

POSTERS

XXXII Congresso de Pneumologia

Praia da Falésia - Centro de Congressos Sana Epic, Algarve, 10-12 de Novembro de 2016

P-001. TUBERCULOSE E CÂNCRO DO PULMÃO - DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (CASO CLÍNICO)

S. Campos Silva¹, V. Caldeira¹, T. Lopes¹, J. Cardoso^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central. ²Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: A relação entre neoplasia e tuberculose tem suscitado interesse ao longo de décadas, cuja evidência parece ser mais consensual devido ao estado de imunossupressão potenciado pelas doenças oncológicas. O diagnóstico e a orientação terapêutica de ambas as entidades podem ser desafiantes, sobretudo pela capacidade de mimetização que as alterações imagiológicas podem apresentar. **Caso clínico:** Mulher de 57 anos, raça negra, autónoma, fumadora, com factores de risco cardiovasculares (cardiopatía isquémica com doença de um vaso, hipertensão arterial, dislipidemia e hiperuricemia) e *status* pós histerectomia e anexectomia total por miomas uterinos. Transportada ao Serviço de Urgência por quadro clínico de instalação súbita de mal estar inespecífico, tonturas, alteração do discurso e do comportamento associado a cefaleias intensas parietais bilaterais, além de tosse seca de predomínio nocturno, sudorese nocturna e perda ponderal quantificada em 10 kg em três meses. A tomografia crânio-encefálica mostrou sinais de leucoencefalopatia microangiopática subcortical com focos de hipodensidade circunscrita e a Tomografia Torácica mostrou em ambos os campos pulmonares um padrão micronodular disperso ao qual se associavam alguns nódulos de maiores dimensões em ambos os lobos superiores, alguns parcialmente cavitados, além de volumosas adenopatias mediastínicas e hilares direitas, não calcificadas. Perante a hipótese diagnóstica de meningoencefalite tuberculosa, realizou punção lombar cuja análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) revelou hiperproteínoorraquia com baixa celularidade e o exame cultural foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis complex* confirmando-se o diagnóstico de tuberculose meningea (já sob tratamento antibacilar empírico). Não obstante, por apresentar agravamento do estado geral, apesar do tratamento dirigido, foi colocada a hipótese diagnóstica adicional de neoplasia do pulmão. Realizou broncofibroscopia em que os exames citológico do lavado brônquico e escovado brônquico, assim como o exame histológico das biópsias transbronquiais foi positivo para células de carcinoma pulmonar não pequenas células muito sugestivo de Adenocarcino-

ma. Não foi possível estadiar no imediato a doença oncológica, pelo que após três meses de tratamento antibacilar repetiu os exames imagiológicos com evidência de regressão dimensional das lesões cerebrais e de apenas algumas pulmonares. Para esclarecimento do estadiamento oncológico realizou *endobronchial ultrasound* (EBUS) dos grupos 4L, 4R e 7 cuja citologia foi negativa para células neoplásicas e ainda uma tomografia de emissão de positrões (PET) torácica que revelou actividade hipermetabólica numa massa do lobo superior direito com 36 × 22 mm sugestiva de lesão neoplásica. A mediastinoscopia confirmou a presença de doença N2, (adenocarcinoma no grupo 4R, *multilevel*), sendo, por isso, excluída a hipótese cirúrgica como opção terapêutica. Iniciou quimioterapia de 1ª linha e, por progressão de doença a nível pulmonar passou para tratamento de 2ª linha. Faleceu cerca de 15 meses após o diagnóstico inicial.

Discussão: Este caso pretende demonstrar o quão desafiante pode ser a abordagem diagnóstica de duas entidades pneumológicas tão prevalentes, enfatizando a dificuldade no estadiamento de doença neoplásica e consequente tratamento perante a associação com tuberculose.

Palavras chave: Tuberculose. Câncer do pulmão. Diagnóstico diferencial.

P-002. UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL EM MULHERES

M. Vargas-Castanho, F. Menezes, J. Soares, D. Canário, A. Oliveira, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O mesotelioma maligno atinge predominantemente o género masculino a partir da 7ª década de vida, com forte associação à exposição a asbestos, registando-se raros casos de mesotelioma em mulheres.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 53 anos, desempregada (tinha sido empregada doméstica e cozinheira num restaurante, tendo tido exposição a materiais isolantes que não sabia especificar) ex-fumadora (com carga tabágica estimada em 15 unidades-maço/ano) admitida no Serviço de Pneumologia por quadro com 6 semanas de evolução de toracalgia direita de tipo pleurítico, acompanhado por tosse produtiva com expectora-

ção mucopurulenta. Como comorbidades de relevo referem-se asma brônquica, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II não insulino-tratada, gastrite crônica, hérnia do hiato, hipoacusia (em estudo em consulta de Otorrinolaringologia), encontrando-se medicada para as patologias supracitadas. A admissão encontrava-se polipneica em ar ambiente, com semiologia de derrame pleural nos 2/3 inferiores do hemitórax direito; restante observação sem alterações. A radiografia de tórax evidenciava hipotransparência homogênea nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito. Laboratorialmente salientava-se aumento dos parâmetros inflamatórios: leucócitos 12.500, neutrófilos 67,1%, proteína C reactiva 7,4 mg/dL, trombocitose 577.000 plaquetas, D-dímeros 2,08 µg/mL. Gasimetricamente, em ar ambiente, alcalémia respiratória e insuficiência respiratória parcial (pH 7,46, pCO₂ 34 mmHg, pO₂ 64 mmHg, HCO₃⁻ 24,3 mmol/L, SatO₂ 94,7%). Durante o internamento realizou toracocentese e biópsias pleurais, com líquido pleural compatível com exsudado (glucose 78 mg/dL, proteínas totais 5,4 g/dL, colesterol 118 mg/dL, LDH 1057 UI/L, ADA 20,90 U/L); contagem celular com 6.400 cél./µL (7% neutrófilos, 82% linfócitos, 10% monócitos/macrófagos, 1% células mesoteliais). Teve alta a aguardar os resultados dos exames subsidiários das técnicas pleurais. A citologia do líquido pleural era suspeita para malignidade e a biópsia pleural revelou proliferação papilar na superfície mesotelial, com focos de invasão do estroma e com presença de microcalcificações psamomatosas, com imunomarcagem positiva para CK7, calretinina, WT1, EMA e negativa para CK20, TTF1, napsina A, morfológicamente compatível com mesotelioma epitelioide, mas impondo diagnóstico diferencial com carcinoma seroso do ovário. Para esclarecimento complementar realizou: TC toraco-abdomino-pélvica - derrame pleural direito, com irregularidade dos folhetos, não se visualizando inequívocos espessamentos suspeitos para mesotelioma, com atelectasia compressiva dos lobos médio e inferior direito e adenomegalias mediastínicas dispersas, ovários com alterações quísticas a merecer caracterização por RMN. RMN pélvica - formação quística no ovário esquerdo, sem sinais sugestivos de malignidade. PET TC - derrame pleural direito com avidéz discreta para FDG; foco hipermetabólico na pleura diafragmática homolateral. BATT - várias toracenteses exploradoras na base do hemitórax direito sem saída de líquido, não se identificando nenhuma formação nodular pelo que não realizou BCTT. Findo o estudo, foi proposta quimioterapia com perimetrexed + carboplatino (3 ciclos - actualmente em curso), seguida de pleurectomia.

Discussão: O mesotelioma pleural maligno constitui uma causa rara de derrame pleural em mulheres, tendo este caso sido um desafio diagnóstico, não só pela raridade epidemiológica como também pela semelhança imuno-histoquímica com carcinoma seroso do ovário, que seria a hipótese diagnóstica mais provável atendendo ao género e faixa etária da doente.

Palavras chave: Derrame pleural. Biópsia pleural. Mesotelioma.

P-003. IMUNOTERAPIA E NOVAS TOXICIDADES

P. Ulisses Brito, P. Ramalho, A. Figueiredo, F. Barata

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

Nos anos mais recentes, o aparecimento de terapêuticas imunológicas para o tratamento dos doentes com cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP), veio acrescentar uma nova arma na abordagem desta doença. A possibilidade de induzir uma resposta do sistema imunitário contra as células tumorais, nomeadamente através da utilização de fármacos com atuação nos inibidores dos *checkpoints* revelou-se uma mais-valia, aumentando a sobrevivência nos doentes com estádios avançados da doença. No entanto, a manipulação da resposta imunitária pode desencadear efeitos secundários imunológicos. Os mais frequentes são a colite, a pneumonite, a hepatite, a nefrite e as endocrinopatias, embora todos

os órgãos possam ser afetados. É importante também ter em atenção que estes efeitos podem aparecer semanas ou meses após a descontinuação do fármaco. A maioria destes efeitos é facilmente controlável, permitindo a manutenção da terapêutica, desde que o diagnóstico seja precoce e o tratamento correto. Apresentamos três casos clínicos de doentes com CPCNP tratados com inibidores dos *checkpoints* imunitários, que desenvolveram durante o curso do seu tratamento colite, pneumonite e tiroidite imunitárias. Concluímos realçando a importância dos médicos que tratam doentes oncológicos, nomeadamente com cancro do pulmão, se familiarizarem com os efeitos secundários das novas imunoterapias, muito diferentes dos efeitos secundários causados pela quimioterapia clássica ou pelas terapêuticas alvo.

