6%) desenvolveram neoplasias e 7 (21,9%) faleceram.

Conclusões: A apresentação e curso clínico das vasculites são variáveis e por vezes potencialmente fatais, não estando claramente definidos preditores de gravidade. Nesta série de casos, valores de ANCA mais elevados, disfunção renal e anemia na apresentação da doença comportaram-se como preditores de atingimento de maior gravidade.

Palavras-chave: Vasculites ANCA+. Envolvimento pulmonar. Apresentação e evolução clínica.

PO22. DOENÇA PULMONAR ASSOCIADA A IGG4. PARA ALÉM DE UMA MASSA PULMONAR

D. Rodrigues¹, M.A. Galego¹, C. Souto Moura², A.P. Vaz¹

¹Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos. ²Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A doença associada a IgG4 é uma patologia fibro-inflamatória imunomediada rara que pode afetar qualquer órgão.

A doença pulmonar é incomum, podendo apresentar manifestações radiológicas heterogêneas. O diagnóstico inclui achados histológicos (infiltrado linfoplasmocítico IgG4, fibrose estoriforme, vasculite obliterante) e níveis séricos elevados de IgG4 (presentes em 40-60% dos indivíduos). Os autores apresentam o caso de uma doente com uma massa pulmonar cujo estudo levou ao diagnóstico de doença de IgG4 provável.

Caso clínico: Mulher, 59 anos, não fumadora, com diabetes insulínica independente e HTA, encaminhada para consulta de Pneumologia por infecções respiratórias de repetição e pieira. Funcionalmente apresentava uma diminuição dos débitos expiratórios a pequenos volumes, com prova de broncodilatação negativa. Na TC torácica visualizava-se uma massa periférica no lobo inferior esquerdo. Realizou uma BFC que não mostrou alterações e uma biópsia transtorácica que mostrou focos de pneumonite intersticial crónica, tendo desenvolvido uma pneumonia cavitada no local da lesão. Posteriormente efetuou uma PET-CT que revelou captação aumentada de FDG na massa pulmonar (SUV máximo: 6.2), numa adenopatia hilar homolateral e em adenopatias mediastínicas bilaterais. Realizou EBUS-TBNA das estações 4L/4R/7/11L e 12L (estudo representativo, não diagnóstico); LBA para estudo citomológico (linfocitose 30%); uma segunda biópsia transtorácica que foi igualmente inconclusiva e complicou novamente com pneumonia. Foram equacionados outros diagnósticos diferenciais nomeadamente infecções por micobactérias/fungos, sarcoidose e linfoma, que foram excluídos. A revisão das lâminas realçou áreas com apagamento total da arquitectura por fibrose, infiltrado linfoplasmocítico com mais de 20 células IgG4 por campo de grande ampliação (relação IgG4/IgG não apurada) com alguns eosinófilos e acentuação perivascular sem lesões de vasculite obliterante. A imunofenotipagem de sangue periférico era normal, bem como os valores das imunoglobulinas séricas, incluindo a IgG total e a IgG4. O estudo auto-imune e serológico foi negativo. Os achados histológicos sugeriram o diagnóstico provável de doença pulmonar associada a IgG4. Não se verificaram sinais de envolvimento de outros órgãos pela doença. A doente manteve-se clinicamente estável, tendo-se constatado regressão espontânea da lesão pelo que não foi iniciada corticoterapia sistémica (follow-up posterior de 5 meses).

Discussão: Este caso ilustra um diagnóstico diferencial raro de massa pulmonar. Destaca-se o desafio diagnóstico colocado por uma doença que, no pulmão, se caracteriza por manifestações imagiológicas heterogêneas e por achados histológicos particulares, que frequentemente não contemplam o padrão estoriforme de fibrose e vasculite obliterante documentado noutros órgãos. A resolução espontânea pode ocorrer, embora a recorrência na ausência de tratamento com corticosteróides seja frequente.

Palavras-chave: IgG4. Massa pulmonar.

PO23. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE NEOPLASIA MALIGNA

C. Costa¹, P. Falcão¹, A. Mineiro¹, P. Calvino², F. Paula³, A. Dias¹, T. Abreu^{3,4}, J. Semedo⁴, F. Froes³

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Serviço de Cirurgia Torácica; ³Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos; ⁴Unidade de Pneumologia de Intervenção, Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Fenómenos trombóticos e tromboembólicos podem ser a primeira manifestação de neoplasia oculta. A neoplasia maligna do pulmão encontra-se entre as quatro neoplasias primitivas associadas a maior risco, sendo este superior em casos de adenocarcinoma.

Caso clínico: Homem, 63 anos, reformado (sem exposição profissional relevante), ex-fumador (cessação tabágica há 28 anos; carga tabágica 40 unidades maço-ano) sem antecedentes patológicos de relevo. Um mês antes do internamento actual, por dispneia para

pequenos esforços de instalação súbita e toracalgia direita de tipo pleurítico, é diagnosticado em Angio-TC torácica tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) à esquerda e importante derrame pleural à direita. Na investigação, o derrame pleural revelou ser um exsudado com exames bacteriológico, micológico e micobacteriológico negativos e citologia negativa para células neoplásicas; efectuou TC de corpo que não identificou processos neoformativos observando-se, realce dos folhetos pleurais ao longo do contorno mediastínico com algumas áreas de espessamento micronodular à direita, pequenas formações ganglionares mediastínicas e hilares. Após um mês, enquanto aguardava reavaliação, recorre ao serviço de urgência por quadro de toracalgia direita de tipo pleurítico, febre e cansaço com 3 dias de evolução. Ao exame objectivo, a realçar auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base do hemitórax direito e ferveores crepitantes. Analiticamente, leucocitose neutrofílica, proteína C reactiva 14,2 mg/dL. Radiografia torácica com hipotransparência homogênea de contornos arredondados no lobo superior direito. Foi internado com a hipótese diagnóstica de pneumonia associada aos cuidados de saúde e medicado empiricamente com meropenem e vancomicina, sem melhoria clínica e com recidiva de derrame pleural direito. Efectuou toracoscopia para drenagem de eventual empiema, tendo sido convertido para minitoracotomia por aderências muito densas do lobo superior à parede torácica, sendo impenetrável. Por agravamento do quadro, efectua nova TC torácica onde se observam várias lesões pleurais à direita com invasão da parede torácica (erosão do 1º e 2º arco costal direitos), adenomegalias e linfangiose carcinomatosa. A punção aspirativa transtorácica demonstrou tratar-se de adenocarcinoma pouco diferenciado primitivo do pulmão. O doente faleceu poucos dias após o diagnóstico citológico e 77 dias após o diagnóstico de TEP.

Discussão: O TEP pode ser a primeira manifestação de neoplasia pulmonar, e nos indivíduos idosos sem factores de risco identificáveis para tromboembolismo venoso, uma investigação inicial negativa não exclui a possibilidade de uma manifestação paraneoplásica.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar. Neoplasia.

PO24. CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO PRIMÁRIO DO PULMÃO UM CASO RARO DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA

R. Silva, I. Vicente, E. Magalhães, M. Salette Valente

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar da Cova da Beira.

Introdução: O carcinoma adenóide quístico é um tumor maligno, mais frequente nas glândulas salivares conhecendo-se, no entanto, outras localizações, nomeadamente na mama, pele, trato digestivo superior e pulmão. O carcinoma adenóide quístico primário do pulmão é uma entidade rara representando apenas 0,04-0,2 de todos os tumores primários do pulmão.

Caso clínico: Doente de 79 anos, sexo masculino, ex-fumador há 20 anos de 34 UMA, com antecedentes de HTA e EAM em 2013, internado em Neurologia por suspeita de AVC. Clinicamente apresentava queixas de cefaleia hemicraniana direita intensa, astenia, disartria e dificuldade na mobilização da língua com 15 dias de evolução. Sem queixas respiratórias, gástricas, intestinais ou urinárias. Ao exame objectivo apresentava-se sem SDR com saturações de O₂ de 96% em ar ambiente; AC: arritmica; AP: sibilos expiratórios dispersos bilateralmente; Abdómen sem alterações; sem edemas periféricos. Ao exame neurológico apresentava Glasgow 15, pupilas isocóricas, disartria, desvio da língua para a direita, sem desvio da comissura labial, sem deficits de força muscular. Realizou TC CE: “Rarefação óssea no clivus à direita imediatamente superior ao canal do hipoglosso, com aparente adelgaçamento da cortical” e RMN CE que confirmou lesão na região do clivus com 26 × 20 × 26 mm de etiologia provavelmente secundária. Foi pedida TAC Toraco-abdomino-pelvica que mostrou Enfisema centrilobular e para-septal bilateral, múltiplas lesões nodulares bilate-

rais, a de maiores dimensões com 34 mm no segmento anterior do lobo superior esquerdo e múltiplas formações nodulares hepáticas hipodensas sugestivas de localizações secundárias. Submetido a biópsia pulmonar transtorácica guiada por TAC, da lesão do LSE, o estudo anatomo-patológico revelou: “parênquima pulmonar com infiltração por tumor do tipo glândula salivar cuja morfologia e perfil imunohistoquímico é compatível com Carcinoma adenóide quístico”. Realizou PET/CT que mostrou neoplasia maligna no LSE, intensamente ávida para FDG, com envolvimento pulmonar bilateral, ganglionar bronco-hilar esquerdo e axilar direito, medular/ósseo e hepático. Após reunião de decisão terapêutica, optou-se por manter o doente sob terapêutica de suporte, vindo a falecer 2 meses após o diagnóstico.

Discussão: Apresentamos um caso de um doente com uma patologia rara, que normalmente ocorre em doentes jovens, não fumadores e contrariamente a outros tipos de carcinoma pulmonar, sem predomínio de sexo. Habitualmente apresenta-se com tosse, hemoptises e dispneia. Neste caso a lesão cerebral secundária foi responsável pelo quadro clínico inicial. A apresentação atípica atrasou o diagnóstico, pela ausência de sintomatologia respiratória.

Palavras-chave: Carcinoma adenóide quístico. Metastase clivus.

PO25. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ENDOBRÔNQUICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

V. Clérigo, L. Fernandes, A. Feliciano, L. Carvalho, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: O tumor de células granulares (TCG) é uma neoplasia de origem mesenquimatosa, quase sempre benigna, mas com tendência a recidivar. Embora tenha sido relatada em múltiplos órgãos e sistemas, a sua ocorrência no pulmão é rara. Menos de uma centena de casos foram reportados na literatura internacional desde a documentação, em 1938, do primeiro caso identificado de tumor de células granulares endobrônquico (TCGE). O objectivo deste trabalho é reportar um caso de ocorrência desta entidade num adulto jovem, alertando para o seu desafio diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um doente de 22 anos, melanodérmico, não fumador, com antecedente pessoal de febre tifóide. Foi admitido em internamento hospitalar por mal-estar geral, febre e tosse produtiva mucopurulenta com 2 semanas. Ao exame objectivo, salientava-se diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito. Exames de imagem mostravam hipotransparência heterogênea concordante com as alterações à auscultação. Admitindo-se o diagnóstico provisório de Pneumonia Adquirida na Comunidade, o doente foi medicado com levofloxacina. A evolução radiológica favorável pouco evidente com agravamento dos parâmetros inflamatórios e manutenção das queixas previamente descritas motivaram a realização de broncofibroscopia e alteração da antibióterapia para piperacilina/tazobactam e gentamicina. A broncofibroscopia revelou uma lesão nacarada condicionando elevação da mucosa do brônquio principal direito que foi biopsada. Os achados morfológicos e imunocitoquímicos foram compatíveis com o diagnóstico de TCGE, não tendo sido documentado envolvimento extra-torácico ou o agente etiopatogénico. A evolução clínica, analítica e imagiológica foram favoráveis no restante internamento. Atendendo à histologia e às reduzidas dimensões do tumor, optou-se pela sua ressecção cirúrgica após a alta, com indicação para vigilância clínica, radiológica e endoscópica de recidiva macro ou microscópica.

Discussão: O TCGE é uma neoplasia pulmonar rara benigna e com prognóstico favorável, na maioria dos casos reportados, que ocorre mais frequentemente entre os 20 e 57 anos, e que não deve ser esquecida no diagnóstico diferencial da etiologia da pneumonia obstrutiva. À data do diagnóstico devem ser considerados o tama-

nho, extensão e localização da lesão, bem como as comorbilidades concomitantes, de modo a determinar a modalidade terapêutica mais adequada. A bronfibroscopia assume um papel fulcral no diagnóstico diferencial com outra patologia endobrônquica, no seguimento das recidivas e tratamento conservador por técnicas endobrônquicas em casos seleccionados. Alguns autores defendem a ressecção cirúrgica do tumor como tratamento de eleição. A prevenção e identificação precoce da recidiva são fundamentais.

Palavras-chave: Tumor de células granulares. Neoplasia endobrônquica. Rara.

PO26. METASTIZAÇÃO DA MUCOSA ORAL EM DOENTE COM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO. UM CASO RARO

L. Meira¹, M. Moreira², C. Fraga², J.S. Freitas², T. Maia³, V. Hespanhol^{1,4}

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Estomatologia; ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João. ⁴Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: A doença oncológica do pulmão pode cursar com sintomatologia diversa, não só devido à neoplasia em si mas também devido ao tipo de metastização que muitas vezes ocorre. A metastização para a cavidade oral é extremamente rara, principalmente se apenas houver envolvimento dos tecidos moles da mesma. Os autores apresentam um caso raro de metastização da mucosa oral em doente com adenocarcinoma do pulmão.

Caso clínico: Doente de 68 anos, fumador (85 UMA), reformado, com antecedentes de úlcera péptica, paralisia facial periférica e patologia hemorroidária. Em maio de 2014 iniciou quadro de astenia, emagrecimento e tosse com expectoração hemoptoica e, após investigação diagnóstica, foi-lhe diagnosticado adenocarcinoma do pulmão estágio IIIB, para o qual iniciou quimioterapia (carboplatino e pemetrexed) e radioterapia torácica adjuvante. Realizou TC toraco-abdominal que confirmou a presença de neoplasia pulmonar, adenopatias mediastino-hilares e para-traqueais, não tendo sido identificadas outras alterações nomeadamente sinais de outra metastização. Manteve seguimento em consulta de Pneumologia Oncológica, com pouca tolerância à quimioterapia instituída. Em julho de 2014 referiu reaparecimento de tosse com expectoração hemoptoica, sem outra sintomatologia ou queixas associadas. Em agosto de 2014 recorreu ao serviço de urgência por apresentar lesão exofítica com sinais de hemorragia ativa na mucosa jugal. Foi efetuada biópsia incisional da mesma, cujo resultado anatomo-patológico e imuno-histoquímico permitiu identificar que se tratava de metástase do adenocarcinoma do pulmão já identificado. Foi apresentado em reunião de grupo oncológico de cabeça e pescoço, na qual ficou decidido que não iria realizar nenhum tratamento na metástase. Nesse mesmo mês foi-lhe igualmente diagnosticada trombose venosa profunda do membro inferior direito, tendo iniciado hipocoagulação. Em setembro de 2014, constatada progressão da lesão oral, tendo-se decidido alterar quimioterapia (vinorelbina). No final de setembro de 2014 o doente recorreu novamente ao serviço de urgência por hemorragia não controlada da lesão oral. Realizou RMN que mostrou volumosa massa no trigono retromolar esquerdo com invasão das estruturas vizinhas. Foi submetido a exérese parcial da lesão oral com o intuito de controlar as perdas hemáticas. O doente acabou por morrer em novembro após AVC isquémico.

Discussão: A metastização do adenocarcinoma do pulmão é comum, embora raramente surja na mucosa da cavidade oral. Quando acontece, o seu diagnóstico é muitas vezes tardio pois o seu aspecto é semelhante a lesões benignas do tipo inflamatório. Não existe tratamento dirigido e é um sinal de mau prognóstico. Por vezes torna-se necessário realizar tratamento paliativo para controlo de sintomas, como no caso descrito.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Metastização oral.

PO27. EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS. SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

J. Silva, M. Brandão, C. Pinto, T. Gomes, A. Fernandes

CHTMAD.

Objectivos: Caracterização dos doentes internados num hospital terciário com o diagnóstico de SVCS (síndrome da veia cava superior).