Palavras chave: Imunoterapia. Toxicidades. Oncologia. Pulmão. CPCNP.

P-004. TUMORLETS CARCINÓIDES, O DIAGNÓSTICO AO FIM DE 5 ANOS. A PROPÓSITO DE UM CASO DE NÓDULOS PULMONARES MÚLTIPLOS

A. Dias, F. Teixeira Lopes, B. Von Amman, M. Alvoeiro, T. Calado, F. Félix, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

Introdução: Os *tumorlets* carcinóides incluem-se no espectro da hiperplasia pulmonar de células neuroendócrinas. Pode ser difusa e limitada ao epitélio brônquico e bronquiolar ou estender-se para além da membrana basal, originando *tumorlets* se extensões ≤ 5 mm ou tumores carcinóides se > 5 mm.

Caso clínico: Mulher, 70 anos, administrativa reformada, não fumadora, com história de asma brônquica desde os 50 anos, refluxo gastro-esofágico, quistos colóides tiroideus e histerectomia total aos 44 anos por tumor do útero de histologia desconhecida. Internada aos 64 anos no serviço de Pneumologia por pneumonia adquirida na comunidade. Após resolução do quadro infeccioso, verificou-se persistência de múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, os maiores com cerca de 1 cm. Suspeitando-se de se tratarem de lesões secundárias, realizou múltiplos exames, sem identificação do tumor primitivo. A broncofibroscopia era normal. Os exames bacteriológico, micológico e micobacteriológico do lavado bronco-alveolar foram negativos e as biópsias pulmonares transbrônquicas inconclusivas. Funcionalmente, apresentava obstrução brônquica moderada, com prova de broncodilatação positiva. À data, a doente recusou exames mais invasivos, mantendo-se em seguimento na consulta de Pneumologia, com estabilidade clínica e radiológica, referindo queixas de dispneia mMRC2, pieira e tosse seca esporádicas. Medicada com formoterol/budesonido, brometo de tiotrópio e omeprazol. A função pulmonar manteve-se estável ao longo dos 5 anos subsequentes. Em Abril de 2015 teve episódio de expectoração hemoptóica. Sem febre, toracalgia, agravamento da dispneia, hipersudorese, anorexia ou perda ponderal. A TC tórax mostrava aumento dos nódulos pulmonares, pelo que a doente repetiu broncofibroscopia. Apresentava elevação da mucosa do segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo que se biopsou. Os exames microbiológicos e citomorfológico do LBA foram negativos. O resultado das biópsias brônquicas e transbrônquicas foi inconclusivo. A contagem celular diferencial do LBA apresentava predomínio de linfócitos (63%), CD4/CD8 4.3. Perante crescimento indolente dos nódulos, reforçado pelos antecedentes de cirurgia ginecológica, nomeadamente o diagnóstico diferencial com leiomiomatose benigna metastizante, foi realizada biópsia pulmonar cirúrgica que foi compatível com *tumorlets* carcinóides. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e, dado o carácter benigno destes tumores, optou-se por manter vigilância.

Discussão: Os *tumorlets* carcinóides surgem habitualmente em mulheres, após os 50 anos, não fumadoras. Apresentam-se geralmente com nódulos pulmonares múltiplos, sendo obrigatório o despiste de

metastização. No entanto, o seu crescimento é indolente, como ocorreu neste caso. A evolução é favorável, sendo infrequente a ocorrência de disseminação extrapulmonar ou atipia. Constituem uma entidade rara, pelo que o seu comportamento nem sempre é previsível e a estratégia de seguimento é um desafio.

Palavras chave: Tumorlets carcinóides. Nódulos pulmonares múltiplos.

P-005. INFEÇÃO VIH E NEOPLASIA DO PULMÃO. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE FARO

M. Pereira, D. Neves, B. Santos, V. Areias, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: Desde a introdução da terapêutica antirretroviral (TARV) nos doentes com Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), verificou-se um aumento da sobrevida, associado ao aumento da incidência das neoplasias não definidoras de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), sendo a neoplasia do pulmão a mais comum, em detrimento das neoplasias definidoras de SIDA.

Objectivos: Caracterizar a população com VIH e neoplasia do pulmão seguida nas consultas de Pneumologia Oncológica e Imunodeficiência no Hospital de Faro, com maior ênfase para a idade média, hábitos tabágicos, contagem de linfócitos T-CD4, histologia das neoplasias e respetivos estádios aquando do diagnóstico; determinar a sobrevida média nestes doentes.

Métodos: Estudo analítico, transversal, retrospectivo dos doentes com diagnóstico de neoplasia do pulmão primária e VIH seguidos nas consultas de Pneumologia Oncológica e Imunodeficiência, de 01/01/2011 a 31/12/2015. Analisaram-se as seguintes variáveis: género, idade, carga tabágica, história de uso de drogas endovenosas, co-infecção com vírus hepatite C (VHC), co-morbilidades, administração de TARV prévia, contagem de linfócitos T-CD4 aquando do diagnóstico, tipo de neoplasia, estádio à data do diagnóstico, terapêutica realizada, sobrevida e mortalidade.

Resultados: Dos 644 novos casos de neoplasia do pulmão diagnosticados no intervalo de tempo considerado, foram encontrados 10 doentes com VIH positivo (1,6%). Destes, 100% eram homens, idade média de 50 anos. Todos com história de tabagismo (2 ex-fumadores) com uma carga tabágica média de 49UMA. Todos tinham infecção pelo VIH1 e realizaram TARV previamente, tendo 50% destes doentes SIDA e 30% co-infecção com VHC. Em 60% dos doentes havia história de toxic dependência. De co-morbilidades relevantes, destacar: 30% dos casos com antecedentes de DPOC e 20% com infeções respiratórias de repetição. O valor médio de linfócitos T-CD4 à data do diagnóstico foi $329/\text{mm}^3$, sendo que a maioria dos doentes (60%) apresentava valores de Linfócitos T-CD4 $> 200/\text{mm}^3$. O diagnóstico histológico mais frequente foi o adenocarcinoma ($n = 3$, 30%) e o carcinoma epidermoide ($n = 3$, 30%), seguidos do carcinoma neuroendócrino de pequenas células ($n = 2$, 20%), carcinoma neuroendócrino de grandes células ($n = 1$, 10%) e carcinoma pouco diferenciado não pequenas células ($n = 1$, 10%). Por norma, os doentes apresentavam uma neoplasia num estádio avançado aquando do diagnóstico: 70% estádio IV, 20% estádio IIIb e 10% estádio IIIa. Quanto à terapêutica realizada, 4 doentes (40%) realizaram apenas quimioterapia de primeira linha, 2 doentes (20%) realizaram quimio-radioterapia concomitantes como primeira linha, um doente (10%) realizou quimio-radioterapia neoadjuvantes, seguidas de cirurgia e quimioterapia adjuvante, um doente (10%) realizou radioterapia paliativa e outro doente (10%) teve apenas indicação para terapêutica de suporte. A sobrevida média foi de 7,9 meses, sendo que a maioria (70%) acabou por falecer, e até à data, perdeu-se o seguimento de 10%. Verificou-se que para contagens de células CD4 $< 200/\text{mm}^3$ a sobrevida média é 2,4 meses, e para CD4 $> 200/\text{mm}^3$ a sobrevida média é 15,1 meses (valor $p = 0.05$).

Conclusões: Verificou-se um predomínio do género masculino, apresentando todos história de tabagismo. Aquando do diagnósti-

co, na maioria dos casos, as neoplasias encontravam-se em estágio IV, sendo as mais comumente diagnosticadas o adenocarcinoma e carcinoma epidermoide, e contagens de células CD4 $> 200/\text{mm}^3$ associam-se a uma sobrevida média superior.

Palavras chave: VIH. SIDA. Neoplasia do pulmão.

P-006. PSICOSE DE ORIGEM PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

T. Abrantes, J. Silva, M. Sousa, V. Melo, J. Vale, A. Correia, S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: As síndromes paraneoplásicas acometem uma pequena percentagem de doentes com cancro do pulmão. Consiste numa síndrome clínica consequente a efeitos sistémicos do tumor, não relacionados com metástases, com origem provável na libertação de várias substâncias na corrente sanguínea como hormonas, citocinas e anticorpos.