Material e métodos: Estudo retrospectivo, descritivo de doentes internados num hospital terciário de 01 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2013, com o diagnóstico de SCVS

Resultados: No período de estudo foram internados 18 doentes com SCVS, 88,9% do género masculino com idade média 63 ± 12 anos. Apresentavam história tabágica 55,5% dos doentes e das comorbilidades admite-se HTA (50%), alcoolismo (27,8%), diabetes mellitus (22,2%), dislipidemia (11,1%) e DPOC como a menos frequente, apenas 5,5%. A apresentação clínica mais relevante foi edema da face e pescoço (44,4%), edema dos membros superiores (38,9%), seguidos de dispneia (33,3%), S. Horner (5,5%) e estridor laríngeo (5,5%). Os diagnósticos histológicos obtidos foram neoplasia do pulmão em 13 doentes (72,2%), 27,7% com carcinoma pulmonar de pequenas células, 16,7% com adenocarcinoma, 11,1% com carcinoma epidermóide do pulmão, 5,5% com mesotelioma, 5,5% com carcinoma pulmonar de grandes células e 5,5% com carcinoma pulmonar de não pequenas células, não classificável noutra parte. Quatro doentes apresentaram primário extrapulmonar, carcinoma epidermóide do esófago cervical (1), adenocarcinoma gástrico (1) e do recto (2). Num doente não se obteve confirmação histológica. Cinco apresentaram evento tromboembólico associado. Todos efetuaram tratamento médico, 94% efetuou radioterapia, um colocou stent endovascular e um foi submetido a quimioterapia (carcinoma epidermóide). Na sequência da SVCS metade dos doentes faleceram.

Conclusões: A síndrome da veia cava representa uma complicação oncológica importante e ameaçadora de vida. As modalidades terapêuticas são a radioterapia, quimioterapia, terapêutica farmacológica e cirurgia, sendo a radioterapia a mais utilizada, como se verifica na casuística apresentada. A presente casuística, apesar de diminuta, revela a importância do cancro do pulmão como etiologia primária desta síndrome, essencialmente o CPPC, indo de encontro à literatura. Dada a elevada taxa de mortalidade (50%) é fundamental a detecção precoce.

Palavras-chave: Síndrome da veia cava. Cancro do pulmão.

PO28. CARCINOMA DA LINHA MÉDIA. NUT

C. Lacerda, L. Ferreira, C. Pacheco, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: Os carcinomas NUT da Linha Média ("NUT Midline Carcinoma", NMC) são tumores raros caracterizados geneticamente pela translocação entre o cromossoma 15 e 19 que origina o oncogene de fusão BRD4-NUT. Estes tumores podem surgir em todas as idades e caracterizam-se por ser clinicamente agressivos. Não se originam de nenhum órgão ou tecido específico sendo a maioria com localização em estruturas da linha média (mediastino, vias aéreas superiores e cabeça). Este tumor é refractário aos tratamentos convencionais tendo por isso prognóstico altamente reservado.

Caso clínico: Homem de 20 anos, previamente saudável e com história familiar de um irmão falecido aos 24 anos por sarcoma. Apresenta-se inicialmente com dor aguda na região lombar para-vertebral esquerda que surgiu após a realização de um esforço. Sem outros sintomas associados. Realizou uma radiografia e consequentemente uma TC tóraco-abdominal que revelou uma volumosa massa ($7,7 \times 7,2$ cm) no lobo superior esquerdo (LSE) a invadir o mediastino e brônquio correspondente, várias adenopatias e múltiplas metástases ósseas. TC cerebral não mostrou metastização. Analiticamente apresentava uma beta-HCG e alfa-fetoproteína com

valores normais. A broncofibroscopia revelou um tumor endobrônquico de consistência mole e contornos irregulares que obstruía totalmente o brônquio do LSE. A análise histológica da biópsia brônquica e de metástases ósseas (esterno e ilíaco) mostrou tratar-se de carcinoma epidermóide basalóide com características sugestivas de NMC. O estudo imunocitoquímico utilizando o anticorpo monoclonal anti-NUT demonstrou intensa positividade confirmando assim o diagnóstico. Iniciou primeiramente radioterapia paliativa urgente pelo desenvolvimento de um síndrome medular, com boa resposta, e posteriormente quimioterapia com carboplatina e gencitabina. A reavaliação após 2º ciclo revelou progressão da doença com surgimento de metastização cerebral, agravamento dos sintomas neurológicos, pancitopenia e falência respiratória. O doente faleceu 4 meses após o diagnóstico.

Discussão: O caso descrito relata um NMC que os autores consideram de elevada importância pela sua raridade e pela escassez de evidência científica descrita na literatura relativa à patofisiologia, características clínicas, tratamento eficaz e prognóstico desta entidade.

Palavras-chave: Carcinoma da linha média-NUT. Cancro do pulmão.

PO29. CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO: UMA RARIDADE

J. Carvalho¹, L. Fernandes¹, A.S. Oliveira¹, C. Bárbara²

¹Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

²Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: O carcinoma adenóide quístico é uma neoplasia epitelial maligna de origem glândular, que ocorre nas glândulas mamárias, salivares e raramente no pulmão, onde é responsável por 0,2% dos tumores. Apesar de ser raro, é o tumor de tipo glândula salivar mais comum ao nível do tracto respiratório.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 75 anos, caucasiana, doméstica, não fumadora, com os diagnósticos prévios de dislipidemia e hérnia do hiato, medicada com omeprazol 20 mg e sinvastatina 20 mg. História familiar de irmã que faleceu com neoplasia do pulmão. Seguida em consulta de Pneumologia desde 2012 por tosse crónica, tendo sido medicada com omeprazol 20 mg, corticóide nasal e fluticasona/formoterol 160/4,5 µg. Realizada espirometria que se revelou normal e pletismografia apenas com diminuição do coeficiente de difusão. Tomografia computadorizada (TC) de tórax com algumas alterações enfisematosas nas bases pulmonares e TC seios perinais com desvio do septo nasal e hipertrofia dos cornetos inferiores. Por manutenção de tosse crónica, foi realizada nova TC tórax, com “alteração focal da parede traqueobrônquica e quistos pulmonares dispersos de modo bilateral e simétrico. A considerar amiloidose, linfangioleiomiomatose ou pneumonia intersticial no contexto de doença sistémica.” Analiticamente sem alterações a registar, com parâmetros de autoimunidade normais, imunofixação da urina com pesquisa de cadeias leves negativa e serologia VIH negativa. Realizada igualmente TC abdominal com “imagem nodular de 8 mm na glândula supra-renal esquerda, ligeira irregularidade do cólon ascendente grosseiramente nodular”, Ecocardiograma com “doença degenerativa mitroaórtica com ligeira insuficiência” e novas provas de função respiratória apenas com diminuição do fluxo a baixos débitos. Realizada broncofibroscopia (BFC) “traqueia com mucosa hiperemiada, árvore brônquica direita com mucosa hiperemiada e friável, com 2 pequenas lesões polipóides de superfície lisa ao nível do orifício de entrada do brônquio principal direito que se biopsaram”. O lavado broncoalveolar realizado foi negativo para células neoplásicas e o resultado anatomo-patológico revelou “infiltração por neoplasia de padrão cilíndrico-mucoso com estudo imunohistoquímico positivo para CD117, células luminais citokeratina 7, células basais p63 e negatividade para TTF1, aspectos sugestivos de Carcinoma do tipo glândula salivar - Carcinoma adenóide quístico”. Foi encaminhada para consulta de pneumologia oncológica, tendo realizado radioterapia radical.

Discussão: Este tipo de tumores caracterizam-se pela natureza infiltrativa, apresentando um crescimento lento e curso clínico prolongado. A necessidade de vigilância prolongada é fundamental, uma vez que há uma grande probabilidade de recidiva local tardia deste tipo de tumor.

Palavras-chave: Tosse crónica. Carcinoma adenóide quístico.

PO30. SCHWANNOMA PLEURAL: CASO CLÍNICO DE UMA PATOLOGIA MUITO RARA

M.J. Oliveira, R. Melo, S. Campinha, S. Conde, A. Barroso

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

Introdução: Os schwannomas pleurais primários são neoplasias muito raras (1-2% dos tumores torácicos), que se desenvolvem a partir das células de Schwann, presentes nas fibras do sistema nervoso autónomo da pleura. Na literatura inglesa estão descritos pouco mais de 20 casos até ao momento. Geralmente assintomáticos, de crescimento lento e quase sempre benignos. Surgem predominantemente no sexo masculino, sobretudo entre a terceira e sexta décadas de vida. Apresentação dum caso clínico de schwannoma pleural primário benigno.

Caso clínico: Homem, 73 anos, fumador (55 UMA), DPOC Gold A, enviado à consulta de Pneumologia Oncológica por alteração radiológica torácica suspeita. Assintomático e sem alterações no exame físico. Estudo analítico normal. Tomografia computadorizada (TC) torácica com nódulo de limites bem definidos de implantação pleural no hemitórax direito (21 mm), sem calcificação, derrame pleural, sinais de invasão dos arcos costais ou da parede torácica adjacente). Broncofibroscopia sem alterações macroscópicas. Lavado broncoalveolar negativo para infeção ou malignidade. Biópsia aspirativa transtorácica (BATT) do nódulo inconclusiva. Tomografia por emissão de positrões, com imagem nodular pleural avida discretamente para FDG (SUV máximo 1,3). Em Reunião de Grupo Multidisciplinar foi decidida cirurgia torácica diagnóstica e terapêutica. Após reabilitação respiratória pré-operatória e cessação dos hábitos tabágicos, foi submetido a exérese em bloco da lesão por cirurgia torácica vídeoassistida (VATS) uniportal direita. Exame anatomopatológico da peça operatória: Schwannoma pleural excisado na totalidade. Pós-operatório sem intercorrências. Atualmente o doente apresenta-se assintomático e em vigilância.

Discussão: De acordo com a literatura descrevemos um homem, sem sintomas sugestivos da doença, sendo a lesão um achado radiológico e com diagnóstico definitivo obtido em exame histopatológico da peça operatória (em termos de histoquímica os schwannomas pleurais habitualmente são positivos para a proteína S100). Este caso clínico pretende alertar para existência desta entidade extremamente rara, o Schwannoma pleural, cujo tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica completa.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Schwannoma pleural.

PO31. CARCINOMAS ADENÓIDES CÍSTICOS DO PULMÃO. EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA

D. Cunha Machado, S. Campinha, S. Conde, A. Sanches, A. Barroso

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: O carcinoma adenóide cístico é uma neoplasia maligna mais frequentemente encontrada nas glândulas salivares, sendo rara a sua ocorrência como tumor primário do pulmão (0,1-0,2% dos tumores pulmonares). Tem tendência a recorrer localmente e a metastização hematogénea tardia. Quando possível a cirurgia deve ser a primeira linha de tratamento. Contudo, dada a baixa incidência

Tabela PO31			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Género	Mulher	Mulher	Mulher
Idade (anos)	61	20	35
Hábitos tabágicos	Não fumadora	Não fumadora	Não fumadora
Sinais/síntomas	Pieira persistente, tosse seca	Expetoração hemoptoica	Pieira persistente
Data diagnóstico	3/2015	3/2010	1/2015
Localização	Massa tumoral no BPE; obstrução quase total do lúmen; infiltração tumoral de todo o BPE até à carena 2ª. Desobstrução (bisel + pinça rígida)	LID com B6 obstruído por tecido irregular	Massa polipóide traqueal; obstrução quase total do lumen. Desobstrução (bisel + pinça rígida + laser à base de implantação)
Imunohistoquímica	p63, CD117, CEA monoclonal	CK8/18, p63	Cam5.2, p63, alfa-actina, CD117
Estadiamento	IIIA	IA	IA
Tratamento	Proposta para cirurgia: recusada. QT/RT radical concomitante	Lobectomia inferior direita	Terapêutica endobrônquica
Seguimento	Vigilância com TC e BFC	Vigilância com TC	Vigilância com TC e BFC

do carcinoma adenóide cístico do pulmão (CACP), as características clínico-patológicas, tratamento *standard* e sobrevida ainda não estão completamente esclarecidas.

Objectivos: Caracterizar os doentes com CACP seguidos na consulta de Pneumologia Oncológica do CHVNGE.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com CACP seguidos em consulta (2007 a 2015). A obtenção de informação foi realizada pela consulta do processo clínico.

Resultados: Foram identificados 3 casos. Na tabela apresentamos as suas características.

Conclusões: Sendo o CACP um tumor raro, parte do que conhecemos sobre o seu comportamento provém da descrição de casos clínicos e séries de casos. Apresentamos 3 casos de CACP diagnosticados na nossa instituição. Foi um diagnóstico raro, que afetou apenas mulheres, não fumadoras e maioritariamente em idade jovem. Estas características vêm de encontro às descritas na literatura, com excepção do género, dado que tem sido relatada uma razão de homem:mulher de 1:1. Em todos os casos foi proposta uma abordagem cirúrgica que apenas se concretizou numa das doentes. Nos restantes casos foi realizada intervenção endobrônquica aquando do diagnóstico e subsequente vigilância broncoscópica, com uma doente a fazer também QT/RT. Será necessário maior tempo de seguimento para inferirmos quanto ao prognóstico destas doentes. O poster pretende alertar para esta neoplasia rara do pulmão, que nas 3 situações descritas se apresentou com sintomas pouco específicos mas arrastados, levando a suspeitas diagnósticas erradas que protelaram o diagnóstico correcto. Na presença de sintomas respiratórios arrastados é obrigatório investigar, realizando além de exames imagiológicos uma avaliação broncoscópica.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Carcinoma adenóide cístico.

PO32. TUMORES CARCINOIDES DO PULMÃO NA POPULAÇÃO DE UMA CIDADE DO NORTE DE PORTUGAL

M.J. Oliveira, I. Ladeira, R. Melo, S. Campinha, S. Conde, A. Barroso

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

Introdução: Os tumores carcinóides do pulmão (também conhecidos por tumores neuroendócrinos do pulmão de intermédio e baixo

grau, conforme sejam carcinóides atípicos ou típicos, respetivamente), representam cerca de 30% dos tumores neuroendócrinos e 1-2% das neoplasias pulmonares.

Objectivos: Análise da epidemiologia e caracterização das diferenças entre carcinóides típicos e atípicos, dos tumores carcinóides na nossa população.

Material e métodos: Foram revistos os processos clínicos dos doentes com tumores carcinóides do pulmão, diagnosticados entre 1994 e 2015. Os dados epidemiológicos, clínicos, radiológicos e do tratamento instituído foram analisados usando a versão 20 do SPSS. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados: Foram analisados 52 doentes, dos quais 43 (82,7%) tinham tumor carcinóide típico e 9 (17,3%) atípico. Ao longo do período de estudo o número de casos diagnosticados por ano aumentou. A média de idade foi $58,6 \pm 17,5$ anos. A maioria dos doentes eram não-fumadores/ex-fumadores (47; 90%). Não se encontraram diferenças significativas entre os dois tipos de tumor relativamente ao género, idade ou hábitos tabágicos. O tratamento de 1ª linha foi: cirúrgico em 41 (78,8%) dos casos (dos quais 30 [73,2%] realizaram lobectomia), radioterapia em 3 (5,8%) casos, quimioterapia num caso (1,9%), radionuclídeo para recetor de peptídeo - lutécio 177 em 2 (3,8%) casos e melhor terapêutica de suporte em 5 doentes (9,6%). Fizeram terapêutica adjuvante ou neo-adjuvante da cirurgia 8 (15,4%) doentes. Houve progressão da doença em 9 (17,3%) casos: 3 carcinóides típicos com crescimento local do tumor e 6 por metastização à distância (4 carcinóides típicos com metastização hepática e 2 carcinóides atípicos com metastização hepática/outras órgãos). A média do tempo de sobrevida foi de $5,1 \pm 3,9$ anos (10 doentes morreram e 1 mudou de residência e por conseguinte de hospital por questões de facilidade de deslocação).

Conclusões: Ao contrário do descrito na literatura não foi encontrada diferença significativa em termos de hábitos tabágicos, sobrevida e prognóstico, entre doentes com tumores carcinóides típicos e atípicos. Os tumores carcinóides pulmonares são na maioria carcinóides típicos com boa sobrevida a longo prazo. A cirurgia de ressecção é o tratamento de eleição, aqui tendo sido o tratamento de eleição em 79% dos casos. Ao longo do período de estudo o número de casos diagnosticados por ano aumentou, ficando a dúvida se algum fator etiológico desconhecido poderá estar na génese desta alteração, ou se apenas estamos mais atentos e fazemos mais diagnósticos.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Tumores carcinoides. Neuroendócrinos.