Caso clínico: Homem, 65 anos, coveiro, não fumador, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, medicado com losartan 50 mg. Internado no Serviço de Psiquiatria por ideação delirante de aparente início agudo, em doente sem antecedentes psiquiátricos. Medicado com risperidona 2 mg com estabilização do quadro psicótico no internamento. Após estudo complementar pela especialidade, a psicose foi atribuída causa orgânica - detectado nódulo pulmonar em radiografia torácica. Sem queixas respiratórias e sem síndrome constitucional. EO sem alterações. Além da TC-CE que não apresentou alterações, realizou TC-tórax que mostrava um nódulo de 30 mm no LSD com contornos regulares, adenomegalia na região hilar direita e nódulo sólido exofítico, suspeito, na vertente posterior do rim direito com 12 mm. Videobroncofiboscopia (VBF) sem lesões endobrônquicas e citologia negativa para células neoplásicas. Realizou PET-TC que revelou captação discreta de FDG-F18, no nódulo do LSD, suspeito de neoplasia de alto grau metabólico. Formações ganglionares hilares direitas com discreta captação e nódulo do rim direito sem captação. Sem lesões ósseas ou hepáticas hipercaptantes. Realizou biópsia pulmonar ao nódulo do LSD guiada por TAC cujos aspectos morfológicos e imunohistoquímicos eram de tumor carcinóide (expressão de cromogranina e sinaptofisina; índice proliferativo de 1%) e a biópsia a nódulo renal direito foi compatível com angiomiolipoma. Enviado a Consulta de Decisão Terapêutica onde foi recomendado tratamento cirúrgico que o doente recusou, bem como orientação para consulta especializada. O doente encontra-se em vigilância clínica, analítica e radiológica.

Discussão: As síndromes paraneoplásicas podem ser a primeira manifestação de neoplasia pulmonar e a sua resolução passa, essencialmente, pelo tratamento da patologia oncológica de base.

Palavras chave: Carcinóide. Psicose. Nódulo. Paraneoplásico.

P-007. ACHADOS DE BRONCOFIBROSCOPIA EM DOENTES COM DIAGNÓSTICO DE CANCRO DO PULMÃO

V. Clérigo, J. Cardoso, P. Monteiro, R. Gonçalves, C. Bárbara

Unidade de Pneumologia de Intervenção, Hospital de Santa Maria-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Existem múltiplas modalidades técnicas utilizadas no diagnóstico do cancro do pulmão (CP). Destas, destaca-se a broncofibroscopia (BF) como excelente veículo para o diagnóstico de CP, com as respectivas técnicas acessórias. Contudo, existem diferenças de rentabilidade diagnóstica que estão directamente relacionadas, entre outros factores, com o tipo de apresentação endoscópica.

Objectivos: O objetivo deste estudo foi analisar os achados de BF em doentes diagnosticados com CP, correlacionando-os com os respectivos achados histopatológicos.

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo envolvendo 14 doentes com o diagnóstico confirmado de CP mediante avaliação anatomopatológica das respectivas técnicas subsidiárias da BF: lavado brônquico (LB), lavado broncoalveolar (LBA), escovado brônquico (EB), biópsia brônquica (BB) e biópsia pulmonar transbrônquica (BPTB). Os dados foram obtidos através da base de dados dos doentes intervencionados na Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital de Santa Maria, entre Janeiro de 2016 e Junho de 2016. Os achados endoscópicos foram classificados como tumor endoscopicamente visível; tumor não visível por via endoscópica; infiltração da mucosa; bem como a ser classificadas pela presença/tipo de secreção. Os tumores visíveis também foram classificados de acordo com sua localização na árvore traqueobrônquica.

Resultados: Registos de dados completos de 28 doentes com diagnóstico confirmado de CP estavam disponíveis para análise estatística. A maioria dos doentes pertencia à faixa etária 65-74 (35,7%) anos, com uma média de idade de 69,1 anos. Todas as BFs foram realizadas sob sedação ou anestesia geral. A maioria dos exames foi realizada em doentes do sexo masculino (64,3%). Sem registo de complicações fatais na população estudada. Os principais achados broncoscópicos consistiram em tumores endoscopicamente visíveis por massa endobrônquica (64,3%), seguido da infiltração mucosa tumoral (35,7%). A maioria dos tumores endoscopicamente visíveis (57,1%) localizavam-se no lobo superior direito. O tipo histológico foi determinado em todos os casos, sendo adenocarcinoma o tipo histológico mais frequente (67,9%). Os restantes tipos histológicos identificados foram o carcinoma pavimento-celular em 3 casos (10,7%), o carcinoma de pequenas células em 3 caso (10,7%), 1 caso de carcinoma de grandes células (3,6%) e outro de carcinoma pouco diferenciado (3,6%). Todos os tipos histológicos foram mais comumente observados como massa endobrônquica.

Conclusões: A broncofibroscopia é um exame fundamental no diagnóstico de CP e a abordagem multimodal é essencial para incrementar a rentabilidade diagnóstica, aliada à experiência do broncologista. Verificou-se que a incidência de CP é superior na população masculina e o adenocarcinoma foi o tipo histológico mais identificado. A técnica subsidiária mais útil no diagnóstico foi a biópsia da massa visível, seguida pelo LBA. Os nossos resultados mostram que o achado broncoscópico mais sugestivo de malignidade é a tumor endoscopicamente visível por massa endobrônquica, seguido pela infiltração mucosa tumoral. Proporcionalmente, a massa endobrônquica foi o achado broncoscópico mais comum em todos os tipos histológicos identificados. Todavia, a rentabilidade diagnóstica pode ser amplificada pela utilização de outras técnicas inovadoras nomeadamente, ecoendoscopia, fluoroscopia e navegação electro-magnética e broncoscopia virtual.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Broncofibroscopia. Achados broncoscópicos.

P-008. TRÊS EM UM: CASO DE CARCINOMA COMBINADO DO PULMÃO

C. Dantas¹, A.S. Santos¹, I. Bravio², R. Carvalho³, R. Luz¹, D. Silva¹, J. Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Cardiotorácica;

³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta.

Introdução: Histologicamente, os tumores do pulmão classificam-se como carcinoma de pequenas células (CPC) ou carcinoma de não pequenas células (CNPC), sendo que este último que inclui adenocarcinoma (ADC), carcinoma escamoso e carcinoma de grandes células. Os carcinomas combinados são tipos raros de neoplasia que

se definem por serem constituídos por dois ou mais subtipos histológicos no mesmo tumor.

Caso clínico: Neste trabalho descreve-se o caso de uma mulher de 52 anos, ex-fumadora de 30 UMA, sem antecedentes de relevo. Inicia quadro de tosse seca motivo pelo qual efectua uma radiografia de tórax e posteriormente TC-tórax, que mostraram massa hilar direita que condicionava atelectasia do lobo superior direito. Realizou uma broncofibroscopia onde se visualizava oclusão do brônquio lobar superior direito e as biopsias brônquicas efectuadas foram sugestivas de carcinoma de tipo glândula salivar. Tendo em conta a PET, tratava-se de um estágio IIIA (T3N1M0), com apenas o grupo ganglionar 10R captante, pelo que a doente foi proposta para bilobectomia superior direita. A caracterização histológica da peça cirúrgica revelou tratar-se de um carcinoma combinado: predomínio de carcinoma adenoescamoso (padrões acinar e papilar) com focos de carcinoma de pequenas células, sendo o estadiamento cirúrgico coincidente com o mencionado anteriormente. Após discussão em reunião multidisciplinar optou-se por realizar tratamento médico dirigido ao carcinoma de pequenas células, tendo iniciado quimioterapia com cisplatina e etoposido.

Discussão: Este caso raro de carcinoma combinado de três padrões histológicos diferentes -adenoescamoso e carcinoma de pequenas células, já por si invulgares - demonstra a importância e a implicação que um correcto diagnóstico histológico tem para a escolha da terapêutica adequada. Basear-se apenas na histologia de material de quantidade limitada, como biopsias brônquicas ou citologia aspirativa, poderá deixar escapar tumores combinados.

Palavras chave: Carcinoma combinado. Carcinoma glândulas salivares. Cancro pulmão.

P-009. O MESMO DOENTE, DOIS DIAGNÓSTICOS

F. Lopes, F. Oliveira, E. Birsch, A. Coutinho, L. Carvalho, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O tumor de Pancoast é pouco frequente, tendo uma incidência inferior a 5% de todas as neoplasias do pulmão. Por outro lado, o diagnóstico em simultâneo de tuberculose pulmonar e tumor de Pancoast é muito raro. O tumor de Pancoast é uma neoplasia localizada no ápex do pulmão e habitualmente um carcinoma de não pequenas células. Frequentemente invade as primeiras costelas, vértebras ou vasos do pescoço, manifestando-se como síndrome de Pancoast na presença de omalgia intensa, parestesias/dor ao longo do membro superior e síndrome de Horner. A tuberculose pulmonar pode ocorrer com sintomatologia insidiosa e igualmente presente na neoplasia do pulmão, tal como anorexia, perda ponderal, astenia ou tosse.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 66 anos, leucodérmico, reformado (chefe de armazém). Ex-fumador (75 UMA) desde há 5 anos. Diabetes mellitus tipo 2, úlcera péptica, hipertrofia benigna da próstata e litíase vesicular, medicado com metformina, omeprazol, finasteride e tansulosina. Recorre ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria por quadro com 2 semanas de evolução de febre, anorexia, mialgias, perda ponderal, dor escapular direita, dispneia de esforço de agravamento progressivo e tosse com expectoração muco-purulenta. Referia ainda parestesias dos 3º, 4º e 5º dedos da mão direita desde há 5 meses. Dos exames complementares à admissão apresentava Hb 15,8 g/dl, 9.590 leucócitos com 67,8% neutrófilos, 334.000 plaquetas, ureia 45, creatinina 1,3 mg/dl, sódio 127, potássio 5,5 LDH 354 e PCR 10,8 mg/dl. Hemoculturas em aerobiose e anaerobiose negativas. Serologia HIV negativa. Radiografia do tórax com massas no terço superior e médio do campo pulmonar direito e micronodulação dispersa bilateral com predomínio basal. Gasometria arterial com insuficiência respiratória parcial. Internado no Serviço de Pneumologia para in-