PO33. TUMOR ENDOBRÔNQUICO: UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL

J. Vale Lages¹, L. Almeida², A.V. Cardoso², G. Fernandes², A. Magalhães²

¹Hospital de Braga. ²Centro Hospitalar São João.

Introdução: Os tumores carcinoides são tumores primários do pulmão incomuns, correspondendo a 1-2% de todos os tumores pulmonares. Mais comuns no sexo feminino sendo a idade de apresentação típica entre 40-50 anos. São uma forma de tumor neuroendócrino e classificam-se em típicos ou atípicos. Os tumores atípicos apresentam um crescimento mais rápido e maior tendência a metastização e são muito menos comuns que os carcinoides típicos.

Caso clínico: Sexo feminino, 65 anos. Viúva. Não fumadora. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do CHSJ em junho de 2015 no contexto de traumatismo torácico com fratura de arcos costais e derrame pleural (DP) de pequeno volume, à esquerda. Teve alta. Dois meses após recorreu novamente por quadro de tosse seca e dispneia para esforços com agravamento progressivo. Negava dor torácica, febre, emagrecimento, anorexia ou astenia. Sem outras queixas. Apresentava volumoso DP esquerdo pelo que foi realizada toracocentese diagnóstica e terapêutica, complicada por pneumotórax, motivando internamento no Serviço de Cirurgia Geral por hemotórax em provável contexto de traumatismo passado. Realizado controlo imagiológico, tendo-se observado DP e câmara de pneumotórax esquerdo sobre drenagem, sem outras alterações a valorizar. Alta com seguimento em consulta por Cirurgia. Dois meses após solicitado estudo imagiológico comparativo observando-se, de novo, nódulo hilar esquerdo com cerca de 24 x 23 de maiores diâmetros axiais com íntimo contacto com o brônquio lobar inferior esquerdo, observando-se preenchimento dos brônquios a jusante e atelectasia parcial do parênquima correspondente. Referenciada para consulta de Pneumologia Geral para estudo e orientação de lesão endobrônquica. Broncofibroscopia mostrava, a nível da árvore brônquica esquerda, lesão endobrônquica (fig.) hipervascularizada e facilmente sangrante, que ocluía totalmente o lúmen não se visualizando a pirâmide basal. Realizadas biópsias a este nível que foram compatíveis com tumor neuroendócrino. A escassez de tecido neoplásico viável não permitiu avançar na caracterização do tumor neuroendócrino pelo



Lesão endobrônquica a nível do BLIE, que oclui totalmente o lúmen, não se visualizando a pirâmide basal.

que se agendou broncoscopia rígida para melhor caracterização histológica e desobstrução endobrônquica. Histologia compatível com tumor carcinóide com características de carcinóide atípico (índice proliferativo de 20%).

Discussão: A relevância da exposição do presente caso prende-se com o facto de o diagnóstico do tumor carcinóide atípico ter sido accidental, no contexto do seguimento de hemotórax traumático, estando de acordo com a literatura, no sentido em que se trata de um tumor com apresentação frequentemente indolente. No entanto, o subtipo carcinóide atípico é mais agressivo e com maior potencial metastático, com uma taxa de sobrevida aos 10 anos entre 35-56%.

Palavras-chave: Carcinóide atípico. Derrame pleural. Hemotórax.

PO34. SURTO DE DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS E ÍNDICES DE GRAVIDADE NA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

C. Costa¹, P. Dionísio¹, F. Lopes¹, B. Von Amann¹, A. Dias¹, J. Carvalho¹, A. Cysneiros¹, M. Serrado¹, G. Carvalho², F. Froes¹, C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Serviço de Medicina Interna, Hospital de Cascais.

Introdução: A 7 de Novembro de 2014, é declarado em Vila Franca de Xira (VFX) um surto de Doença dos Legionários, tendo a fonte sido identificada numa torre de refrigeração de uma empresa local. Este surto revelou ser o 2º maior a nível mundial com 403 casos: 377 casos confirmados e 26 prováveis. Dos 337 confirmados 366 foram internados.

Objectivos: Caracterização da amostra de doentes internados no Serviço de Pneumologia do Hospital Pulido Valente no contexto do surto epidemiológico de VFX e verificar a sua relação com os índices de gravidade e prognóstico habitualmente utilizados em casos de Pneumonia: CURB-65, *Pneumonia Severity Index* (PSI).

Material e métodos: Foram aplicados questionários a todos os doentes internados com diagnóstico de Doença dos Legionários segundo os critérios de definição de caso da Direcção-Geral de Saúde, tendo sido efectuada uma análise retrospectiva dos processos clínicos e analisado com SPSS v22.

Resultados: Foram internados 38 casos confirmados, 65,8% do sexo masculino, e com idade média de 55 ± 12 anos. Todos apresentavam *link* epidemiológico e a maioria apresentava factores de risco para o desenvolvimento de pneumonia a *Legionella* (71%), sendo o tabagismo o mais frequente. À admissão no serviço de urgência, os doentes apresentavam em média uma pontuação no CURB-65 de 2 ± 1 (mínimo: 0; máximo: 3), o que corresponde a uma mortalidade média a 30 dias prevista de 9,2% e PSI de 90 ± 28 (mínimo: 28; máximo: 181), o que corresponde a uma mortalidade média prevista de 0,9-2,8%. Sete doentes (18%) necessitaram de cuidados intensivos (UCI), três deles nas primeiras 24 horas, apresentando um CURB-65 médio de 2 e PSI médio de 97 (Classe IV). Nenhum doente internado faleceu no decurso do internamento hospitalar nem aos 30 dias (letalidade intra-hospitalar e mortalidade a 30 dias de 0,0%).

Conclusões: O CURB-65 e o PSI são índices de gravidade e prognóstico que reflectem a gravidade e o risco de mortalidade a 30 dias. Nenhum destes índices está validado em surtos de pneumonia a *Legionella*. A dimensão da amostra e as características da população não permitiram determinar qual o índice com maior utilidade. O melhor valor preditivo do PSI pode estar relacionado com a características da população.

Palavras-chave: Doença dos Legionários. Índices de gravidade. Pneumonia adquirida da comunidade.

PO35. PNEUMONIA A LEGIONELLA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Costa², F. Lopes¹, P. Dionísio¹, J. Carvalho¹, A. Dias¹, B. von Amann¹, A. Cysneiros¹, T. Abreu², D. Ferreira², F. Paula², F. Froes², C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A 7 de Novembro de 2014, é declarado em Vila Franca de Xira (VFX) um surto de doença dos Legionários. Este revelou-se o 2º maior a nível mundial (403 casos; 377 confirmados). Dos casos confirmados, 366 foram internados, tendo o Serviço de Pneumologia do Hospital Pulido Valente recebido 38 doentes confirmados.

Objectivos: Caracterização dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (UCIMC) durante o surto epidemiológico de VFX e verificar a sua evolução após um ano.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos; Contacto telefónico após um ano.

Resultados: Foram internados na UCIMC quatro doentes: 2 homens. A média de idades era de $47,2 \pm 4,7$ anos (mínimo: 43; máximo: 54), todos apresentavam link epidemiológico e factores de risco para pneumonia a *Legionella*: tabagismo (100%); toxicoddependência (25%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (25%). Os sintomas mais frequentes foram tosse seca, febre $> 39^\circ\text{C}$, confusão mental, mialgias e dispneia. As alterações laboratoriais mais frequentes foram a hiponatremia (75%), lesão renal aguda (75%) hipocaliémia (50%), rabdomiólise (50%) e citólise hepática (50%). A radiografia torácica apresentava alterações em todos os doentes, com attingimento preferencial de apenas um quadrante (50%). Os doentes apresentavam um CURB-65 médio de 2,3 (mínimo: 1; máximo: 3) e PSI médio de 111 (mínimo: 73; máximo: 139): 1 doente em classe III, 2 em classe IV e 1 em classe V. Todos foram diagnosticados com recurso à antigenúria para *Legionella*. O tempo médio de início de antibioterapia foi 1,8 horas. Todos apresentavam insuficiência respiratória à entrada, encontrando-se um em choque séptico e outro em sépsis grave. Um doente necessitou de ventilação mecânica invasiva (4 dias). A duração média de internamento foi de 3,5 dias. Não se verificou nenhuma mortalidade intra-hospitalar ou após 30 dias. Após um ano, apenas foi possível contactar 2 doentes. Apesar da resolução completa da pneumonia, ambos os doentes referiram diminuição da qualidade de vida com aumento da dispneia. Um doente deixou de fumar após o internamento.

Conclusões: Da presente análise com um número reduzido de doentes, verifica-se uma discrepância entre os scores de gravidade utilizados, sendo o CURB-65 menos elucidativo acerca da necessidade de internamento em cuidados intensivos. Apesar da gravidade, nenhum doente faleceu, o que poderá estar relacionado com a média das idades dos doentes, o diagnóstico precoce, optimização do processo de cuidados e rápido início de antibioterapia. Não é possível tecer conclusões acerca da redução da qualidade de vida após 1 ano.

Palavras-chave: Doença dos Legionários. Unidade de Cuidados Intensivos.

PO36. TODOS OS PORMENORES CONTAM

J. Carvalho¹, A.F. Matos¹, A.S. Oliveira¹, L. Carvalho¹, C. Bárbara²

¹Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

²Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O agente etiológico das pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) não é identificado em 40 a 60% dos casos. Contudo, admite-se que os microrganismos atípicos, como o *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae*, são responsáveis por 15 a 35% das pneumonias.

Caso clínico: Homem de 64 anos, não fumador com diagnósticos prévios de síndrome vertiginosa medicado com beta-histina 16 mg

e ablação de feixe de reentrada cardíaco. Quadro com 15 dias de evolução de febre, mialgias, rinorreia anterior mucopurulenta e tosse seca. Foi avaliado pelo seu médico assistente, que terá medicado o doente sintomaticamente para síndrome gripal. Por manutenção de queixas como febre ($39\text{--}40^\circ\text{C}$) e tosse seca, negando toracalgia, anorexia ou perda de peso, recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria. No exame objectivo estava febril, eupneico, com saturações periféricas de 97% em ar ambiente, sem outras alterações a destacar. Analiticamente sem leucocitose ou neutrofilia e PCR de 26,6 mg/dL. Gasometricamente com hipoxémia e sinais de hiperventilação alveolar. Na telerradiografia de tórax (Rx), observou-se hipotransparência heterogénea nos 2/3's superiores do hemitórax direito. Foi internado no serviço de Pneumologia do Hospital Pulido Valente com a hipótese diagnóstica de PAC. No internamento, iniciou-se antibioterapia empírica com amoxicilina/clavulanato e azitromicina. Colheram-se hemoculturas e foi realizada pesquisa de antígenos urinários para *Pneumococcus* e *Legionella*, com resultados negativos. Foi realizada tomografia computadorizada do tórax com "Densificação em vidro despolido com espessamento dos septos interlobares no lobo superior direito, lobo médio e alguns focos dispersos no lobo superior esquerdo e lobos inferiores. Algumas imagens em traço e em faixas do lobo médio língua e lobo inferiores". Compatível com possível pneumonia viral, *Mycoplasma* ou *Pneumocystis*. No 4º dia de antibioterapia apresentou padrão de citocolestase hepática, tendo-se alterado antibioterapia para Levofloxacina, com normalização dos valores séricos. Já durante o internamento, apurou-se exposição maciça a ambiente com pássaros e pombos pelo que se dosearam os níveis de precipitinas séricas dirigidas e *Chlamydia psittaci*. Adicionalmente foram pedidos *Mycoplasma pneumoniae* e de *Chlamydia pneumoniae*. Reavaliação em consulta com desaparecimento das alterações imagiológicas e serologia positiva para *Chlamydia pneumoniae*.

Discussão: Salienta-se a importância de uma cuidadosa anamnese na colocação das hipóteses diagnósticas e antibioterapia dirigida. As pneumonias por agentes atípicos podem cursar com uma evolução mais indolente e presença de sintomas extrapulmonares.

Palavras-chave: *Pneumonia atípica. Chlamydia pneumoniae.*

PO37. EFEITOS DA HIPERGLICEMIA À ADMISSÃO E DIABETES MELLITUS NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DE DOENTES COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE INTERNADOS NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA. ESTUDO PROSPETIVO

D. Apolinário, L. Ribeiro, J. Silva, M. Brandão, A.I. Loureiro, A. Afonso

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

Introdução: A hiperglicemia à admissão hospitalar em doentes com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é frequente, em doentes com e sem diabetes. Apesar da diabetes mellitus (DM) ser um fator de risco conhecido para pneumonia e pior outcome, o efeito da hiperglicemia é controverso.

Objectivos: Avaliação dos níveis de glicemia à admissão em doentes com PAC, internados num serviço de Pneumologia. Estudo do efeito da hiperglicemia à admissão e/ou DM na gravidade da pneumonia e evolução intra-hospitalar.

Material e métodos: Estudo prospetivo, observacional, dos doentes internados por PAC num serviço de Pneumologia, entre julho/2014 e dezembro/2015. Após consentimento, os doentes eram submetidos a medição da glicemia capilar em jejum, até 24 horas da admissão, sendo excluídos aqueles em que não foi possível. Os restantes critérios de exclusão consistiram em pneumonias adquiridas em meio hospitalar/associadas a cuidados de saúde, admissão em unidade de cuidados intensivos/intermédios, imunossupressão ou infeção concomitante. Foram considerados diabéticos aqueles com

história conhecida ou com hiperglicemia à admissão e hemoglobina glicada A1c $\geq 6,5\%$. Recolheram-se dados demográficos, comorbidades, índices de gravidade (CURB-65, sépsis grave/choque séptico), proteína C reativa, contagem de leucócitos, complicações etempo de internamento. Consoante a glicemia, a amostra foi subdividida em doentes com hiperglicemia (≥ 110 mg/dl), com e sem DM, e doentes sem hiperglicemia (< 110 mg/dl), sendo realizada uma análise comparativa.

Resultados: Analisaram-se 45 doentes, 57,8% homens, com idade média de $63,7 \pm 17$ anos. Eram diabéticos 28,9% dos doentes, sendo o diagnóstico conhecido em 92,3% dos casos. A média da glicemia à admissão foi $127,8 \pm 46$ mg/dl. Para além da DM, as comorbidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (53%), dislipidemia (40%), insuficiência cardíaca (22%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (20%). Os diabéticos, comparando com os não diabéticos, apresentavam maior número de comorbidades ($p < 0,001$) e glicemia mais elevada (média 172 ± 57 mg/dl, $p = 0,002$). Não houve associação estatisticamente significativa com os índices de gravidade, marcadores inflamatórios, complicações ou tempo de internamento. À admissão 62,2% dos doentes apresentavam hiperglicemia. Os doentes com hiperglicemia e DM correspondiam a 28,9% dos casos, com hiperglicemia e sem DM a 33,3% e sem hiperglicemia a 37,8%. Comparando os 3 grupos, não foi encontrada associação estatisticamente significativa com os índices de gravidade, marcadores inflamatórios, complicações ou tempo de internamento.

Conclusões: A hiperglicemia e/ou DM são frequentes em doentes internados com PAC. Neste estudo, não foi encontrada relação entre DM e/ou hiperglicemia e gravidade da pneumonia ou pior *outcome*, embora possa estar relacionado com o tamanho amostral.

Palavras-chave: *Pneumonia adquirida na comunidade. Hiperglicemia. Diabetes mellitus.*

PO38. TRATAMENTO ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO DOMICILIÁRIO. EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM SERVIÇO

L. Meira¹, L. Mendonça Almeida¹, C. Damas¹, A.L. Pereira², A. Amorim^{1,3}

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviços Farmacêuticos, Centro Hospitalar São João. ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: As exacerbações pulmonares infecciosas (EPI) moderadas a graves são o principal motivo de internamento dos doentes com fibrose quística (FQ). Os doentes com bronquiectasias de outras etiologias bem como os transplantados pulmonares também são internados frequentemente pelo mesmo motivo. O tratamento antibiótico endovenoso domiciliário (TAEVD) tem-se vindo a difundir no tratamento das exacerbações, principalmente nos doentes com FQ, bem como nos tratamentos de erradicação, nomeadamente da *Pseudomonas aeruginosa*, que incluem antibioterapia endovenosa.

Objectivos: Descrever a experiência do primeiro ano e 7 meses (maio 2014 a dezembro 2015) de utilização de TAEVD através de bombas infusoras elastoméricas descartáveis, num serviço de Pneumologia de um hospital central.