investigação. Realizou TC torácica que apresentava “massa com 10 cm do segmento apical do lobo superior direito que invade e destrói os primeiros arcos costais e invade o mediastino, à qual se associam adenopatias retro-cavas pré-traqueais e hilares homolaterais, subcarinais, bem como massa pleural direita e micronodulação difusa randomizada de todo o parênquima pulmonar”. Efetuou biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC (BATT) que revelou adenocarcinoma pouco diferenciado de provável origem pulmonar. NSE e Cyfra 21-1 positivos. Pelo padrão miliar na TC torácica efectuou broncofibroscopia que demonstrou sinais inflamatórios generalizados e secreções purulentas dispersas, sem sinais endoluminais de neoformação. Os exames citológico, bacteriológico, micológico e micobacteriológico (exame directo) do lavado bronco-alveolar foram negativos e a biópsia transbrônquica revelou infiltrado inflamatório e formação de agregados linfóides, 2 com processo inflamatório granulomatoso com necrose e BAAR sugestivo de tuberculose pulmonar activa. Por diagnóstico provável de tuberculose miliar iniciou terapêutica com HRZE. Alta com boa evolução clínica e analítica. Encaminhado ao CDP da área de residência e Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica.

Discussão: Trouxemos este caso devido à raridade da situação. A BATT deu o diagnóstico de neoplasia podendo ter-se admitido tumor de Pancoast com metastização pulmonar, contudo, o padrão da TC torácica levantou a hipótese de tuberculose miliar, tendo a realização de broncofibroscopia sido essencial para a confirmação da mesma.

Palavras chave: Tumor de Pancoast. Tuberculose miliar.

P-010. MASSA EXOFÍTICA TRANSCRANIANA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA PULMONAR

M. Jacob¹, P. Caetano Mota^{1,2}, M. Van Zeller^{1,2}, A. Rosa Santos¹, V. Hespagnol^{1,2,3}

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

²Faculdade de Medicina Universidade do Porto. ³i3S/IPATIMUP-Institute of Molecular Pathology and Immunology of the University of Porto.

Introdução: O cancro do pulmão frequentemente cursa com metastização óssea, sobretudo no esqueleto axial. Contudo, massa transcraniana é pouco frequente, sobretudo como manifestação inicial da doença.

Caso clínico: Homem, 75 anos, fumador há 60 anos (90 UMA), sem outros antecedentes de relevo. História de queda no domicílio, com traumatismo crânio-encefálico na região parietal direita, desde então, com noção de crescimento de tumefação. Referia, ainda, diminuição da acuidade visual à direita, sem outros défices. Um mês depois, recorreu ao serviço de Urgência por manutenção do quadro, não apresentando alterações no exame neurológico. A TC cerebral realizada demonstrou: uma lesão lítica com erosão da calote craniana direita associada a componente de tecidos moles e sem edema peri-lesional; assim como outra, à direita, com destruição do corpo do esfenóide e com insinuação ao ápex orbitário. Realizou TC cérvico-toraco-abdomino-pélvico que mostrou massa de contornos espiculados no lobo superior direito, contactando com cisura major. O exame histológico da biópsia guiada por TC tórax revelou adenocarcinoma com expressão TTF-1. Face ao agravamento sintomático foi orientado para Pneumologia que decidiu pelo seu internamento. Nessa altura verificava-se marcado agravamento do estado geral, perda ponderal > 10%, amaurose à direita, períodos de desorientação temporária-espacial e discurso incoerente. Ao exame físico evidente tumefação dura, imóvel na região parietal direita com cerca de 6x5x3 cm; sem outras alterações. A TC cerebral documentou significativo agravamento das dimensões da lesão metastática parietal com invasão da dura-máter, edema perilesional e desvio das estruturas da linha média, assim como,

agravamento da lesão da base do crânio, com extensão à órbita direita. Dado o franco agravamento do estado geral, determinando acentuada limitação para as atividades da vida diária (ECOG Performance Status - 3), e evidente crescimento das lesões cerebrais, foi decidido tratamento de suporte em reunião de Grupo Oncológico Multidisciplinar.

Discussão: Este caso clínico acentua a característica do cancro do pulmão de metastizar para os locais mais improváveis, mesmo na ausência de clínica respiratória. Independentemente da localização da doença metastática, a hipótese de tumor de primário pulmonar deverá ser excluída.

Palavras chave: Adenocarcinoma pulmão. Metastização. Massa craniana.

P-011. PNEUMONIA ORGANIZATIVA E TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

R. Boaventura, G. Fernandes

Centro Hospitalar São João, Porto.

Introdução: O tratamento convencional do carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) localmente avançado é a combinação de radioterapia (RT) com quimioterapia com um regime com platino. O pemetrexed foi recentemente incluído como opção para esta combinação, pelo melhor perfil de toxicidade. A pneumonia organizativa (PO) é uma entidade com critérios clínicos, radiológicos e histológicos bem definidos, podendo ser secundária ou idiopática (criptogénica). A PO secundária a RT tem sido descrita com mais frequência no cancro da mama, existindo descrições mais recentes desta associação com o tratamento do cancro do pulmão. Os autores descrevem dois casos clínicos.

Casos clínicos: Doente do sexo masculino de 65 anos, não fumador e com adenocarcinoma pulmonar em estágio IIIB, fez tratamento concomitante com carboplatino, pemetrexed e RT. Cerca de 7 meses após terminar a RT surge com clínica de dispneia para médios esforços e uma TC de tórax que revelava algumas micronodularidades em “vidro despolido” dispersas em ambos os pulmões, além de lesões sugestivas de pneumonite rádica, levantando a hipótese de PO, que foi confirmada por biópsia pulmonar aspirativa. O doente iniciou terapêutica com corticóide com resolução do quadro. Doente do sexo feminino de 53 anos, ex-fumadora (14 UMA), obesa, com síndrome de apneia obstrutiva do sono, síndrome depressiva e adenocarcinoma pulmonar em estágio IIIA, que fez tratamento com carboplatino e pemetrexed, seguido de RT. Cerca de 2 meses após terminar RT, referiu queixas de dispneia para médios esforços e na TC torácica observaram-se focos consolidativos do lado da lesão e no pulmão contralateral. Após discussão em consulta multidisciplinar de doenças pulmonares difusas, colocou-se a hipótese de PO. A doente iniciou corticoterapia com resolução dos achados radiológicos e melhoria clínica.

Discussão: A PO associada a RT no cancro da mama está associada a ocorrência mais frequente nos primeiros 6 meses após RT, podendo surgir até 12 meses após a RT, estando descrita a sua ocorrência em até 2,5%, em séries de doentes submetidos a RT, tornando-se um importante diagnóstico diferencial, após exclusão de outras etiologias. Alguns autores descrevem uma associação desta entidade com a pneumonite rádica sintomática prévia, realçando a importância da vigilância deste grupo de doentes. Os casos apresentados são bons exemplos de PO após quimioterapia e RT e da boa resposta à terapêutica com corticóide. Realça-se a sua ocorrência com a combinação de RT com carboplatino e pemetrexed. O reconhecimento da OP é indispensável no diagnóstico de lesões pulmonares de novo em doentes oncológicos.

Palavras chave: Pneumonia organizativa. Cancro do pulmão. Radioterapia. Quimioterapia. Carboplatino. Pemetrexed.

P-012. RETIRADO A PEDIDO DOS AUTORES

P-013. CASO CLÍNICO DE ADENOCARCINOMA PULMONAR COM AMPLIFICAÇÃO MET E RESPOSTA PARCIAL AO CRIZOTINIB

A.C. Ferreira¹, M. Braz¹, M. Silva², A. Alarcão², A. Figueiredo¹, L. Carvalho², F. Barata¹

¹Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. ²Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução: Nos últimos anos, com a descoberta de novas mutações, o tratamento do cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) melhorou com as novas terapêuticas dirigidas. CPNPC com expressão de *c-met* definem um tipo de CPNPC que pode ser sensível ao inibidor da pequena molécula de tirosina-cinase, aprovado internacionalmente para o tratamento de CPNPC ALK-positivos em estágio avançado.