Material e métodos: Os doentes que realizaram TAEVD foram selecionados com base nos seguintes critérios: EPI ou erradicação, com necessidade de antibioterapia endovenosa. Doentes cumpridores da medicação habitual. Bom suporte familiar. Vontade na realização de TAEVD. Foram excluídos os doentes que apresentassem insuficiência respiratória, sepsis ou hemoptises.

Resultados: Dezas seis doentes, com idade mediana de 32,5 anos e igual distribuição de sexos, realizaram TAEVD (total de 18 internamentos) desde que a TAEVD foi implementada. Estes doentes apresentavam diferentes patologias: 8 FQ, 6 bronquiectasias não FQ, 1 silicose e outro tratava-se de um transplantado pulmonar com rejeição crónica. Uma doente com FQ e outra com bronquiectasias

encontravam-se em lista de espera para transplante. Funcionalmente apresentavam um FVC mediano de 68,5%, FEV1 mediano 39% e IT mediano de 48,3%. Doze internamentos foram por EPI, dos quais 9 doentes estavam infetados cronicamente por *Pseudomonas aeruginosa*. Os restantes internamentos foram para realização de erradicação do mesmo microrganismo. O tempo mediano de internamento foi de 6,5 dias (min. 2; máx. 14), o de TAEVD 9 dias (min. 6; máx. 18) e o de tratamento total 14 dias. O esquema de antibioterapia mais usado foi ceftazidima com ampicacina (6). Apenas uma doente não conseguiu terminar o esquema por deteção de níveis tóxicos de ampicacina. Nos doentes com FQ verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os seguintes parâmetros funcionais medianos antes e depois do internamento: FVC 63,3-67,9%, $p = 0,034$ e FEV1 40,0-45,1%, $p = 0,050$.

Conclusões: A TAEVD associa-se a uma melhor qualidade de vida dos doentes, diminuição do absentismo profissional e escolar, menos tempo de internamento e, por conseguinte, menos custos e menor risco de infeções nosocomiais. A ausência de complicações nesta série demonstra que esta é uma opção terapêutica a considerar nas indicações referidas, sendo contudo muito importante a seleção criteriosa dos candidatos.

Palavras-chave: *Antibioterapia endovenosa domiciliária. Fibrose quística. Transplante pulmão.*

PO39. PNEUMONIA ABECEDADA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Pereira, I. Vidal, L. Amaro, E. Dias, M. Agundez, A. Silva, A. Rodrigues

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital Geral.

Introdução: Os abscessos pulmonares são entidades clínicas que exigem períodos prolongados de antibioterapia. No entanto, a grande maioria resolve com essa terapêutica. Existem factores de mau prognóstico como a má nutrição, idade avançada e imunossupressão. É fundamental uma abordagem inicial completa ao doente para que se possa confirmar o diagnóstico desta entidade.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 72 anos de idade, institucionalizada, totalmente dependente, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada, síndrome depressiva, recusa alimentar, anorexia e quadro demencial. Recorreu ao SU por quadro de dispneia em contexto de colocação de sonda nasogástrica no lar por recusa alimentar. No serviço de urgência objetivada insuficiência respiratória (IR) parcial, analiticamente sem leucocitose e proteína C reativa de 1,53 mg/dL. Radiologicamente com condensação na base pulmonar direita. Considerando a história clínica e meios complementares diagnósticos conclui-se tratar-se de uma pneumonia de aspiração e inicia empiricamente amoxicilina-acido clavulânico 2,2 g. Por insuficiência terapêutica com agravamento da IR e temperaturas febris decide-se mudança de antibioterapia para piperacilina-tazobactam. Repetição de estudo imagiológico com visualização de pneumonia abecedada, pelo qual foi completado estudo com TC Tórax onde se visualizou "cavitação com realce parietal e com níveis hidroaéreos com cerca de 7×5 cm de eixos axiais". Manutenção de agravamento da clínica respiratória tendo-se associado vancomicina. Discussão do caso com a pneumologia tendo-se realizado broncofibroscopia e aspirado brônquico. Isolamento no aspirado brônquico de *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. Após isolamento decide-se com apoio da pneumologia suspensão de piperacilina-tazobactam e associação de colistina que a doente deveria manter 6 semanas. Realizada reavaliação radiológica após 6 semanas com melhoria substancial da opacidade abecedada a nível da base pulmonar direita. Doente teve alta reencaminhada para a consulta de pneumologia e com TC Tórax agendado para reavaliação. Manteria antibioterapia com ciprofloxacina oral no domicílio.

Discussão: Sendo os abscessos pulmonares uma entidade com terapêutica antibiótica prolongada no tempo é de extrema importância obter resultados microbiológicos que nos permitam direccionar a antibioterapia ao microorganismo causador do quadro clínico. O presente caso clínico serve para ilustrar a importância da discussão inter-disciplinar do paciente entre diferentes especialidades de forma a poder realizar exames complementares diagnósticos adequados e implementar as atitudes terapêuticas mais adequadas. Apesar desta doente ter um fator de risco de mau prognóstico que era a sua má-nutrição no contexto de anorexia recuperou favoravelmente com a terapêutica instituída.

Palavras-chave: *Pneumonia abecedada.*

PO40. AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DAS BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUISTICA (BQNFQ): O SCORE BRONCHIECTASIS SEVERITY INDEX (BSI)

J. Coutinho Costa, J. Neiva Machado, C. Ferreira, C. Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral.

Introdução: As bronquiectasias constituem uma doença multidimensional com etiologia muito variada e, como tal, a sua gravidade e prognóstico não pode ser avaliada de forma adequada unicamente através da análise de uma variável. O BSI corresponde a uma escala que avalia a gravidade e o prognóstico das BQNFQ através da análise de nove parâmetros: idade, índice de massa corporal (IMC), %FEV1 previsto, hospitalizações e exacerbações no ano anterior, grau de dispneia, colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* e outros microrganismos e extensão radiológica da doença. Através da análise destas variáveis permite identificar doentes com maior risco futuro de mortalidade, hospitalização e exacerbação permitindo assim um melhor seguimento no tempo e uma maior eficácia no tratamento.

Objectivos: Avaliação da gravidade das BQNFQ através do score BSI e do impacto de cada variável deste score para a gravidade das BQNFQ da nossa amostra.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos pacientes com BQNFQ seguidos numa amostra da consulta de readaptação funcional respiratória. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação das variáveis incorporadas no BSI. Análise estatística dos dados foi realizada através dos programas Microsoft Excel® e IBM SPSS®.

Resultados: A amostra foi constituída por 31 indivíduos, 19 do sexo feminino, 12 do sexo masculino, com idade média de 66,2 anos. 32,3% dos doentes apresentavam BSI baixo, 32,3% BSI intermédio e 35,4% BSI elevado. Para a nossa amostra verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os parâmetros idade, IMC, %FEV1 previsto, número de hospitalizações e exacerbações e a gravidade da BQNFQ (teste Anova $p < 0,001$, teste robusto de Brown Forsythe = 0,012, Anova = 0,04, teste de Kruskal Wallis $p < 0,001$ e $p < 0,015$, respetivamente). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos restantes parâmetros avaliados individualmente e a gravidade das BQNFQ. No entanto, aplicando um modelo de regressão linear múltipla, verificamos que existe uma correlação forte entre as variáveis idade, número de hospitalizações, colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* e %FEV1 previsto e a gravidade das BQNFQ (coeficiente de correlação de Pearson = 0,961), em que 91,2% da variabilidade do score BSI é explicada por essas variáveis em conjunto.

Conclusões: Para a nossa amostra verificou-se uma distribuição equitativa dos doentes pelas três classes de gravidade do score BSI. Verificou-se ainda, para a nossa amostra, que 91,2% da gravidade das BQNFQ é explicada pelas variáveis idade, número hospitalizações ano anterior, colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* e %FEV1 previsto.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Prognóstico. Gravidade. BSI.*

PO41. DISPNEIA EM DOENTE COM ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS GRAVES E DPOC AVANÇADA. PROGRESSÃO DE DOENÇA OU INFECÇÃO SECUNDÁRIA?

B. von Amann, A. Dias, F. Lopes, F. Freitas, A. Teixeira, A.S. Vilariça, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Os doentes com alterações estruturais do pulmão têm a possibilidade de instalação de numerosas condições patológicas que podem contribuir para o agravamento do seu status clínico e analítico. Destas alterações destacam-se as alterações enfisematosas e bronquíticas associadas à DPOC e as sequelas de Tuberculose Pulmonar. A infeção por agentes fúngicos deve ser tida em consideração dadas as implicações relacionadas principalmente com o desenvolvimento de micoses invasivas que se caracterizam por um processo destrutivo e indolente dos pulmões devido à invasão local do tecido pulmonar por *Aspergillus*, habitualmente *A. fumigatus*. Nestes casos o diagnóstico é muitas vezes atrasado pela instalação indolente e baixa suspeição clínica considerando-se, muitas vezes, apenas a progressão da doença de base.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um doente do género masculino, de 60 anos de idade, raça caucasiana, reformado de comerciante que recorreu a consulta de Pneumologia por história com 3 meses de evolução de agravamento de dispneia para médios esforços, tosse produtiva e perda de peso. Dos diagnósticos anteriores destaca-se DPOC estadio D, sequelas de tuberculose pulmonar, insuficiência mitral e tabagismo no passado (cessação tabágica há > 25 anos com CT 40 UMA). À auscultação pulmonar destaca-se murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Realizou provas funcionais respiratórias com obstrução muito grave (FEV1 pós broncodilatação 26,5%) e hiperinsuflação pulmonar; TC torax com imagem de configuração nodular com 32 mm de maior diâmetro transversal, rodeada de uma fina orla de ar de aspeto em crescente, alterações do parênquima pulmonar de predomínio nos vértices e alterações de enfisema com maior rarefação de parênquima no lobo inferior esquerdo. Realizou broncofibroscopia com colheita de lavado bronco alveolar com exame micológico positivo para *Aspergillus fumigatus*, exame bacteriológico e micobacteriológico negativos e exame anatomo-patológico negativo para células neoplásicas. A pesquisa de antigénio galactomamano sérico e no lavado bronco alveolar foram positivos. O doente iniciou terapêutica com voriconazol com boa evolução clínica e imagiológica ao fim de 4 meses de terapêutica dirigida.

Discussão: Este caso de aspergilose necrotizante crónica evidencia a necessidade de ponderação de diagnósticos alternativos para além de assumir apenas a progressão da doença de base, até quando se trata de doentes com estádios avançados e função pulmonar muito afetada. Torna-se 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 necrotizante crónica. DPOC. Alterações estruturais. Sequelas TP.*

PO42. MACRÓLIDOS NAS BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUISTICA - QUAL O BENEFÍCIO?

M. Braz¹, S. Lucas², A.M. Arrobas¹, T. Costa¹

¹Hospital Geral-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

²Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: As bronquiectasias têm como base uma agressão inicial, associada a uma predisposição do doente, que desencadeia uma infecção persistente e inflamação neutrofílica crónica com lesão pulmonar subsequente. As exacerbações são frequentes nestes doentes e estão associadas ao declínio da função pulmonar e ao aumento do número de internamentos. Segundo a literatura

disponível a utilização de macrólidos em doses baixas, pelas suas propriedades imunomoduladoras, levam à diminuição do número de exacerbações, sintomatologia e melhoria da função pulmonar, embora não seja claro a dose e duração ideal deste tratamento.

Objectivos: Avaliar doentes com bronquiectasias não fibrose quística e medicados com azitromicina, seguidos em Consultas de Pneumologia, analisando dados demográficos, exacerbações, sintomatologia e função respiratória.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e descritivo. A amostra foi recolhida através do programa informático SClinico® e tratada no Microsoft Excel®. Incluíram-se os doentes com o diagnóstico de bronquiectasias não fibrose quística que tenham cumprido pelo menos 3 meses de azitromina oral 500 mg 3 vezes/semana.

Resultados: A amostra é constituída por 8 doentes, com idade média de 56 anos, sendo 5 do género masculino. Metade destes doentes tem bronquiectasias idiopáticas, com predomínio de dispneia (6 doentes) e expectoração abundante mucopurulenta (5 doentes). Funcionalmente apresentavam uma média de FEV1 pós broncodilatação de 50% e 2,8 exacerbações prévias no ano anterior à terapêutica. Após instituição da azitromicina (mínimo de 3 meses, máximo de 9 meses), a maioria dos doentes descreveu a diminuição do volume da expectoração e da dispneia, sendo que houve apenas um caso em que se manteve essa sintomatologia. Verificou-se ainda a diminuição do número de exacerbações para 0,6 e ainda o aumento do FEV1 pós broncodilatação para 56% no ano subsequente à introdução de azitromicina. De notar que após a interrupção da terapêutica três doentes tiveram que reiniciar azitromicina por agravamento sintomatológico. Não houve aumento de internamentos, verificando-se um internamento antes e um depois da introdução da terapêutica.

Conclusões: Embora esta seja uma amostra de pequenas dimensões, nos doentes observados houve benefício em instituir terapêutica com azitromicina, na medida em que houve uma diminuição no número de exacerbações, melhoria de sintomatologia e aumento da função pulmonar. Contudo sem alteração no número de internamentos.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Azitromicina. Exacerbações. Sintomatologia. FEV1.

PO43. ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.A. Galego¹, A. Carvalho², R. Lima²

¹Unidade Local de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano, EPE.

²Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE.

Introdução: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença pulmonar desencadeada pela reação de hipersensibilidade à presença do fungo *Aspergillus fumigatus* nas vias aéreas. Afeta sobretudo doentes com asma ou fibrose cística e a suspeita é, essencialmente, clínica. A sua prevalência está estimada em 2% em asmáticos - 7-14% nos corticoide-dependentes. Os autores apresentam o caso de uma doente com história de asma de difícil controlo e com critérios clínicos, laboratoriais e imagiológicos compatíveis com o diagnóstico de ABPA.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 35 anos, administrativa; antecedentes de asma desde os 16 anos, bronquiectasias bilaterais, obesidade e diabetes, seguida em consulta de Pneumologia entre Janeiro de 2012 e Janeiro de 2013. Do estudo efectuado durante este período, salienta-se um exame funcional com obstrução ventilatória (OV) moderadamente grave, com resposta broncodilatadora positiva, elevação da IgE total e específica para *Aspergillus fumigatus* e espessamento inflamatório dos seios paranasais em tomografia computadorizada. Estava sob budesonido e formoterol, em associação, e terbutalina, com controlo parcial. Perante o quadro descrito, foi colocada a hipótese de ABPA. Entre 2013 e 2015, abandonou a consulta, período em que apresentou vários episódios de exacer-

bação respiratória, com necessidade de vários períodos de corticoterapia sistémica. Em Junho de 2015, foi novamente encaminhada para a consulta da especialidade de Pneumologia, na sequência de um internamento por agudização de asma em contexto infeccioso. Por esta altura, foi acrescentado ao esquema terapêutico anterior tiotrópio e aminofilina e repetido o estudo (funcional, serológico/imunológico e imagiológico), mantendo-se a suspeita de ABPA. Os exames revelaram eosinofilia, elevação das IgE total (> 1.000 UI/mL) e específica para *A. fumigatus*, agravamento funcional, com OV muito grave, broncodilatação positiva e FeNO aumentado) e hipersensibilidade cutânea positiva para *A. fumigatus*. Imagiologicamente, apresentava bronquiectasias cilíndricas bilaterais, com paredes discretamente espessadas. Perante a evolução clínica e os resultados dos exames, foi confirmado o diagnóstico de ABPA. Foi, então, acrescentado à terapêutica corticoide oral, verificando-se melhoria clínica significativa do quadro.

Discussão: O caso apresentado cumpre os critérios consensualmente aceites para o diagnóstico de ABPA - história de asma, IgE total aumentada, reatividade cutânea e IgE específica para *A. fumigatus*, bronquiectasias centrais e eosinofilia periférica. O diagnóstico atempado e o controlo clínico (conseguido aqui com a instituição de corticoterapia sistémica) são essenciais para evitar a doença pulmonar progressiva. A ABPA deve ser considerada em doentes com asma que não apresentam melhoria clínica e funcional apesar de tratamento adequado.

Palavras-chave: Aspergilose broncopulmonar alérgica. *Aspergillus fumigatus*.