Caso clínico: Apresenta-se um caso clínico de resposta parcial ao crizotinib num homem de 64 anos com CPNPC com elevada expressão ao *c-met*. Este paciente era EGFR, ALK e ROS1 negativo. A terapêutica prévia foi platínum + pemetrexed (1^a linha) com progressão após 4 ciclos. E docetaxel em 2^a linha com progressão após 3 ciclos. Neste momento, o doente apresenta-se com crizotinib e com uma resposta parcial após 6 semanas.

Discussão: Este caso realça a necessidade de uma melhor caracterização do perfil molecular dos tumores de modo a personalizar o tratamento oncológico. É necessário conhecer mais acerca da amplificação de MET, das suas mutações e das terapêuticas-alvo.

Palavras chave: Cancro do pulmão de não-pequenas células. Expressão de *c-met*. Crizotinib.

P-014. METÁSTASE ENDOBRÔNQUICA NO DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE CARCINOMA DO CÓLON

C. Guerreiro¹, J. Dionísio², J. Duro da Costa²

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Algarve. ²Serviço de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

Introdução: A ocorrência de envolvimento metastático do pulmão é frequente no decurso da doença oncológica, sendo o pulmão o órgão mais frequentemente atingido apenas ultrapassado pelo fígado. No entanto, o envolvimento endobrônquico em contexto de neoplasia extratorácica é raro.

Casos clínicos: Os autores descrevem 2 casos clínicos de neoplasia do cólon em estágio avançado, cujo diagnóstico inaugural surgiu no decurso do esclarecimento de alterações pleuropulmonares, com lesões endobrônquicas, nos quais a broncoscopia permitiu o diagnóstico por imunohistoquímica do tumor primário. Caso clínico 1: homem de 74 anos, ex-fumador com carga tabágica de 55 UMA e história pessoal de seminoma testicular aos 39 anos tratado com cirurgia e radioterapia. Surge com quadro de cansaço fácil e tosse não produtiva com 5 meses de evolução. Ao exame objectivo apresentava semiologia de derrame pleural à direita. O estudo imagiológico do tórax revelou derrame pleural direito assim como múltiplas lesões nodulares parenquimatosas passíveis de traduzir envolvimento pulmonar secundário. Neste contexto é encaminhado para o Serviço de Pneumologia para a realização de broncofibroscopia. Esta demonstrou extenso envolvimento endobrônquico multifocal tendo a biópsia brônquica sido compatível com infiltração por tumor com origem no tubo digestivo, cuja imunohistoquímica confirmou tratar-se de metástase de adenocarcinoma do cólon. Caso clínico 2: homem de 79 anos, ex-fumador com carga tabágica de 60 UMA. Apresentava história pessoal de doença de refluxo gastro-

-esofágico. Referia tosse produtiva com expectoração hemoptóica com 3 semanas de evolução e perda ponderal de 10 Kg nos últimos 3 anos. Neste contexto realizou telerradiografia do tórax e posteriormente tomografia computadorizada torácica que revelou a presença de múltiplos nódulos pulmonares sugestivos de envolvimento pulmonar secundário. Ao exame objectivo apresentava-se eupneico e hemodinamicamente estável. À auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular mantido e simétrico com atrito pleural na base direita. Para esclarecimento foi submetido a broncofibroscopia. Esta revelou a presença de massas endobrônquicas a nível de B3 e B8 direitos, tendo a biópsia destas lesões sido compatível com adenocarcinoma com padrão morfológico característico de neoplasia primitiva do cólon. Em nenhum dos dois casos houve indicação para terapêutica endobrônquica. Ambos foram referenciados ao hospital de origem após o diagnóstico para estudo complementar, tratamento e seguimento.

Discussão: Embora diversos tipos de tumor possam envolver secundariamente o pulmão, o carcinoma da mama, o carcinoma do rim e o carcinoma colorectal, são os que mais frequentemente se encontram implicados. A particularidade destes casos advém não só da existência de lesão endobrônquica, mas também do diagnóstico do tumor primário ter sido desencadeado pela biópsia da lesão endobrônquica.

Palavras chave: Broncoscopia. Metástase. Lesão endobrônquica. Carcinoma do cólon.

P-015. PAPILOMA TRAQUEAL COMPLICADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J.M. Pereira Eusébio, D. Duarte, C. Araújo, C.C. Cardoso, A. Silva, A. Domingos

Serviço de Pneumologia, Unidade de Torres Vedras-CHO.

Introdução: A papilomatose respiratória recorrente é, em geral, uma doença benigna e autolimitada. Ela resulta da infecção do trato respiratório superior pelo vírus do papiloma humano (HPV), com a formação de papilomas. A doença é mais comum em crianças, mas também pode ocorrer em adultos. Em geral é limitada à laringe, mas eventualmente pode estender-se à árvore traqueobrônquica e ao parênquima pulmonar, tendo esta forma mais disseminada a denominação de papilomatose laringotraqueobrônquica (PLTB).

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 71 anos, do sexo masculino, não fumador, com antecedentes pessoais irrelevantes, com queixas de tosse e expectoração hemoptóica com cerca de uma semana de evolução. Análises e radiografia do tórax realizadas não revelaram alterações relevantes, motivo pelo qual se efectuou TC torácica que evidenciou área de espessamento da parede traqueal, a nível supracarinal postero-esquerdo, com crescimento exofítico intraluminal. O doente realizou então broncofibroscopia que identificou uma lesão papilomatosa traqueal única, seguida de broncoscopia rígida para tratamento com debulking e árgon-plasma. A avaliação anatomo-patológica da peça identificou a presença de fragmentos de papiloma de epitélio estratificado pavimentoso com displasia de alto grau e focos de carcinoma pavimentocelular. O doente realizou ainda PET-TC que confirmou a presença de lesão traqueal única, tendo o doente sido encaminhado para a consulta de oncopneumologia.

Discussão: A forma adulta da PLTB é em geral solitária, predomina no sexo masculino, não tende a disseminar-se, e recidiva menos frequentemente que a forma juvenil. A sua apresentação faz-se, mais comumente, sob a forma de disфонia, infecções respiratórias de repetição ou sintomas que simulam doenças pulmonares obstrutivas. A realização de exames de imagem pode, eventualmente, demonstrar a presença de achados sugestivos da doença, como a associação de nódulos pulmonares sólidos e/ou cavitados, com lesões vegetantes nodulares na traqueia e/ou nos brônquios principais, mas o método ideal para o diagnóstico é a broncoscopia,

uma vez que é um procedimento diagnóstico e terapêutico, permitindo a ressecção das lesões e o seu estudo anatomopatológico. Em 1-10% dos casos de PLTB, está descrito a degeneração maligna para carcinoma de células escamosas, em geral ocorrendo após a irradiação ou quimioterapia, ou em pacientes com história de tabagismo. Apesar dos múltiplos protocolos de tratamento, nenhum é realmente eficaz e a recorrência é comum, necessitando os doentes de frequentes procedimentos broncoscópicos.

Palavras chave: *Papiloma. Neoplasia da traqueia. Broncoscopia.*

P-016. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: ROS1-POSITIVO E CRIZOTINIB

M. Braz, A.C. Ferreira, M. Silva, A. Alarcão, A. Figueiredo, L. Carvalho, F. Barata

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

Introdução: A descoberta de uma variedade de alterações moleculares e genéticas no cancro do pulmão não pequenas células (CPNPC) tem proporcionado uma terapêutica mais individualizada, como por exemplo os inibidores do *epidermal growth factor receptor (EGFR) tyrosine kinase* (gefitinib e erlotinib) e o inibidor do *anaplastic lymphoma kinase (ALK)* (crizotinib) para CPNPC que têm a fusão do gene ALK. O *C-ros oncogene 1 (ROS1) receptor tirosina quinase (RTK)* surgiu recentemente como um alvo terapêutico potencialmente relevantes em CPNPC.

Caso clínico: Entre Novembro de 2015 e Junho 2016 identificaram-se quatro doentes ROS1 positivos. Um desses doentes, é um homem de 41 anos, que nunca fumou, com o diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão, estágio IV, *performance status (PS)* 1, cujo estudo molecular foi negativo para EGFR e ALK em Novembro de 2014. Iniciou cisplatina e pemetrexed em primeira linha de tratamento com resposta parcial. Manutenção com pemetrexed. Em Julho de 2015 houve progressão tumoral pelo que se iniciou uma segunda linha de tratamento - docetaxel - que decorre com elevada toxicidade. O paciente realizou um novo estudo molecular ROS1 positivo. Em Novembro 2015, começou-se crizotinib (250 mg 2id), com resposta parcial importante e PS 0 em Maio de 2016. Porém, em Julho de 2016, na sequência de toxicidade, houve necessidade de reduzir a dose para 200 mg 2id. Este caso destaca a necessidade de caracterizar de forma mais assertiva o perfil molecular dos tumores de modo a permitir um tratamento mais personalizado. Sabe-se agora que os adenocarcinomas ROS1 positivos são encontrados em cerca de 1,8-2% dos doentes com CPNPC. O *screening* do ROS1 em doentes com adenocarcinoma sem mutações oncogênicas prévias conhecidas pode ser uma estratégia eficaz para encontrar rearranjos ROS1 e iniciar o tratamento com crizotinib.

Palavras chave: *Cancro do pulmão não pequenas células. ROS1. Crizotinib.*

P-017. UM CASO DE AMAUROSE UNILATERAL COM PONTO DE PARTIDA PULMONAR

M. Lopes, D. Canário, C. Monge, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso que ilustra uma apresentação inicial incomum de um adenocarcinoma pulmonar, sob a forma de descolamento de retina. Trata-se de um doente do sexo masculino de 43 anos de idade, pedreiro, fumador de 30 UMA. Como antecedentes pessoais destaca-se leucemia linfóide aguda na infância. Negava necessidade habitual de medicação. Iniciou em Dezembro de 2015 um quadro rapidamente progressivo de diminuição da acuidade visual do olho esquerdo, acompanhado por hiperémia, dor ocular, fotofobia e cefaleia hemicraneada homolateral

tipo moinha, sem predomínio de horário. Cerca de 2 semanas após o início dos sintomas recorreu ao serviço de urgência hospitalar, tendo sido observado por Oftalmologia, onde lhe foi diagnóstico um descolamento de retina. Foram lhe prescritos vários tratamentos tópicos sem melhoria sintomática. Em abril de 2016 iniciou tosse seca, no entanto, negava febre, cansaço, pieira ou dispneia. Durante os 5 meses de evolução do quadro referia anorexia e perda ponderal de aproximadamente 5 Kg (10% peso total). Em maio de 2016 realizou uma ressonância magnética da órbita esquerda que evidenciava uma lesão coroideia possivelmente neoplásica, uma lesão expansiva óssea frontal, uma lesão extra-axial no osso temporal direito e uma lesão no pedúnculo cerebral esquerdo. No contexto de possível doença metastática, para localização de tumor primário realizou em maio de 2016 tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica. Este exame revelou uma massa heterogênea espiculada que moldava circunferencialmente a veia pulmonar superior direita. Esta massa condicionava condensação pós obstrutiva que ocupava o segmento posterior e anterior do lobo superior direito. Era visível um conglomerado adenopático hilar direito e infracarinal de difícil mensuração pela coalescência das lesões. Em ambos os campos pulmonares existiam micronódulos dispersos. O trajeto do esfago encontrava-se envolvido pela massa ao nível da região da carina sem plano lipomatoso entre as duas estruturas. Na glândula supra-renal esquerda existia um nódulo de 15 x 13 mm. O doente realizou broncofibroscopia onde se identificou uma infiltração neoplásica do 1/3 inferior da traqueia com envolvimento da carina, da árvore brônquica direita e da vertente justa-carinal do brônquio principal esquerdo. As biópsias brônquicas foram compatíveis com adenocarcinoma pulmonar com rearranjo do ALK positivo. Realizou ainda cintigrafia óssea que revelou hiperfixação a nível da região frontal direita, da região cervical, D6 e de D11. O doente iniciou quimioterapia com tratamento com Cisplatina e Pemetrexed enquanto aguardava o resultado da pesquisa de mutações. Encontrava-se atualmente no 2º ciclo de quimioterapia que tem tolerado sem intercorrências.

Palavras chave: *Adenocarcinoma pulmonar. Amaurosis. Descolamento da retina.*

P-018. ROUQUIDÃO COMO APRESENTAÇÃO DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS: IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO PRECOCE

F. Godinho Oliveira, F. Teixeira Lopes, E. Brysch, A.I. Coutinho, L. Carvalho, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente.

Introdução: O carcinoma de pequenas células é um carcinoma neuroendócrino, de comportamento agressivo, apresentando um rápido crescimento assim como metastização a longa distância (hepática, óssea, supra-renal e cerebral), sendo diagnosticado preferencialmente dos 60 aos 80 anos. A parésia do nervo laríngeo recorrente e do nervo frénico são complicações raras deste tipo de tumor.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 55 anos, fumador de 50 UMA, comerciante, sem outros antecedentes relevantes. Apresentava quadro de disфонia de agravamento progressivo, com dois meses de evolução, tendo realizado uma laringoscopia, com evidência de parésia da corda vocal esquerda. O doente foi internado por rouquidão e expectoração hemoptóica, encontrando-se hemodinamicamente estável, sem hipoxémia. Da avaliação complementar realizada destaca-se na radiografia do tórax um alargamento do mediastino, subida da hemicúpula diafragmática esquerda, hipotransparência de contornos espiculados no lobo superior esquerdo (LSE) e para-hilar esquerda. Laboratorialmente salienta-se: PCR (4,19 mg/dL), CEA (15,7 ng/mL), NSE (42,4 ug/L). Exame bacteriológico da expectoração com isolamento de *Haemophilus influenzae* sensível a amoxicilina-ácido clavulânico

co, azitromicina e cotrimoxazol. Para caracterização das imagens identificadas na radiografia torácica, realizou uma tomografia computadorizada (TC) torácica que destacava dois focos de condensação heterogêneos, não nodulares, de contornos irregulares e espiculados com 17 mm e 26 mm, no LSE; nos segmentos ápico-posterior e anterior do LSE, evidência de foco de condensação heterogêneo (infiltrado mal definido com algum broncograma aéreo). Enfisema centro-lobular e para-septal superior e interno à esquerda. Conglomerados adenopáticos mediastínicos: pré-vasculares, mediastino ant-sup, peri-vasculares e peri-aórtico, peri-hilar esquerdo, região do hilo à direita e infra-carinal. Realizou uma broncofibroscopia, verificando-se parésia da corda vocal esquerda, alargamento do esporão de divisão do LSE, mucosa de aspecto irregular, hiperemiada e edemaciada em toda a parede do BLS, diminuição do orifício do B1/2. Envolvimento neofornativo do LSE sub-mucoso, cuja biópsia brônquica identificou carcinoma de pequenas células do pulmão. BK directo e exame bacteriológico do lavado broncoalveolar foram negativos. Efectuou ainda outros exames imagiológicos, nomeadamente: TC do pescoço destacando-se parésia da corda vocal esquerda por compromisso do trajecto do nervo laríngeo recorrente, no território da janela aortopulmonar, por evidência de conglomerado adenopático volumoso; conglomerado adenopático em localização pré-vascular alta; nódulo neoplásico no ápex pulmonar esquerdo. TC crânioencefálica, abdominal e dos ombros sem evidência de lesões secundárias. Foram admitidos os diagnósticos de carcinoma de pequenas células, associado a parésia do nervo laríngeo recorrente e do nervo frénico e pneumonia adquirida na comunidade. Cumpriu antibioterapia dirigida com melhoria sintomática, mantendo apenas a rouquidão e o doente foi referenciado para a consulta de pneumologia oncológica. Destaca-se a importância do estudo da etiologia da rouquidão assim como da elevação das cúpulas diafragmáticas encontradas em exames imagiológicos de rotina, uma vez que pode estar subjacente um processo neoplásico cujo diagnóstico e estadiamento precoce é determinante para o prognóstico do doente. De salientar que o tabagismo mantém-se a principal causa do carcinoma de pequenas células, pelo que cerca de 98% dos doentes com este diagnóstico, apresentam história tabágica prévia.

Palavras chave: Rouquidão. Carcinoma células pequenas. Nervo laríngeo recorrente. Nervo frénico. Diafragma. Oncologia.

P-019. MUDANÇA HISTOLÓGICA DE CANCRO DO PULMÃO. CASO CLÍNICO

J. Dias Cardoso¹, A. Teixeira¹, C. Martins¹, A. Ribeiro², C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: As mutações do receptor do factor de crescimento epidérmico (EGFR) ocorrem em 10-20% dos carcinomas não pequenas células do pulmão (NSCLC) e associam-se a resposta a inibidores da tirosina cinase (EGFR-TKI's), melhorando a sobrevida livre de progressão com toxicidade aceitável. Contudo, quase a totalidade dos NSCLC com mutações EGFR desenvolve resistências aos EGFR-TKI's. Apesar de as mutações mais comuns serem a mutação EGFR T790 Gatekeeper, a transformação em carcinoma pequenas células (SCLC) é um mecanismo adicional, sendo propostas três transformações. Primeiro, a diferenciação a partir de uma neoplasia previamente bem definida; segundo, origem semelhante de uma célula progenitora; e terceiro os dois componentes estão presentes ao diagnóstico inicial mas o material biológico disponível é limitado.