PO44. DESSATURAÇÃO NO ESFORÇO E OXIGENOTERAPIA DE DEAMBULAÇÃO EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

M. Lopes¹, C. Cruz², A. Filipe², P. Raposo², P. Pamplona²

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Unidade de Reabilitação Respiratória-Hospital Pulido Valente.

Introdução: Na norma clínica DGS 018/2011 (atualizada 11/9/2015) são candidatos a OD: doentes com indicação para oxigenoterapia de longa duração (OLD) e normoxémicos em repouso que, na prova de marcha de 6 minutos (PM6M), apresentem saturação periférica de O₂ (SpO₂) < 88% ou redução de 4% para valores < 90%, corrigida pela administração de oxigénio, recomendando-se integração em PRR. No entanto, a investigação fundamentando a importância do programa é escassa.

Objectivos: Avaliar impacto do Programa de Reabilitação Respiratória (PRR) na decisão de prescrição de oxigenoterapia de deambulação (OD).

Material e métodos: Estudo retrospectivo analisando consecutivamente 54 doentes adultos em PRR de junho a novembro/2015. Foram incluídos 21 doentes com dessaturação na PM6M no início do programa e sem OD.

Resultados: 21 doentes apresentavam idade média 64,6 ± 11,9 anos, 12 do sexo feminino (57,1%). Diagnósticos principais foram DPOC (8 doentes) e Doenças Intersticiais Pulmonares (7 doentes). Valores de pH, PaO₂ e PaCO₂ foram respetivamente 7,43 ± 0,03; 71,1 ± 8,6 e 41,0 ± 5,9 mmHg; dois doentes faziam previamente OLD e seis ventiloterapia (2 BiPAP e 4 CPAP). A duração média do PRR foi de 151,0 ± 99,6 dias (regime bi ou tri-semanal). Apenas a 7 dos 21 doentes, com dessaturação inicial na PM6M, foi prescrito OD (33,3%). Um doente abandonou programa (10.º dia), 13 doentes tiveram alta sem prescrição de OD: dois recusaram OD; um, com raras saídas exteriores, teve alta com concentrador convencional para deambulação e treino domiciliários; dois iniciaram ventiloterapia (BiPAP). A distância média percorrida na PM6M basal (n = 21) foi 348,8 ± 105,2 metros (0,4 ± 0,8 pausas), com SpO₂ média 85,6 ± 4,1% e mínima 80,5 ± 7,4%. Dezassete doentes repetiram PM6M,

sem O2 suplementar, após otimização em PRR personalizado (controlo ventilatório, conservação de energia, drenagem de secreções, treino exercício, treino muscular periférico), otimização farmacológica e não farmacológica, revelando: distância média percorrida $365,2 \pm 110,2$ metros ($0,1 \pm 0,3$ pausas), com SpO2 média $89,5 \pm 3,7\%$ e mínima $85,9 \pm 5,1\%$, deixando de ser candidatos a OD 10 doentes. Após adaptação a OD ($n = 7$: líquido 4; concentrador 3) a PM6M realizada com a fonte portátil prescrita revelou: distância média percorrida $378,4 \pm 73,5$ metros (0 pausas), com SpO2 média $91,3 \pm 2,1\%$ e mínima $88,7 \pm 2,6\%$.

Conclusões: Apesar da pequena dimensão deste estudo, os resultados sugerem que 1) a prescrição de OD não pode ser fundamentada nos resultados de uma só PM6M; 2) o PRR pode ter impacto na dessaturação em esforço e na decisão de prescrição das várias fontes portáteis de oxigénio. A avaliação de candidatos, adaptação e monitorização de OD em PRR necessitam de maior investigação.

Palavras-chave: Prova marcha 6 minutos. Reabilitação respiratória. Oxigenoterapia de deambulação. Doença pulmonar obstrutiva crónica. Doenças intersticiais pulmonares.

PO45. IMPACTO DA CONSULTA DE OXIGENOTERAPIA NA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO DOS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

A.V. Cardoso¹, D. Araújo¹, M. van Zeller^{1,2}, P. Caetano Mota^{1,2}, M. Drummond^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: A oxigenoterapia domiciliária tem indicações bem definidas e várias formas de administração: de longa duração (OLD), de deambulação, adjuvante da ventiloterapia, paliativa e de curta duração. Em 2013, a Direção Geral de Saúde publicou normas de orientação clínica, indicando que a prescrição inicial dos cuidados respiratórios domiciliários (CRD) deve ser efetuada em contexto hospitalar por médicos com competência na área. Consequentemente, a implementação de uma consulta hospitalar subespecializada em oxigenoterapia tornou-se emergente face à crescente referência de doentes para avaliação da necessidade de manter/iniciar oxigenoterapia domiciliária.

Objectivos: Avaliar o impacto da Consulta de Oxigenoterapia na qualidade da prescrição da oxigenoterapia e no controlo dos encargos económicos associados à mesma.

Material e métodos: Análise descritiva dos doentes referenciados à Consulta de Oxigenoterapia entre Novembro de 2013 e Dezembro de 2015. Do total de 174 doentes observados, foram selecionados aqueles cujo motivo da consulta foi a avaliação da indicação para OLD.

Resultados: Foram avaliados 110 doentes com média de idades de $76,1 \pm 12,9$ anos, 60,9% do sexo feminino e 34,5% com hábitos tabágicos. A maioria foi referenciada pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ($n = 97$). As principais patologias que motivaram o início ou a proposta destes doentes para OLD foram: DPOC ($n = 29$; 26,4%), patologia respiratória não especificada ($n = 24$; 21,8%), insuficiência cardíaca ($n = 13$; 11,8%) e pneumonia ($n = 17$; 15,5%). A grande maioria destes doentes ($n = 95$; 86,4%) já se encontrava sob OLD [tempo mediano de tratamento: 30 meses (1 - 432 meses)]. Após avaliação gasométrica, verificou-se que 35 (31,8%) doentes cumpriam critérios para OLD. A avaliação complementar realizada em consulta (provas funcionais respiratórias, prova da marcha 6 min e estudo do sono, quando indicado) permitiu otimizar a prescrição dos CRD em 26 doentes: 8 - ventilação não invasiva (VNI), sem indicação para OLD; 8 - VNI e OLD; e 10 - oxigenoterapia de deambulação (3 destes com indicação também para VNI). Noventa e seis doentes (87,3%) tiveram alta da consulta, dos quais 64 foram referenciados para os CSP, 19 para Consulta de Insuficientes Respiratórios e 13 para Consulta de Pneumologia Geral.

Conclusões: Existe um número elevado de doentes sob oxigenoterapia domiciliária que não cumpre os critérios de prescrição ou o faz de forma não otimizada e prolongada no tempo, com os consequentes prejuízos para a saúde e encargos económicos associados. Este tipo de consulta protocolada permite melhorar a qualidade e a gestão da prescrição dos CRD, nomeadamente da oxigenoterapia.

Palavras-chave: Oxigenoterapia domiciliária. Cuidados respiratórios domiciliários. Qualidade de prescrição. Encargos económicos.

PO46. CATETER VENOSO CENTRAL: 2; COMPLICAÇÕES: 4!

C. Costa, F. Paula, F. Froes

Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos Respiratórios, Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A colocação de cateter venoso central (CVC) é um procedimento frequentemente necessário numa Unidade de Cuidados Intensivos, podendo ser inserido ao nível da veia jugular interna, da subclávia ou da femoral. Não se encontra descrito local preferencial de inserção, pelo que o médico deverá fazê-lo no local que lhe permitir obter melhor confiança e sucesso na sua colocação, estando ciente das complicações decorrentes da sua escolha.

Caso clínico: Homem de 74 anos submetido a bilobectomia direita por toracotomia no contexto de neoplasia do pulmão estadio IIb. No pós-operatório mediato, verificado quilotorax, sendo necessária a colocação de CVC (veia subclávia direita) para realização de nutrição parentérica total. Na radiografia torácica de controlo, verificou-se angulação e kinking do CVC com migração para a veia jugular interna direita. No 6º dia de CVC, o doente inicia febre, sem sinais locais de infecção do CVC: hemoculturas positivas para Gram +, possivelmente *Staphylococcus*. Decidiu retirar CVC e enviar ponta de cateter para estudo microbiológico - material recusado por ser superior a 5 centímetros. Optou-se por recolocar CVC em posição subclávia esquerda. Durante o procedimento, o doente mobiliza-se após a colocação do campo estéril, não sendo perceptível pelo médico. Colocado CVC complicado por pneumotórax iatrogénico, com necessidade de drenagem torácica.

Discussão: As complicações relacionadas com os CVC são frequentes (5-26%), podendo ser infecciosas, mecânicas ou trombóticas. Os autores descrevem um caso clínico no qual se verificou quatro complicações decorrentes da inserção de CVC: angulação e kinking; infecção associada a cateter; erro no envio da amostra - ponta de cateter demasiado grande; pneumotórax iatrogénico. Com este relato, os autores pretendem enfatizar a necessidade de conhecer as complicações associadas a CVC antes da sua colocação de modo a reduzir a sua ocorrência.

Palavras-chave: Cateter venoso central. Complicações.

PO47. PAPILOMA GLANDULAR BRÔNQUICO

D. Coutinho, S. Campinha, S. Neves, J. Almeida, A. Oliveira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Lesões benignas endobrônquicas são um achado pouco comum nos exames broncoscópicos. Os papilomas brônquicos são lesões benignas endobrônquicas que podem ser classificadas segundo o seu tipo histológico, como escamoso, glandular ou misto. Adquirem particular importância devido ao seu potencial neoplásico. **Caso clínico:** Mulher de 44 anos, fumadora (15 UMA), sem antecedentes pessoais relevantes, referenciada a consulta de Pneumologia por alterações em TC torácica realizada na sequência de quadro de pneumonia de evolução arrastada. Esta apresentava uma lesão nodular endobrônquica de cerca de 8 mm ao nível do brônquio segmentar basal lateral do lobo inferior direito, condicionando algumas bronquiectasias cilíndricas também a este nível

segmentar. À data de referenciação à consulta de Pneumologia, a doente apresentava-se assintomática. A broncofibroscopia revelou uma lesão polipoide multilobulada localizada no B9 direito, condicionando obstrução do mesmo. As biópsias realizadas revelaram características histológicas compatíveis com um papiloma glandular. Devido ao potencial neoplásico deste tipo de lesões, e por vontade da doente, esta foi referenciada para Cirurgia Cardiorádica, aguardando neste momento ressecção cirúrgica da lesão.

Discussão: Os papilomas brônquicos são lesões pouco comuns, contudo adquirem uma especial importância devido ao seu potencial de malignidade, que ronda os 15,7% (Tryfon et al. J Thorac Oncol 2012;7:643-8). Neste caso clínico foi este potencial maligno e a vontade da doente que levaram à opção pelo tratamento cirúrgico de forma a assegurar a ressecção total e evitar uma eventual transformação maligna.

Palavras-chave: Broncofibroscopia. Papiloma. Tumores pulmonares benignos.

PO48. PNEUMOCITOMA ESCLEROSANTE - DIAGNÓSTICO POR EBUS-TBNA

F. de Castro Lima, C. Marques, D. Cunha Machado, D. Tente, X. Wen, A. Sanches, A. Oliveira

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: O pneumocitoma esclerosante, anteriormente denominado de hemangioma esclerosante pulmonar, é um tumor benigno raro, solitário, assintomático, habitualmente circunscrito ao parênquima pulmonar periférico, havendo, no entanto, registos raros de metastização ganglionar. Atinge preferencialmente mulheres de meia idade e crê-se que a sua génese histológica esteja relacionada com o epitélio pulmonar, sendo constituído por dois tipos de células - células superficiais e células redondas. Seja para obtenção de diagnóstico definitivo, seja como tratamento de eleição, a exérese cirúrgica é o procedimento actualmente indicado.

Caso clínico: Apresenta-se uma mulher de 77 anos, não fumadora, com antecedentes de tuberculose pulmonar, polimialgia reumática e síndrome parkinsonica, polimedicada - corticoterapia suspensa recentemente. Referenciada ao CDP por astenia marcada e hiper-sudorese nocturna, sem sintomatologia respiratória ou outra associada, sem alterações à auscultação pulmonar ou restante exame objectivo. Realizou broncofibroscopia - que não revelou alterações - e TC torácica - observado nódulo de contornos regulares, com 2,7 cm de diâmetro, na dependência do lobo inferior do pulmão esquerdo. Após exclusão de tuberculose pulmonar, a doente reiniciou corticoterapia com melhoria de sintomas, sendo encaminhada para a consulta de Pneumologia para continuação de estudo. Realizou tomografia por emissão de positrões - com captação muito ténue da lesão. Realizou punção aspirativa transbrônquica guiada por ecoendoscopia brônquica (EBUS-TBNA) tendo o exame histológico de coágulo hemático resultante do procedimento revelado "células cúbicas sem atipia ou figuras de mitose a recobrir agregados de células arredondadas, de núcleo regular, igualmente sem atipia ou figuras de mitose", concluindo-se que os aspectos morfológicos e imunohistoquímicos presentes eram compatíveis com pneumocitoma esclerosante. Estadiamento ganglionar por EBUS-TBNA negativo. A doente foi proposta para cirurgia tendo sido submetida a ressecção atípica do lobo inferior esquerdo por toracotomia. O exame histológico da peça operatória confirmou o diagnóstico previamente propostopor EBUS-TBNA: pneumocitoma esclerosante.

Discussão: O diagnóstico do pneumocitoma esclerosante, que tipicamente se apresenta como uma lesão parenquimatosa localizada perifericamente, impõe-se de extrema importância por implicar diagnóstico histológico diferencial com neoplasias pulmonares benignas, malignas e metastização. O diagnóstico definitivo é habitualmente realizado por exame histológico de peça operatória e, mais raramente por biópsia aspirativa ou microbiópsia transtorá-

cica, não havendo registo na literatura de diagnósticos realizados por EBUS-TBNA. Apesar de usualmente periféricos e inacessíveis por ecoendoscopia, no presente caso o nódulo foi identificado por ecoendoscopia brônquica e passível de punção aspirativa transbrônquica ecoguiada com material adequado para diagnóstico.

Palavras-chave: Pneumocitoma esclerosante. EBUS-TBNA.

PO49. ENFISEMA SUBCUTÂNEO MACIÇO. UMA COMPLICAÇÃO POSSÍVEL DE TÉCNICAS INVASIVAS

P. Dionísio¹, C. Costa¹, S. Feijó², P. Monteiro², J. Gonçalves Rosal², C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Unidade de Pneumologia de Intervenção, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: As várias fases envolvidas na cicatrização de qualquer ferida são seriamente influenciadas por diversos factores, nomeadamente oxigenação, infecção, idade, hormonas sexuais, stress, diabetes, obesidade, fármacos, alcoolismo, tabagismo e nutrição.

Caso clínico: Mulher, 74 anos, reformada, não-fumadora, com diagnósticos prévios de asma brônquica, hipertensão arterial, dislipidemia e gastrite crónica. Internada para investigação etiológica de extenso derrame pleural esquerdo, no contexto de toracalgia esquerda de características pleuríticas, com cerca de três meses de evolução, acompanhados de epigastralgias, astenia, anorexia não selectiva, vômitos e perda ponderal de cerca de 10%. Após investigação etiológica, foi feito o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (CD20+). Iniciou quimioterapia com rituximab, doxorubicina peguilada, ciclofosfamida, vincristina e prednisona, com consequente aplasia medular e posteriormente iniciou antibioterapia de largo espectro por pneumonia nosocomial. Pelo derrame pleural, realizou duas toracocenteses evacuadoras, mas por persistência do mesmo foi proposta pleurodese por toracoscopia médica, que decorreu sem intercorrências. A doente ficou com drenagem pleural contínua, mas 24 horas depois apresentava importante enfisema subcutâneo nas faces lateral e anterior do hemitórax esquerdo e região cervical. Apesar de não haver sinais de deiscência, as suturas foram reforçadas, mantendo no entanto agravamento progressivo do enfisema subcutâneo. Por evidência radiográfica de expansão pulmonar completa, a drenagem foi retirada após 48 horas. Contudo a doente manteve franco agravamento do enfisema subcutâneo, com envolvimento cervical, facial (nomeadamente periorbitário), torácico bilateral e dos membros superiores. Por suspeita radiográfica de pneumomediastino realizou tomografia torácica, que mostrou exuberante pneumomediastino, moderado hidropneumotórax à esquerda, exuberante e extenso enfisema envolvendo todos os planos musculossuperficiais, incluindo ambas as áreas mamárias. Visualizavam-se também as soluções de continuidade intercostais realizadas na toracoscopia (quatro dias antes da data do exame), inclusivé todo o trajecto do dreno permanecia totalmente permeável (retirado dois dias antes da data do exame), à excepção da pele que se encontrava suturada. Foi colocada nova drenagem pleural contínua, com re-expansão pulmonar total e reabsorção progressiva do pneumomediastino e do enfisema subcutâneo maciço, sem nova recidiva.

Discussão: São frequentemente realizados procedimentos invasivos em doentes com múltiplas co-morbilidades, com idade avançada e polimedicados (por vezes sob corticoterapia sistémica), com doença neoplásica e sob quimioterapia e frequentemente com algum grau de desnutrição. Todos estes factores alteram a cicatrização e consequentemente estes doentes estão mais susceptíveis a complicações após exames invasivos. Os autores consideram este caso bem ilustrativo do descrito, chamando a atenção para a exuberância do quadro clínico.

Palavras-chave: Enfisema subcutâneo. Toracoscopia médica. Drenagem pleural.

PO50. UM CASO DE TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ENDOBRÔNQUICO- DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A. Dias, F. Teixeira Lopes, M. Grafino, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O tumor de células granulares tem origem mesenquimatosa e é habitualmente benigno. As suas localizações mais frequentes são a língua, o aparelho digestivo, a pele e a mama. Os tumores de células granulares do pulmão são raros, representando cerca de 2 a 6% dos casos.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um homem de 49 anos, fumador (carga tabágica de 40 UMAs), seguido na consulta de Pneumologia por asma brônquica. Por apresentar aparente padrão intersticial na radiografia de tórax, realizou TC torácica que revelou, para além de padrão micronodular com distribuição centrilobular, lesão endobrônquica, com protrusão luminal ao nível da emergência do brônquio lobar superior esquerdo (BLSE). Na broncofibroscopia (BFC) observava-se lesão polipóide ao nível do orifício de entrada do BLSE. O exame anátomo-patológico das biópsias brônquicas revelou tumor de células granulares. A citologia do lavado bronco-alveolar foi negativa. O doente realizou ainda TC abdómino-pélvica que não mostrou alterações de relevo e endoscopia digestiva alta em que apresentava achados compatíveis com gastrite crónica. Após discussão em reunião multidisciplinar, optou-se por efectuar terapêutica endoscópica com *Argon-plasma*, com bom resultado, confirmado por BFC duas semanas após o procedimento. Admitiu-se ainda bronquiólite respiratória em doente fumador, tendo em conta o padrão radiológico na TC tórax, sendo que o lavado bronco-alveolar apresentava predomínio de macrófagos (92%). O doente ficou com reavaliação por broncofibroscopia agendada a curto prazo.

Discussão: A localização endobrônquica é a mais frequente dos tumores de células granulares do pulmão. São tumores raros, pelo que a sua abordagem terapêutica é ainda controversa e não está totalmente definida. A terapêutica endoscópica é uma opção válida e conservadora para os tumores de menores dimensões, sem infiltração da parede brônquica. Apesar dos resultados favoráveis a curto prazo deste caso, salienta-se a importância do seguimento clínico, imagiológico e endoscópico destes doentes, dado o carácter recidivante destes tumores e a possibilidade, ainda que remota, de malignidade.

Palavras-chave: Tumor de células granulares. Broncofibroscopia. Terapêutica endoscópica.

PO51. BIÓPSIA PERCUTÂNEA TRANSTORÁCICA - EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS E MEIO

S. Raimundo, D. Apolinário, A. Alexandre, A. Loureiro, A. Afonso

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A biópsia percutânea transtorácica (BPTT) representa um meio fundamental para a investigação de lesões torácicas. É um procedimento acessível, minimamente invasivo com elevada taxa de sucesso diagnóstico e uma taxa relativamente baixa de complicações, constituindo uma alternativa valiosa a procedimentos mais invasivos. É fundamental conhecer os fatores que influenciam o sucesso da técnica e o aparecimento de complicações.

Objectivos: Analisar a rentabilidade diagnóstica e a taxa de complicações da BPTT. Identificar fatores para desenvolvimento de complicações e para o sucesso diagnóstico.

Material e métodos: Estudo coorte retrospectivo. Selecionaram-se todas as BPTT guiadas por TC realizadas numa instituição hospitalar entre Maio de 2011 e Novembro de 2015. Excluíram-se procedimentos com informação crucial ausente. Realizou-se inserção e tratamento de dados no *software* SPSS.

Resultados: Estudaram-se 337 biópsias, 96% foram biópsias *core*. A idade média dos indivíduos submetidos a BPTT foi de $66,4 \pm 13,64$ anos, predominando o sexo masculino (69%). Havia história de hábitos tabágicos ativos ou pregressos em 48%. A indicação mais frequente para BPTT foi a presença de nódulos ou massas, solitários ou múltiplos (73,2%), seguida da condensação parenquimatosa (9,2%) e da massa mediastínica (7,6%). A patologia maligna foi a mais frequentemente diagnosticada (66%), sendo o adenocarcinoma primário do pulmão o subtipo mais comum (44,5%). A pneumonia organizativa foi o diagnóstico mais comum da patologia benigna (15,7%). A taxa de complicações foi de 44%. As mais frequentes foram a hemorragia parenquimatosa (22,8%), associada a hemoptises em 4%, o pneumotórax (13,7%), com necessidade de drenagem em 2,7% dos casos, e a dor local (7,1%). Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o aparecimento de complicações e a idade mais avançada do doente ($p = 0,04$), a menor experiência do radiologista ($p < 0,001$), lesões mais profundas ($p < 0,001$), a ausência de contato com a pleura ($p < 0,001$) e a biópsia de lesões menores que 2 cm ($p = 0,002$). Verificou-se também relação estatisticamente significativa entre a existência de enfisema pulmonar e o surgimento de pneumotórax ($p < 0,001$). Houve sucesso diagnóstico em 78% dos casos, obtido na primeira tentativa de diagnóstico em 94%. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o sucesso da técnica e a experiência do radiologista ($p = 0,01$) e a biópsia de lesões maiores que 2 cm ($p = 0,03$).

Conclusões: A BPTT é um meio de diagnóstico eficaz e seguro para a investigação de lesões torácicas, sendo fundamental a adequada seleção dos doentes e um profissional treinado para minimizar o risco de complicações e maximizar a rentabilidade da técnica.

Palavras-chave: Biópsia. Tomografia computadorizada. Radiologia de intervenção. Complicações.

PO52. BRONCOFIBROSCOPIA EM DOENTES INFECTADOS POR VIH - 66 MESES EM REVISÃO

M.A. Galego, C. Paulo, D. Rodrigues, S. Jordão, J. Amado, I. Neves, J. Ferreira

Hospital Pedro Hispano-Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

Objectivos: A patologia respiratória é uma complicação comum da infecção por VIH e o diagnóstico definitivo pode ser elusivo sem o recurso a estudos invasivos. A broncofibroscopia (BFC) é considerada um exame de utilidade nestes doentes. Os autores apresentam uma revisão dos resultados obtidos com esta técnica num período de 66 meses.

Material e métodos: Análise retrospectiva das BFC realizadas em doentes VIH positivos, no Hospital Pedro Hispano, entre Junho de 2010 e Dezembro de 2015.

Resultados: Foram efectuadas 82 broncoscopias correspondentes a episódios de doença neste período, referentes a 73 doentes (79,5% homens; média de idades de $46,8 \pm 11,8$). Em 21 doentes o diagnóstico de VIH foi inaugural. Em 60 episódios de doença constatou-se estadio 3 de imunodepressão, dos quais 67% tinham um valor inferior a $50/\text{mm}^3$ de linfócitos T CD4⁺. Dos 74% doentes já diagnosticados com infecção VIH, 47% tinham abandonado terapêutica e 21% ainda não se encontravam suprimidos sob TARV. Foram realizados 69 exames (84,1%) em regime de internamento - 23,2% dos doentes admitidos tiveram passagem por unidades de cuidados intensivos e/ou intermédios e destes 50% com necessidade de suporte ventilatório. O tempo médio entre a admissão e a realização do exame foi de 6,4 dias (mínimo < 1 dia; máximo 24 dias; mediana de 5). A suspeita de tuberculose pulmonar ou de pneumocistose foram os motivos de realização de BFC mais frequentes. Em 45 exames (54,9%) não foram encontradas alterações macroscópicas. A infecção confirmada por *Pneumocystis jirovecii* foi encontrada em 15 doentes (20,6%), com dois casos diagnosticados unicamente por citologia dos lavados. Em 8 doentes (11%) foi feito o diag-

nóstico de tuberculose pulmonar - dos quais 4 com disseminação extra-pulmonar. Dentro dos restantes diagnósticos obtidos por BFC, destacam-se 2 micobacterioses atípicas (*Mycobacterium kansasii* e *Mycobacterium avium complex*) e 2 pneumonites por CMV (ambas associadas a pneumocitose). Em 8 diagnósticos de neoplasia, 5 foram identificados por este exame - 4 de origem pulmonar e 1 linfoma (plasmablastico). A BFC foi diagnóstica em 52%. Em 20 dos exames não diagnósticos, os doentes estavam sob ou tinham completado recentemente antibióterapia.

Conclusões: O espectro de doença pulmonar na infecção por VIH é alargado e inclui complicações infecciosas e não infecciosas, sendo a BFC um exame essencial na sua confirmação diagnóstica. A realização precoce poderá evitar terapêuticas inadequadas e a redução do tempo de internamento, aumentando, assim, a sua rentabilidade.

Palavras-chave: Broncofibroscopia. VIH.

PO53. PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL - UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

M. Alvarenga Santos, S. Clemente, P. Calvino, S. Granadeiro, J. Lourenço Reis, M.H. Oliveira, S. Tello Furtado

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A endometriose torácica é uma entidade pouco conhecida, com uma fisiopatologia não totalmente esclarecida e cuja abordagem diagnóstica e terapêutica permanece um desafio. A sua manifestação clínica mais frequente é o pneumotórax catamenial. Apresenta-se um caso clínico que demonstra a importância da abordagem clínica por várias especialidades quer no diagnóstico quer na terapêutica da endometriose.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 45 anos, com história de asma, rinite e sinusite alérgicas, teratoma do ovário esquerdo excisado em 2003 e tabagismo com carga tabágica de 15 unidades maço-ano. Dos antecedentes ginecológicos, salienta-se menarca aos 11 anos, com ciclos regulares e anticoncepção oral com pílula combinada desde há mais de 20 anos. Esteve grávida duas vezes com dois partos de termo eutócicos, sem complicações. Em Junho de 2015, foi internada por pneumotórax espontâneo primário à direita. Após drenagem, teve alta com indicação para cessação tabágica, que cumpre desde então. Em Julho, foi internada por recidiva ipsilateral. Foi submetida a *video assisted thoracic surgery* (VATS) com ressecção em cunha do lobo superior direito e pleurodesse por abrasão pleural. Teve alta ao quinto dia de pós-operatório. Em Setembro, por nova recidiva, foi reintervencionada por VATS e identificaram-se duas fenestrações diafragmáticas e duas lesões avermelhadas, na pleura parietal e diafragma. Fez pleurectomia apical com ressecção das lesões e pleurodesse diafragmática com talco. A histologia confirmou tratar-se de implantes endometriais. Suspendeu anticoncepção oral, fez medroxiprogesterona e foi orientada para consulta de Ginecologia. Na consulta de Ginecologia, objectivou-se dismenorreia e disquêsia. A observação identificou uma zona de pregueamento no fundo de saco vaginal, dolorosa ao toque, sugestiva de endometriose. De facto, a ecografia ginecológica confirmou o diagnóstico com implantes a nível fúndico e no fundo de saco de Douglas com aderência ao recto. Foi prescrita goserrelina e a doente foi proposta para histerectomia total com anexectomia bilateral e exérese do implante rectovaginal por via laparoscópica. À data de submissão deste resumo, a doente encontra-se a aguardar cirurgia e sem evidência de recidiva de pneumotórax.

Discussão: A endometriose torácica é uma entidade clínica de diagnóstico difícil, pelo que é importante manter um elevado grau de suspeição clínica. Além do seu carácter cíclico e relação com a menstruação, a lateralidade direita e a concomitância com sintomas ginecológicos podem levar à sua suspeita. É, portanto, essencial obter uma história ginecológica completa em mulheres em idade fértil com pneumotórax espontâneo recidivante.

Palavras-chave: Pneumotórax catamenial. Endometriose. Video Assisted Thoracic Surgery.

PO54. EDEMA PULMONAR DE PRESSÃO NEGATIVA - UMA COMPLICAÇÃO AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO

M.A. Galego, D. Rodrigues, S. Correia, J. Ferreira

Hospital Pedro Hispano-Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

Introdução: O edema pulmonar de pressão negativa (EPPN) constitui uma forma rara (0,05 a 0,1%) de edema pulmonar não cardiogénico, de instalação aguda, resultante de uma inspiração forçada contra uma glote fechada, durante a extubação. As causas mais frequentes no adulto incluem o laringospasmo, a paralisia pós-operatória das cordas vocais, a extubação prematura e a obstrução do tubo endotraqueal. Geram-se altas pressões intratorácicas com consequente aumento do retorno venoso para o coração direito e edema pulmonar.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 20 anos, atleta profissional, não fumador, com antecedentes de duas cirurgias na infância (amidalectomia e adenoidectomia) e sem alergias conhecidas. A 12 de Novembro de 2015, é encaminhado para o Hospital Pedro Hispano para realização de angio-TC torácico por suspeita de tromboembolismo pulmonar, após instalação súbita de quadro de dispneia e hipoxemia grave (PaO₂ de 50 mmHg) em contexto pós-operatório imediato (osteossíntese electiva da clavícula esquerda, no hospital da Póvoa de Varzim). O estudo pré-operatório (incluindo ecocardiograma) não apresentava alterações e não foram observadas complicações durante o procedimento cirúrgico. À admissão, foi descrito como consciente, eupneico, taquicárdico, ligeiramente hipertenso (144/88 mmHg), com saturações de 94% (com oxigénio a 8 L/min), apirético e com redução dos sons respiratórios, bilateralmente. Analiticamente, com exceção de leucocitose com neutrofilia, não apresentava alterações de relevo. A angio-TC revelou exuberantes áreas de vidro despolido e consolidações bilaterais, sem sinais de embolia. Dada a ausência de sinais de disfunção cardíaca e ou clínica sugestiva de reacção alérgica, foram excluídos edema cardiogénico e anafilaxia como etiologias. O doente permaneceu monitorizado, clinicamente estável, observando-se melhoria progressiva das trocas gasosas. A TC torácica às 48 horas revelou redução franca das alterações imagiológicas descritas. O doente foi transferido para o hospital de origem 3 dias após admissão, clinicamente estável e sem necessidade de oxigénio. Foi reavaliado em consulta um mês após e não apresentava clínica (incluindo respiratória) relevante.

Discussão: Pelo contexto clínico-cirúrgico, a instalação aguda, as alterações imagiológicas e sua evolução favorável apenas com oxigenoterapia, o quadro foi interpretado como um EPPN. Este diagnóstico é mais comum em jovens saudáveis (capacidade em gerar elevadas pressões intratorácicas negativas) e a sua incidência está, provavelmente, subestimada. O tratamento inclui uma oxigenação adequada e, se necessário, o suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo).

Palavras-chave: Edema pulmonar de pressão negativa. Edema pulmonar não cardiogénico.