Caso clínico: Relatamos o caso de uma mulher de 59 anos, caucasiana, não fumadora, referenciada em fevereiro de 2014 por quadro de cefaleia intensa com 4 meses de evolução, diagnosticando-se lesão ocupante de espaço da fossa posterior, pelo que realizou craniotomia retromastoideia com remoção macroscópica total. O exame histológico revelou metástase de NSCLC favorecen-

do adenocarcinoma. Foi efectuada pesquisa de mutações no gene EGFR identificando-se mutação do exão 21. O estudo imagiológico mostrou massa sólida pulmonar no lobo inferior esquerdo (LIE) medindo 6,4 x 5,6 x 3,6 cm, invadindo a asa inferior da grande cisura contactando com a pleura costal, nódulos contralaterais e nódulos hepáticos sugestivos de metástases. A broncofibroscopia revelou infiltração do brônquio principal esquerdo até ao LIE com redução de lúmen. Em março de 2014 iniciou tratamento com radioterapia holocraneana e gefitinib 250 mg/dia, completando 6 ciclos com redução lesão hilar esquerda e de metástases contralaterais e hepáticas. Optou-se por iniciar perimetrexado e cisplatina como manutenção. Em janeiro de 2015, em avaliação imagiológica documentou-se progressão com aumento da lesão hilar esquerda condicionando atelectasia pulmonar esquerda e aumento metástases contralaterais e hepáticas. Realizou broncofibroscopia rígida e laser argon para redução tumoral endoluminal, sendo realizadas biópsias brônquicas cujo estudo histológico revelou SCLC. Nessa data iniciou tratamento dirigido com etoposido realizando 3 ciclos, contudo com progressão e metastização óssea de novo, acabando o doente por falecer em agosto de 2015.

Discussão: Em doentes jovens, não fumadores, com NSCLC com mutações EGFR tratados com EGFR-TKI's com progressão de doença após a fase de estabilização, a aquisição de resistência deve ser suspeitada, sendo importante manter vigilância apertada e adquirir mais material biológico para uma completa reavaliação histológica, permitindo redirecionar correctamente a terapêutica oncológica.

Palavras chave: Cancro pulmão. Receptor do factor de crescimento epidérmico. Inibidores da tirosina cinase.

P-020. "ENQUANTO HÁ VIDA" - UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDAR PARA ALÉM DA CURA EM CANCRO DO PULMÃO

C. Dantas¹, N. Murinello¹, R. Rosa¹, T. Sá¹, D. Pombo¹, A. Cardoso², S. Silva³, D. Silva¹, M. Emiliano¹, A.S. Santos¹, J. Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. ²Serviço de Medicina Paliativa, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC). ³Serviço de Psicologia Clínica, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta.

Introdução: Nos doentes com cancro do pulmão metastizado uma abordagem multidisciplinar em Cuidados Paliativos assume particular importância, quer no controlo dos sintomas, quer na componente social, psicológica e espiritual. Num estudo a integração precoce de cuidados paliativos em associação com cuidados oncológicos *standard* nos doentes com cancro do pulmão resultou num aumento da sobrevida e melhoria clínica significativa na qualidade de vida e humor. Pretende-se apresentar o caso-clínico de uma doente com adenocarcinoma do pulmão estágio IV com metastização extensa e evolução rapidamente fatal, analisando e ressaltando o envolvimento multidisciplinar nas várias fases de acompanhamento da doente, integrando progressivamente a vertente paliativa do cuidar. O caso representa o complexo desafio em que consiste o doente em estágio paliativo, no que respeita ao atendimento global e multidisciplinar das suas necessidades físicas, psicossociais e espirituais. **Caso clínico:** Mulher de 47 anos, sem antecedentes relevantes, que em consulta de Pneumologia foi diagnosticada com adenocarcinoma do pulmão estágio IV (EGFR negativo), com metastização multiorgânica muito extensa, com Performance Status 1. Duas semanas após a primeira consulta internamento electivo para controlo de dor de intensidade e limitação progressiva, esclarecimento de quadro agudo de vômitos e icterícia, e agitação do plano de tratamento. Durante o internamento a equipa deparou-se com vários desafios oncológicos, nomeadamente: o controlo algico osteoarticular, conseguido através da escalada de analgésicos; quadro de delirium e depressão, parcialmente estabilizados com medicação e

apoio psicológico; quadro de oclusão intestinal alta por infiltração tumoral, complicada por obstrução das vias biliares e do piloro, com necessidade de intervenção gastroenterológica para colocação de próteses. Houve sempre apoio da equipa de Cuidados Paliativos para a gestão e optimização de sintomas refractários. Estas intercorrências, aliadas ao progressivo compromisso da via oral e complicadas de hemorragia digestiva alta, levaram a um declínio acentuado do estado da doente, inviabilizando o início de terapêutica oncológica, acabando por se dirigir os cuidados, nesta fase avançada, ao conforto da doente. Paralelamente, e com o apoio da Psicologia e Serviço Social, foi possível que a doente se reunisse com familiares, bem como foi pedida uma visita do padre da Igreja Ortodoxa e, apesar das limitações, permitiu-se que a doente se deslocasse ao jardim conforme o seu desejo. Estes pequenos esforços permitiram confortar e dar sentido aos últimos dias de vida desta doente, apesar do seu sofrimento. A mesma veio a falecer tranquilamente, sob sedo-analgésia, ao 38º dia de internamento, cerca de dois meses após o diagnóstico.

Discussão: Neste caso salienta-se a complexidade do controlo sintomático, que exigiu envolvimento multidisciplinar (Pneumologia, Oncologia, Gastroenterologia, Medicina Paliativa, Psicologia e Serviço Social), tendo a equipa cuidadora mobilizado e gerido os vários recursos necessários. Confrontada com uma doente com doença incurável e progressiva, a equipa conseguiu atender globalmente às várias dimensões da pessoa, permitindo que os desejos da mesma fossem cumpridos numa fase final de vida. A ERS salienta a crescente necessidade da Pneumologia estabelecer equipas com competências cada vez mais abrangentes, promovendo uma cooperação multidisciplinar de forma a integrar os cuidados paliativos na abordagem da patologia oncológica pulmonar.

Palavras chave: Cuidados paliativos. Cancro pulmão. Adenocarcinoma.

P-021. A FACE OCULTA DE UM PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

C. Dantas¹, J.E. Reis², R. Carvalho³, L. Semedo¹, A.S. Santos¹, D. Silva¹, J. Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Cardioráscica, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. ³Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC).

Introdução: Pneumotórax espontâneo é um evento clínico pouco frequente na população em geral, sendo frequentemente associado a bolhas de enfisema. Uma outra etiologia rara é a doença oncológica, correspondendo a menos de 5% de todos os pneumotóraxes espontâneos, quer sob a forma de lesão primária quer de metástases pulmonares.

Caso clínico: Neste trabalho descreve-se o caso de um homem de 24 anos, não fumador, seguido em consulta de Pneumologia por défice de alfa-1 anti-tripsina fenótipo PiSS, sem antecedentes pessoais relevantes, com um quadro de tosse e dispneia ligeira com 3 semanas de evolução. Em consulta de rotina foi identificado um volumoso pneumotórax espontâneo à direita, com necessidade de colocação drenagem torácica. A TC-torácica de controlo revelou múltiplas lesões nodulares parenquimatosas bilaterais de novo, sugestivas de lesões metastáticas pulmonares. No extenso estudo imagiológico realizado posteriormente foi identificada uma lesão osteolítica no ilíaco esquerdo, que foi alvo de biópsia aspirativa sem sucesso na caracterização histológica. Por persistência do pneumotórax optou-se por realizar VATs para talcagem pleural e ainda ressecção atípica de 3 nódulos pulmonares periféricos para nova tentativa de obtenção de diagnóstico histológico. Sarcoma de Ewing no ilíaco esquerdo com metastização pulmonar múltipla foi

o diagnóstico final, cuja apresentação inicial consistiu num pneumotórax secundário.

Discussão: Os sarcomas são tumores de tecidos de origem mesenquimatosa, sendo a metastização pulmonar a mais frequente, contabilizando 20% das complicações destes doentes. Maioritariamente o pneumotórax espontâneo em associação com sarcoma surge após tratamento com quimio e/ou radioterapia, contudo são raros os casos descritos acerca desta entidade como apresentação inicial desta doença oncológica em questão. Prentede-se com este caso clínico invulgar descrever a apresentação pouco frequente e inespecífica deste pneumotórax e paralelamente salientar a raridade do facto desta ser a manifestação primária de um sarcoma em estágio avançado com envolvimento pulmonar.

Palavras chave: Pneumotórax espontâneo. Sarcoma Ewing.

P-022. UM CASO RARO DE CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS COM METASTIZAÇÃO PITUITÁRIA E TIROIDEIA?

C. Matos¹, M. Felizardo¹, F. Peralta Branco², J.A. Teixeira², J. Passos Coelho², S. Tello Furtado¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Oncologia Médica, Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) representa 10-15% de todos os cânceros do pulmão e caracteriza-se pelo seu rápido crescimento, elevada resposta à quimio e radioterapia e desenvolvimento de resistência ao tratamento em doentes com doença avançada. Dois terços dos doentes apresentam doença em estágio avançado no momento do diagnóstico.