PO55. AGENESIA UNILATERAL DA ARTÉRIA PULMONAR, UM ACHADO NUMA SEXAGENÁRIA

N. China Pereira, R. Monteiro, T. Shiang

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

Introdução: As anomalias congénitas são um grupo de doenças raras e, por vezes, incompatíveis com a vida. A agenesia unilateral da

artéria pulmonar (AUP) inclui-se neste grupo com uma prevalência de 1/200.000 a 1/300.000 pacientes, sendo comumente associada a doenças cardíacas congénitas e detectada na infância. A AUP isolada é muito mais rara (cerca de 110 casos reportados na literatura até ao ano de 2002) e envolve habitualmente a artéria pulmonar direita. O diagnóstico é geralmente mais tardio, após episódios de infeções respiratórias, hemoptises, dor torácica ou através de achados incidentais em telerradiografias de tórax.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de uma doente de 67 anos, não fumadora. Antecedentes de tuberculose pulmonar aos 7 anos de idade e síndrome depressivo. Internada com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória, dado apresentar clínica e exame objectivo compatíveis com o quadro. À avaliação imagiológica, a telerradiografia do tórax evidenciava uma hipotransparência heterogénea de todo o hemitórax esquerdo, associada a desvio homolateral do mediastino. Durante o internamento realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax onde se visualizou uma agenesia da artéria pulmonar esquerda, identificando-se apenas alguns ramos que se admitem tributários colaterais, a que se associava uma redução do volume do pulmão ipsilateral com desvio homolateral do mediastino. Acrescentado apresentava uma variação anatómica com um arco aórtico direito. O internamento decorreu sem intercorrências tendo tido alta com indicação de término de antibioterapia em ambulatório e orientação para consulta externa. Em seguimento, a doente apresentou reversão completa das queixas do foro respiratório, sendo comprovado em angio-TC do tórax a alteração estrutural vascular. O ecocardiograma transtorácico evidenciou câmaras cardíacas de dimensões normais, tronco pulmonar de calibre normal, sem visualização da artéria pulmonar esquerda, e fluxo pulmonar normal.

Discussão: Apresenta-se este caso com o intuito de revelar as apresentações radiológicas da AUP e de salientar a importância de estar alerta para este diagnóstico mesmo na idade adulta, dado o risco aumentado de hipertensão arterial pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva e infeções pulmonares de repetição associadas.

Palavras-chave: Agenesia unilateral da artéria pulmonar.

PO56. SEQUESTRO BRONCOPULMONAR. UMA MALFORMAÇÃO RARA

D. Duarte¹, J. Eusébio¹, C. Araújo¹, R. Monteiro², P. Raimundo¹, A. Domingos¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras. ²Pneumologia, Hospital CUF-Torres Vedras.

Introdução: O sequestro broncopulmonar (BPS) é uma malformação congénita rara do tracto respiratório inferior. Estima-se que corresponda a 0,15-6,4% das malformações congénitas pulmonares, sendo que o sequestro broncopulmonar intralobar (ILS) representa 75-90% dos casos. O BPS consiste numa massa de tecido pulmonar sem comunicação com a árvore brônquica, predominante nos lobos inferiores, com suprimento por sangue arterial sistémico, normalmente da aorta descendente torácica ou abdominal.

Caso clínico: Homem de 68 anos, caucasiano, jardineiro, não fumador, com antecedentes pessoais de HTA, cardiopatia isquémica, status pós-AVC com hemiparésia direita, dislipidémia, hiperuricémia e doença de Parkinson, sem patologia pulmonar prévia. Medicado com atenolol, losartan, nitroglicerina, AAS, sinvastatina, alopurinol, levodopa/carbidopa/entacapona, ropinirol, selegilina, bupropiom, amantadina e mirtazapina. Referenciado à consulta de Pneumologia por perda ponderal (cerca de 6 Kg) em 3 meses e lesão pulmonar verificada em exames imagiológicos. Negava dispneia, tosse, expectoração, hemoptises, toracalgia, febre ou outras queixas. Ao exame objectivo, encontrava-se eufneico, sem alterações na auscultação pulmonar. Dos exames complementa-

res de diagnóstico realizados, destacavam-se: laboratorialmente sem alterações relevantes: radiografia do tórax sem alterações relevantes; TC toraco-abdominal com contraste oral: “formação nodular (40 × 26 × 45 mm) na região basal interna do pulmão esquerdo, em contacto com a pleura mediastínica, de tipo sólida, compatível com atelectasia redonda ou nódulo sólido secundário”; RMN pulmonar: “formação de morfologia esférica homogénea com cerca de 4 cm, nos segmentos basais do LIE, justa-mediastínica, adjacente à aorta descendente, compatível com lesão de conteúdo essencialmente líquido (lesão quística)”. Solicitaram-se Provas de Função Respiratória, que não demonstraram alterações da mecânica ventilatória nem compromisso na transferência alvéolo-capilar. Repetiu-se TC torácica com contraste endovenoso, para melhor esclarecimento da lesão pulmonar, apresentando “3 vasos supra-numerários com origem na aorta torácica descendente na goteira paravertebral D10, um deles parcialmente trombosado, em direcção a lesão expansiva de morfologia arredondada (3,9 × 3,4 cm), com densidade de partes moles, com ligeiras calcificações à periferia, compatível com sequestro pulmonar intralobar”. Assumiu-se o diagnóstico de ILS, optando-se por não efectuar cirurgia electiva, dado não apresentar qualquer sintomatologia ou repercussão na mecânica ventilatória.

Discussão: A forma de apresentação mais comum do ILS baseia-se num quadro de pneumonias de repetição, caracterizado por febre e tosse, e mais raramente hemoptises e toracalgia. Em alguns casos a lesão é detectada incidentalmente. O diagnóstico deve ser complementado com TC, RMN, Eco-Doppler ou angiografia, que definem a lesão e artéria aberrante. A cirurgia de ressecção do tecido pulmonar é controversa, embora possa ser realizada para prevenir recorrência de pneumonia.

Palavras-chave: Sequestro bronco-pulmonar. Malformação congénita.

PO57. DRESS POR UMA CAUSA POUCO FREQUENTE

F. Teixeira Lopes¹, T. Abreu¹, M. Neto², F. Paula^{1,3}, F. Froes^{1,3}, C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Imuno-Alergologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente. ³Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos, Hospital Pulido Valente.

Introdução: O síndrome da hipersensibilidade induzida por fármacos com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS - Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) tem uma incidência desconhecida mas pensa-se ser mais frequente em pessoas imuno-comprometidas. Os fármacos mais frequentemente associados são os anti-convulsivantes, alopurinol, sulfamidas, anti-inflamatórios não esteróides e beta lactâmicos. As reacções de hipersensibilidade ao rivaroxabano são muito raras (taxa de ocorrência de 0,1 a 1%). São necessários pelo menos 3 critérios RegiSCAR para o diagnóstico (suspeita de relação com fármaco, rash em > 50% pele incluindo a face, adenopatias em pelo menos dois locais diferentes, febre > 38 °C, envolvimento de pelo menos um órgão interno, alterações da contagem dos eosinófilos e/ou dos linfócitos, aumento das transaminases e hospitalização). O tratamento consiste em suspensão do fármaco associado, terapêutica de suporte, anti-histamínicos e corticoterapia. O prognóstico pode ser fatal principalmente se o fármaco não for reconhecido e retirado atempadamente.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 83 anos, parcialmente dependente. Antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, HTA, DM tipo 2, dislipidémia, hiperuricémia e internamento recente por bradi-taquidisritmia com colocação de pacemaker. Medicada habitualmente com amlodipina, enalapril, nebivolol, amiodarona, furosema, alopurinol, AAS, fenofibrato, pantoprazol, sinvastatina e insulina, tendo iniciado um mês antes rivaroxabano. Desconhecem-se alergias medicamentosas. Internada por tosse seca

irritativa, *rash* da face e dos membros e agravamento do edema periférico com 15 dias de evolução. Apresentava lesões maculares eritematosas extensas na face e nos membros, auscultação pulmonar com aumento do tempo expiratório e sibilos dispersos e edema periférico dos 2/3 inferiores de ambas as pernas, godet ++. Analiticamente com 9.930 leucócitos e 1.460 eosinófilos, PCR 1,8 mg/dl, ureia 95, creatinina 2 mg/dl e LDH 1067. É internada no Serviço de Medicina do Hospital Pulido Valente (HPV) por toxicodermia e insuficiência cardíaca descompensada. Por agravamento do broncoespasmo refractário à terapêutica associado a insuficiência respiratória global e aparecimento de estado confusional, é transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos do HPV. Após otimização da terapêutica broncodilatadora, corticoterapia sistêmica e substituição do rivaroxabano por enoxaparina e depois varfarina a doente recuperou, tendo alta clinicamente estável.

Discussão: Admitiu-se síndrome de DRESS associado ao rivaroxabano, tendo em conta o período de latência, o facto de esse ter sido o único fármaco introduzido recentemente e a sua substituição estar associada à resolução das manifestações. O caso destaca-se pela sua gravidade clínica e raridade, uma vez que são poucos os casos descritos na literatura de reacções de hipersensibilidade ao rivaroxabano.

Palavras-chave: Síndrome de DRESS. Rivaroxabano.

PO58. ESPONDILODISCITE TUBERCULOSA: PROBLEMA DIAGNÓSTICO

D. Coutinho¹, C. Lacerda², R. Linhas¹, I. Valente¹, R. Freitas¹, R. Duarte¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Hospital de Braga.

Introdução: A espondilodiscite tuberculosa (ET) é uma manifestação comum de tuberculose extra-pulmonar. Apesar do tratamento de base permanecer a quimioterapia antibacilar, o tratamento cirúrgico revela-se importante em algumas situações.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, observada no Serviço de Urgência por dorsalgia com cerca de 6 meses de evolução, astenia e emagrecimento. Sem antecedentes pessoais relevantes ou hábitos tabágicos/alcoólicos. Presença de exposição familiar a tuberculose. Realizou TC da coluna que identificou lesões sugestivas de espondilodiscite em D10 e D11, ficando internada para estudo. Perante estudo microbiológico, micobacteriológico e serológico inicialmente negativos e TST e IGRA positivos, acabou por realizar biópsia aspirativa percutânea da lesão que revelou a presença de granulomas epitelioides não necrotizantes com Ziehl-Neelsen e TAAAN negativos. Assumido o diagnóstico de ET provável e iniciado tratamento antibacilar com HRZE. Por queixas álgicas e deformidade dorsal é internada para controlo sintomático e tratamento cirúrgico com fixação percutânea posterior em D8, D9, D12 e L1. Posteriormente, apesar de evolução clínica positiva, verificou-se agravamento lesional com abscesso extenso, pelo que se decidiu por re-intervenção cirúrgica com limpeza e colocação de enxerto autólogo e alargamento do esquema terapêutico com levofloxacina/amicacina. Nova colheita de material confirmou o diagnóstico de ET através do teste molecular de resistências (MT sensível) e posteriormente com a presença de granulomas epitelioides não necrotizantes com Ziehl-Neelsen e TAAAN positivos. Ainda durante este internamento desenvolve derrame pleural com necessidade de drenagem e critérios bioquímicos compatíveis com etiologia bacilar. Atualmente encontra-se clinicamente bem, completamente assintomática e sem limitações funcionais com 8 meses de terapêutica.

Discussão: A dificuldade diagnóstica dos casos de tuberculose extra-pulmonar é demonstrada neste caso clínico. Uma colaboração multidisciplinar é fundamental para a obtenção de um diagnóstico

definitivo e consequente tratamento efetivo com vista a uma total recuperação funcional.

Palavras-chave: Espondilodiscite. Tuberculose.

PO59. UM DOS ÚLTIMOS CASOS DE PLUMBAGEM

M.S. Reis, A. Tavares, L. Ferreira

Hospital Sousa Martins, ULS Guarda.

Introdução: Previamente ao desenvolvimento da terapêutica farmacológica utilizada no tratamento da tuberculose, muitos foram os métodos cirúrgicos aplicados no colapso das cavitações pulmonares de etiologia tuberculosa. A plumbagem foi uma técnica cirúrgica utilizada no tratamento da tuberculose pulmonar nas décadas de 1940-1950. Consistia na introdução de uma grande variedade de materiais sintéticos a nível da lesão cativada provocando colapso da mesma. Embora seja mais eficaz do que as técnicas cirúrgicas até então disponíveis não era isenta de complicações imediatas e a longo prazo.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, com 91 anos de idade, trabalhador rural reformado. Com antecedentes pessoais de Tuberculose pulmonar tratada há 60 anos e história passada de tabagismo (CT < 10 UMA). Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 8 dias de evolução caracterizado por tosse produtiva apresentando expectoração purulenta, dispneia para pequenos esforços e febre, temperatura máxima registada de 38 °C, sem predomínio de horário e com boa resposta à toma de anti-piréticos. Ao exame objectivo destaca-se apenas uma extensa cicatriz localizada na face postero-lateral direita do tórax e à auscultação diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 superiores do hemitórax direito. Dos exames complementares de diagnóstico realizados há a referir a identificação na radiografia do tórax de uma hipotransparência homogênea de limites bem definidos ocupando a totalidade dos dois terços superiores do pulmão direito (fig.) e analiticamente elevação dos parâmetros inflamatórios. Após esclarecimento da história clínica junto do doente e respectivos familiares e observação de exames de imagem previamente realizados, concluímos que se trata de um doente submetido a plumbagem há cerca de 60 anos para o tratamento de tuberculose pulmonar, não apresentando evidência de complicações imediatas ou tardias desde a sua realização.



Discussão: Trata-se de um dos poucos doentes vivos, que foram submetidos a esta terapêutica, abandonada na década de 50 com o desenvolvimento da terapêutica antibacilar.

Palavras-chave: Tuberculose. Plumbagem. Quimioterapia.

PO60. TUBERCULOSE PERITONEAL - UM DIAGNÓSTICO RARO

A. Terras Alexandre¹, S. Raimundo¹, C. Pinto¹, R. Reis², T. Gomes¹, A. Afonso¹

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. ²Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto-ACeS Porto Ocidental.

Introdução: O envolvimento extrapulmonar pela tuberculose ocorre em 10 a 15% dos doentes sem coinfeção por HIV, aumentando a incidência na presença desta infeção. A tuberculose peritoneal está frequentemente associada a um foco primário, geralmente o pulmão, embora apenas haja evidência clínica ou radiológica de tuberculose pulmonar em cerca de um terço dos casos.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de uma doente do género feminino, 25 anos, secretária, ex-fumadora, imunocompetente, com antecedentes de apendicectomia em 2014 e cirurgia a aneurisma cerebral na infância. Em contexto de sintomas constitucionais, metrorragias e dor pélvica com 3 meses de evolução realizou TC abdominopélvico, que evidenciou quistos ováricos bilaterais multiloculados. Foi submetida a laparoscopia diagnóstica, onde se constataram granulomas brancos dispersos pelo peritонеu, que foram biopsados. Por suspeita de tuberculose no ato cirúrgico, realizou estudo imagiológico do tórax, que mostrou infiltrado *tree-in-bud* de predomínio nos lobos superiores, com imagem cavitada à esquerda. No lavado brônquico efetuado identificou-se PCR positiva para *M. tuberculosis*, apesar da pesquisa de BAAR negativa. O exame histológico confirmou posteriormente quadro de peritonite granulomatosa e a análise do líquido peritoneal mostrou linfocitose, com BAAR negativo. Foi assumido diagnóstico de tuberculose pulmonar e peritoneal, pelo que iniciou tratamento antibacilar.

Discussão: No presente caso, a hipótese de tuberculose foi considerada após procedimento diagnóstico invasivo, apesar das alterações radiológicas pulmonares exuberantes, pelo que esta deve ser equacionada em doentes jovens com quadro constitucional, mesmo que assintomáticos do ponto de vista respiratório. Embora o *gold standard* para diagnóstico de tuberculose seja o crescimento do bacilo em cultura de líquido ou biópsia, o diagnóstico macroscópico durante laparoscopia pode ser feito em até 95% dos casos perante nódulos/granulomas esbranquiçados dispersos pelo peritонеu, achados que estão em concordância com este caso clínico.

Palavras-chave: Tuberculose peritoneal.

PO61. TUBERCULOSE MILIAR E NECROSE RETINIANA AGUDA - QUE RELAÇÃO?

A.F. Matos, A.S. Oliveira, L. Carvalho, C. Gomes, J. Costeira, J. Carvalho, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O vírus varicela zoster (VZV) tem sido reconhecido como principal patógeno na necrose retiniana aguda. O tratamento envolve antivirais, glucocorticoides tópicos e em casos graves, glucocorticoides sistémicos de forma a limitar a inflamação. Devido ao efeito imunossupressor dos glucocorticoides a American Thoracic Society (ATS) para a tuberculose (TB) recomenda terapêutica tuberculostática em tratamentos de duração superior a 1 mês de doses superiores a 15 mg/dia de prednisolona.

Caso clínico: Homem de 42 anos, caucasiano, natural do Brasil, residente em instituto prisional. Sem história prévia de tuberculose pulmonar (TP). Serologia VIH negativa. Necrose aguda da retina do olho esquerdo em provável relação com infeção por VZV dois meses antes, tendo iniciado corticoterapia sistémica. Quadro clínico com 4 semanas de evolução de febre, astenia e anorexia. Exames radiológicos do início do quadro (radiografia e TC de tórax) com derrame pleural direito. Cumprir dois ciclos de antibioterapia

empírica com agravamento clínico progressivo e insuficiência respiratória pelo que foi internado. Durante a marcha diagnóstica em contexto de internamento, realizou nova TC tórax onde se destacava padrão micronodular difuso do parênquima pulmonar sugerindo disseminação hematogénica de tuberculose pulmonar, associado a derrame pleural direito. Foi efectuada broncofibroscopia e toracocentese. O líquido pleural foi compatível com exsudado com ADA elevado (110 U/L) e no exame cultural do líquido pleural e lavado broncoalveolar foi identificado *Mycobacterium tuberculosis*. Estabeleceu-se o diagnóstico de tuberculose miliar e pleural, apresentando o doente evolução clínica e radiológica favorável após introdução de terapêutica antibacilar quadrupla padrão (ainda previamente à confirmação diagnóstica). Foi posteriormente suspensa isoniazida dada a resistência *in vitro*.

Discussão: A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Alguns dos tipos clássicos da tuberculose incluem o padrão cavitado e miliar da doença. A tuberculose pode afetar qualquer órgão. Nos 10-20% de casos extrapulmonares é contemplada a retina. Coloca-se a questão se poderemos estar perante um caso de tuberculose cuja manifestação primária foi ocular, ou efetivamente num caso de tuberculose miliar após imunossupressão. A TB ocular resulta geralmente da disseminação hematogénica do *M. tuberculosis* do pulmão. No entanto, neste caso não havia envolvimento pulmonar aparente aquando do diagnóstico inicial. As conclusões ficam ainda limitadas pela dificuldade de diagnóstico definitivo da TB ocular, dada a limitação de obter amostras para exame microbiológico. Todavia, o envolvimento isolado da retina na tuberculose é incomum e não havia evidência de outras estruturas oculares afetadas.

Palavras-chave: Imunossupressão. Tuberculose miliar. Necrose retiniana.

PO62. UMA FORMA RARA DE TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR

L. Martins¹, A. Tavares e Castro², T. Mourato², M. Conceição²

¹Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches.

Introdução: A tuberculose muscular é uma entidade rara, representando cerca de 1 a 5% dos casos de tuberculose, sendo o músculo um local desfavorável para a sobrevivência e multiplicação do bacilo da tuberculose. A disseminação da *Mycobacterium tuberculosis* para o músculo ocorre habitualmente por extensão direta de uma localização adjacente infectada ou por disseminação hematogénica. Apresentamos um caso de tuberculose muscular primária, de localização multifocal.

Caso clínico: Homem, 29 anos, indiano e residente em Portugal há 4 anos. Sem antecedentes médicos relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por múltiplas tumefacções de evolução progressiva desde há dois meses associadas a perda ponderal de 2 Kg. Negava febre, sudorese noturna, tosse ou expetoração. Ao exame físico destacavam-se a presença de várias tumefacções com localização cervical posterior direita, na parede torácica esquerda e na face externa da metade inferior da perna esquerda, que foram documentadas através de tomografia computadorizada que também revelou coleções na parede abdominal anterior, na região glútea esquerda e no flanco esquerdo imediatamente acima da crista ilíaca. Não se identificaram alterações torácicas. Foi efectuada biópsia aspirativa da tumefacção muscular cervical com saída de líquido purulento, cujo exame direto foi positivo para bacilos ácido-álcool resistentes e exame cultural foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis* multissensível. Efetuou 9 meses de terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, compreendendo 2 meses de fase inicial e 6 meses de fase de continuação, associada a múltiplas drenagens cirúrgicas com boa resposta clínica.

Discussão: A tuberculose extrapulmonar coloca dificuldades no seu diagnóstico dada as suas manifestações inespecíficas. Este caso clínico destaca a necessidade de considerar a tuberculose como etiologia de doença do aparelho musculoesquelético, especialmente em doentes oriundos de zonas onde a tuberculose é endêmica. O prognóstico é favorável sob tratamento antibacilar, contudo a drenagem cirúrgica pode ser necessária.

Palavras-chave: Tuberculose. *Piomiosite*.

PO63. 3 EM 1: HEMOPTISES SECUNDÁRIAS A BRONQUIECTASIAS INFECTADAS POR MÚLTIPLOS AGENTES MICROBIOLÓGICOS

V. Clérigo, L. Fernandes, A. Feliciano, L. Carvalho, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: As bronquiectasias constituem uma causa fulcral de hemoptises. Quando os doentes com bronquiectasias desenvolvem hemoptises, a broncofibroscopia (BF) com lavado broncoalveolar (LBA) e aspirado brônquico assume um papel importante na obtenção de amostras, para exame microbiológico e citológico, para identificação do potencial agente etiopatogénico. O objectivo deste trabalho é reportar um caso da nossa prática clínica, discutindo os aspectos particulares da complexidade da multifactorialidade envolvida no mesmo.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um doente de 83 anos, não fumador, com antecedentes pessoais de micobacteriose atípica pulmonar tratada. Foi admitido em internamento hospitalar por hemoptises moderadas, sem alterações analíticas relevantes. A tomografia computadorizada torácica revelava bronquiectasias periféricas cilíndrica se padrão de *tree-in-bud*. Admitindo-se o diagnóstico provisório de hemoptises secundárias a bronquiectasias infectadas, o doente foi submetido a BF que revelou a presença de secreções hematopurulentas, ao nível do brônquio principal esquerdo e lingual, que não se refizeram após lavagem com soro fisiológico. Durante o internamento, o doente manteve episódios de hemoptises recorrentes, com necessidade de ácido aminocapróico em perfusão, com redução imediata da quantidade de sangue expelido. No LBA foram isolados *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* e iniciada antibioterapia dirigida segundo o teste de sensibilidade antibiótica, em regime de monoterapia, com piperacilina/tazobactam (doente alérgico a ciprofloxacina), apesar de não apresentar sinais clínicos ou analíticos francos de infecção, que cumpriu durante 10 dias. Em D4 de antibioterapia foi isolado *Aspergillus fumigatus* no LBA. Atendendo a condição clínica, isolamento foi valorizado e considerado como potencial factor precipitante de fragilidade brônquica pelo que foi iniciado voriconazole que o doente cumpriu durante 21 dias. Após optimização terapêutica, o doente manteve-se sem novas perdas hemáticas, hemodinamicamente estável, apirético e com saturações periféricas de oxigénio superiores a 95% sem sintomatologia de novo ou específica de órgão ou sistema. Novo isolamento micobacteriológico a *Mycobacterium intracellulare* foi identificado no LBA, tendo o doente alta encaminhado para consulta breve no Centro de Diagnóstico Pneumológico para posterior seguimento, vigilância e orientação da situação clínica.

Discussão: Tem sido relatada a associação entre a identificação de agentes bacteriológicos e micológicos, estes últimos nomeadamente da espécie *Aspergillus*, e hemoptises em doentes com bronquiectasias e/ou micobacteriose atípica tratada ou activa. Essa associação sugere que estes doentes, provavelmente apresentem infecções ocultas causadas pelos respectivos agentes identificados. O tratamento da microinvasão bacteriana e fúngica pode ajudar a melhorar o quadro de hemoptises nestes doentes e constituir um pilar fundamental na abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Hemoptises. Micobacteriose atípica pulmonar.

PO64. UMA CAUSA RARA MAS POTENCIALMENTE FATAL DE HEMOPTISES

V. Durão, A. Simões, A. Cysneiros, A. Mineiro, F. Paula, N. Lousada, F. Froes

Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente e Hospital de Santa Maria.

Caso clínico: Os autores submetem o caso clínico de uma doente de 67 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, com antecedentes de esclerose sistémica, hipertensão arterial pulmonar secundária, hipertensão arterial sistémica essencial, valvulopatia aórtica submetida a colocação de prótese valvular, insuficiência cardíaca diastólica, epilepsia e osteoporose, medicada em ambulatório com enalapril, amlodipina, bosentan, pentoxifilina, ácido acetilsalicílico, valproato de sódio, fluticasona e salmeterol. Internada na unidade de cuidados intensivos em Dezembro de 2015 por episódio de hemoptise maciça, com perda de cerca de 2.000 mL de sangue, no decurso de cateterismo direito para medição da pressão de enclavamento capilar pulmonar, tendo feito paragem cardio-respiratória em assistolia com necessidade de reanimação com massagem cardíaca, adrenalina, entubação oro-traqueal, ventilação mecânica invasiva e suporte transfusional, com recuperação. Realiza broncofibroscopia à admissão na UCIMC que não evidencia hemorragia activa. Fica sob ventilação invasiva durante 48h e repete broncofibroscopia no dia da extubação que confirma ausência de hemorragia aguda. Em D5 de internamento realiza angio-TC torácica que evidencia consolidação do lobo inferior esquerdo, com áreas de maior densidade espontânea e densificação em “vidro despolido”, e no segmento posterior deste lobo formação nodular com realce após administração de contraste, com 27 mm de eixo antero-posterior, em continuidade com ramo da árvore arterial pulmonar e de densidade comparável ao realce do lúmen vascular arterial, sugestivo de pseudoaneurisma com trombo mural. É adoptada uma atitude conservadora, assistindo-se a uma melhoria progressiva, sem ocorrência de novos episódios de hemorragia e com Angio-TC de reavaliação às 48h e duas semanas após a primeira evidenciando estabilização do pseudoaneurisma da artéria pulmonar e resolução das áreas de consolidação.

Discussão: As hemoptises por ruptura arterial pulmonar no decurso do cateterismo de Swan-Ganz são uma complicação muito pouco frequente mas potencialmente fatal que pode culminar com a eventual necessidade de cirurgia torácica de urgência. Apesar de rara pode acontecer mesmo a um executante com muita experiência e milhares de exames já realizados.

Palavras-chave: Hemoptises. Cateterismo cardíaco. Swan Ganz. Complicações.

PO65. SEVERE HAEMOPTYSIS FOLLOWING DAY SURGERY: THE INITIAL PRESENTATION OF A RARE PLATELET DISORDER

A. Cysneiros¹, A. Simões², A. Mineiro¹, F. Paula¹, A. Portugal³, F. Froes¹

¹Departamento de Pneumologia; ²Departamento de Medicina;

³Departamento de Anestesia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente.

A 29-year-old man with no known allergies underwent elective right hernia repair in a day surgery department. A COX 2 selective inhibitor was given as part of intra operative pain control without noticeable immediate complications. On extubation he presented with severe immediate haemoptysis, followed by respiratory failure and shock. Close proximity with the intensive care unit allowed for immediate oro-tracheal intubation of a difficult airway and transferral. His past medical history was unremarkable and routine pre-operative investigations, including clotting studies were normal.

On admission to intensive care he showed signs of hypovolemic shock and required two units of packed red cells. Emergency bronchoscopy showed diffuse bilateral haemorrhage that was controlled with cold adrenalized saline application. Both chest radiograph and CT imaging were in agreement with bilateral alveolar haemorrhage. During his admission he was found to easily bleed and required prolonged compression following removal of right jugular central line. The patient made a good recovery over the following week and was successfully weaned from invasive mechanical ventilation. On thorough investigation there was a personal and family history of gum bleeding and epistaxis and further studies confirmed a platelet aggregation dysfunction suggestive of Glanzmann's thrombasthenia. We suspect that the latter, in combination with anti-inflammatory medication, was responsible for severe alveolar haemorrhage.

Palavras-chave: Hemoptise. Trombastenia. Choque hemorrágico.

PO66. SOBRE UTILIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO NA SUSPEITA DE TEP

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

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital Geral.

Introdução: Em muitos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SU), coloca-se a hipótese diagnóstica de tromboembolia pulmonar (TEP), face à baixa especificidade dos sintomas e à potencial gravidade. Antes da realização de exames complementares de diagnóstico (ECD), os doentes com suspeita de TEP devem ser estratificados de acordo com a probabilidade clínica pré-teste, usando scores clínicos, como o score de Wells (SW). Em doentes com probabilidade clínica baixa, uma nova ferramenta de decisão diagnóstica (critérios PERC: Pulmonary Embolism Rule-Out Criteria) foi criada e validada, permitindo selecionar doentes em que a probabilidade de TEP é tão baixa (0,3%) que não justifica a realização de qualquer ECD, nomeadamente o doseamento dos D-dímeros (DD).

Objectivos: Avaliar se existe sobre utilização de ECD em doentes com suspeita de TEP e baixa probabilidade clínica, no SU.

Material e métodos: Trabalho retrospectivo elaborado com base na revisão dos processos clínicos dos doentes observados no SU entre Novembro e Dezembro de 2014, em que houve suspeita de TEP. Foram avaliados dados clínicos, demográficos, resultados de exames complementares de diagnóstico e diagnóstico final.

Resultados: Durante o período em análise, foram avaliados no SU 230 doentes por suspeita de TEP. Segundo o SW, 85,2% (196 doentes) tinham baixa probabilidade clínica de TEP, 42,3% do sexo masculino, com uma média de etária de 65,4 anos (19-92 anos). Aplicando os critérios PERC aos 196 doentes com probabilidade clínica baixa de TEP, verificou-se que 12,2% (24/196) cumpriam os 8 critérios de exclusão, o que indicava que não necessitariam de efetuar qualquer ECD. No entanto, todos estes doentes realizaram doseamento de DD que se revelaram positivos apenas num doente. Adicionalmente, 2 doentes realizaram angio-TC. Não houve nenhum diagnóstico de TEP neste grupo de doentes.

Conclusões: Verificou-se uma sobre utilização de ECD numa percentagem significativa de doentes com baixa probabilidade clínica de TEP, que poderia ter sido evitada pela utilização dos critérios PERC.

Palavras-chave: Score de Wells. Pulmonary Embolism Rule-Out Criteria. D-dímeros. Angio-TC. Tromboembolia pulmonar.

PO67. HIPOXÉMIA NÃO É SÓ UM SINAL DE PATOLOGIA RESPIRATÓRIA. A PROPÓSITO DE UM CASO DE SHUNT INTRACARDÍACO NO IDOSO!

B. von Amann, J. Carvalho, F. Freitas, A.S. Vilariça, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 99 anos de idade, raça caucasiana, parcialmente dependente nas AVD's, não fumadora, com múltiplos internamentos anteriores no Serviço de Medicina Interna por hipoxémia de etiologia não esclarecida refratária à oxigenoterapia. Dos antecedentes pessoais destacam-se status pós AVC isquémico do hemisfério esquerdo com encefalopatia isquémica, HTA, insuficiência renal crónica, doença arterial periférica e status pós colite isquémica. Foi referenciada à consulta externa de Pneumologia para investigação etiológica e orientação terapêutica, encontrando-se nessa altura em OLD 3l/min/24 horas. Foi pedido estudo funcional respiratório, objetivando-se insuficiência respiratória parcial grave com PaO₂ 38,6 mmHg apesar da suplementação com a oxigenoterapia prescrita, tendo sido internada no Serviço de Pneumologia. Da avaliação clínica destaca-se ausência de febre, dispneia, tosse, expectoração ou outra sintomatologia cardiorrespiratória, gastroenterológica ou genitourinária associadas. Foram realizadas gasometrias arteriais seriadas com débitos de oxigénio crescentes, com SpO₂ e PaO₂ persistentemente reduzidas (máx. 53 mmHg). Analiticamente, refere-se a normalidade dos parâmetros inflamatórios, NT-Pro BNP 886 pg/ml e d-dímeros 0,6 ng/ml. A radiografia de tórax não evidenciou imagens de condensação parenquimatosa ou opacificação dos seios cardio ou costofrénicos. Realizou angioTC tórax que excluiu a presença de tromboembolismo pulmonar e estudo cardiorespiratório do sono que documentou ausência de alterações da estrutura do sono com IAH < 5 eventos/hora. Face a estes resultados inconclusivos, a doente realizou ecocardiograma transtorácico para excluir eventual shunt direito-esquerdo, sendo que tal exclusão não foi possível dada a má janela acústica. Foi encaminhada para realização de ecocardiograma transesofágico que, com recurso a estudo doppler e utilização de soro salino e manobra de Valsalva, evidenciou shunt interauricular direito-esquerdo.

Discussão: O caso apresentado revela-se curioso pela idade na altura do diagnóstico e salienta a necessidade de inclusão do shunt-intracardiaco no diagnóstico diferencial de hipoxémia para além das condições pneumológicas abordadas com maior frequência.

Palavras-chave: Hipoxémia refratária. Shunt intracardiaco.