Caso clínico: Apresentamos um caso de uma doente do sexo feminino, 43 anos, fumadora 20 UMA, com antecedentes pessoais relevantes de miocardiopatia hipertrófica de causa não esclarecida. Recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria por quadro súbito de hemianópsia bitemporal, sem outras queixas neurológicas e/ou de outros órgãos ou sistemas. Realizou TC-CE e posteriormente RMN-CE que evidenciaram a presença de uma lesão expansiva selar e supra-selar com 25 mm de maior eixo. Analiticamente destacou-se hipotiroidismo. Foi avaliada na Neurocirurgia e submetida a cirurgia por via transfenoidal, com remoção incompleta da lesão. A histologia da peça foi compatível com metástase de carcinoma neuroendócrino de provável origem pulmonar (TTF1+), com Ki67 80%. Efetuou radioterapia estereotáxica fracionada 20 Gy. Realizou TC tóraco-abdomino-pélvica que mostrou uma lesão pulmonar no lobo inferior esquerdo com 13 mm de maior diâmetro, adenomegalias mediastínica (4L com 17 mm) e hilares homolaterais (10L com 14 mm, 11L com 13 mm), adenomegália cervical profunda esquerda com 11 mm, 2 micronódulos no lobo superior direito e uma lesão expansiva tiroideia com 39 mm. A PET-TC mostrou captação suspeita nas lesões observadas na TC, com SUV máximo de 3,87 na lesão pulmonar, 10,87 na adenopatia mediastínica, 12,77 nas adenopatias hilares e 14,54 no nódulo tiroideu. Os resultados da citologia aspirativa da lesão da tiróide e da adenopatia 4L, foram idênticos ao da histologia da hipófise (calcitonina negativa na avaliação imunohistoquímica). Admitido o diagnóstico de carcinoma pulmonar de pequenas células estágio IV e iniciada quimioterapia com duplo de platina e etoposido. A reavaliação após três ciclos evidenciou regressão do nódulo tiroideu, do nódulo pulmonar existente na base esquerda e das adenomegalias mediastínica e hilares. A doente mantém-se sob terapêutica.

Discussão: A metastização hipofisária é rara, constituindo aproximadamente 1% dos tumores pituitários. São mais frequentes entre a 6ª-7ª décadas de vida e em cerca de 24% dos casos têm origem pulmonar (com igual frequência no CPPC e no carcinoma pulmonar não pequenas células). De forma semelhante a incidência de metástases tiroideias é muito baixa, cerca de 4% dos tumores tiroideus. Em algumas séries publicadas o pulmão foi identificado como ori-

gem primária em 16% dos casos sendo o adenocarcinoma o subtipo mais frequentemente associado. Com este caso os autores pretendem mostrar 2 locais de metastização rara do CPPC que, aliados à forma de apresentação pouco frequente levantaram várias dúvidas diagnósticas.

Palavras chave: Cancro. Metástases.

P-023. RUTURA ESPLÉNICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE TUMORES SÍNCRONOS: CASO CLÍNICO

A. Cunha, J. Correia, T. Abrantes, J. Silva, M. Sousa, V. Melo, R. Nunes, A. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A rutura esplénica é uma emergência potencialmente fatal que se classifica como traumática, espontânea ou patológica. A denominação rutura esplénica patológica (REP) define a rutura, não traumática, que ocorre num baço doente. Entre as etiologias mais comuns de REP encontram-se doenças infecciosas, neoplasias hematológicas, doenças metabólicas e vasculares.

Caso clínico: Homem de 69 anos de idade, ex-fumador, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Admitido a internamento por queixas de prostração, vômitos, tonturas e toralgia difusa com três dias de evolução. Negava dor abdominal, história de queda, traumatismo ou perdas hemáticas recentes. À admissão: obnubilado e hipotenso; abdómen doloroso à palpação dos quadrantes inferiores, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente com anemia normocítica normocrômica (Hb 10,7 g/dL), leucocitose (12.700), hiponatremia (110 mEq/L) e lesão renal aguda (creatinina de 1,7 mg/dL). Em 6 horas teve um decréscimo de hemoglobina de 4 g/dL sem perdas hemáticas visíveis, com necessidade de suporte transfusional. À reavaliação apresentava abdómen distendido e difusamente doloroso. Realizou ecografia abdominal que demonstrou baço volumoso e heterogéneo, com áreas hipocogénicas, hemoperitoneu. Foi submetido a laparotomia exploradora que confirmou rutura esplénica com necessidade de esplenectomia. Durante o procedimento foi identificada uma lesão hepática suspeita de localização secundária. No pós-operatório, fez TC toraco-abdominal que revelou nódulo no lobo pulmonar superior esquerdo e confirmou nódulo no lobo hepático direito. O exame anatomopatológico do baço foi compatível com linfoma periférico de células T. Na biópsia da medula óssea não se verificou haver invasão pelo linfoma. Posteriormente, foi realizada biópsia percutânea da lesão hepática compatível com metástase de carcinoma pulmonar de pequenas células. O diagnóstico foi confirmado por biópsia transtorácica do nódulo pulmonar. Estes achados são consistentes com linfoma T periférico e carcinoma pulmonar de pequenas células (estádio IV) síncronos. Por não reunir condições para iniciar tratamento optou-se por medidas de conforto. O doente acabou por falecer três meses após admissão hospitalar.

Discussão: São raros os casos descritos na literatura de neoplasias pulmonares e linfomas síncronos. A etiopatogenia das neoplasias síncronas é complexa e inclui fatores genéticos e ambientais, imunodeficiências e vários agentes infecciosos. O tratamento de tumores síncronos exige não só a compreensão do comportamento biológico de cada uma das neoplasias como da toxicidade cumulativa dos diferentes fármacos.

Palavras chave: Tumores síncronos. Carcinoma pulmonar de pequenas células. Linfoma. Rutura esplénica.

P-024. TUMORES NEUROGÉNICOS. A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS!

M. Oliveira¹, M. Reis^{1,2}, J.M. Silva^{1,2}, G. Samouco¹, F. Carriço¹, F. Fernandes¹, J. Parreira¹, R. Gomes^{1,2}

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda.* ²*Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.*

Introdução: Cerca de 20% dos tumores mediastínicos têm origem neurogénica. Os mais comuns são os schwannoma, sendo frequentes na cabeça, pescoço e extremidades, no tórax predominam no mediastino posterior. Tem uma maior incidência na 3ª à 5ª década de vida, não diferindo com o género. Usualmente são benignos, solitários e assintomáticos. A identificação ocorre maioritariamente de forma incidental nos exames imagiológicos. A cirurgia de ressecção e análise imuno-histoquímica confirmam o diagnóstico. A recorrência e a transformação maligna são raras.

Casos clínicos: Doente do sexo feminino, 64 anos de idade. Trabalhadora rural. Antecedentes pessoais: prolapso da válvula mitral e tireoidectomia direita. Não fumadora. Encaminhada à consulta de Oftalmologia por diminuição da acuidade visual. Clinicamente com síndrome de Claude-Bernard-Horner à direita. TC cervical e torácica: Identificação de massa arredondada de contornos bem definidos, com densidade de tecidos moles na região superior do tórax bilateralmente. Doente do sexo feminino, 69 anos de idade. Trabalhadora rural. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2 e HTA. Não fumadora. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor localizada no hipocôndrio direito com irradiação ao hemitórax homolateral, com um dia de evolução. Telerradiografia do tórax e TC do tórax: Identificação de formação nodular homogénea de limites bem definidos localizada no vértice do pulmão direito. Doente do sexo feminino, 66 anos de idade. Doméstica. Antecedentes pessoais: glaucoma, síndrome vertiginosa e depressão. Não fumadora. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro de dor a nível da região hipogástrica, poliúria, urgência urinária, disúria e hematúria, com um dia de evolução. Telerradiografia do tórax com aumento do índice cardio-torácico, sem evidência de focos ou lesões nodulares. TC abdominal: Pequeno derrame pleural bilateral e área de densificação parenquimatosa do pulmão esquerdo, justa-aórtica. TC do tórax: Hérnia de hiato. Marcada diminuição do lúmen do LIE. Formação de densidades de tecidos moles hilar inferior esquerda com 37,5 mm, sem plano de clivagem com as veias pulmonares esquerdas e com plano de clivagem duvidoso com a aurícula esquerda e com a aorta descendente. Em todos os casos, as doentes foram submetidas a cirurgia com intuito diagnóstico e terapêutico.

Discussão: Os schwannomas podem simular neoplasias pulmonares nos exames imagiológicos, no entanto, são tumores de crescimento lento, geralmente solitários, benignos e assintomáticos. O prognóstico é bom, sendo a cirurgia geralmente curativa. O seguimento destes casos é extremamente importante porque, embora raro, podem sofrer transformação maligna.

Palavras chave: Tumores neuroendócrinos. Schwannoma.

P-025. CAUSAS IMEDIATAS DE MORTE EM DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO

M. Afonso, J. Cemlyn-Jones

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: O cancro do pulmão é a segunda neoplasia maligna mais frequente e primeira no que se refere a mortalidade, em ambos os géneros. As causas imediatas de morte dos doentes com este diagnóstico são, contudo complexas e frequentemente registadas incorrectamente dada a dificuldade na valorização do impacto da carga neoplásica em relação a outras possíveis causas, intercorrências e factores contribuidores.

Objectivos: Categorizar as causas imediatas de morte dos doentes com diagnóstico de cancro do pulmão.

Métodos: Foi feita a exploração da base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogêneo (GDH) dos episódios de internamento no CHUC com diagnóstico (primário ou secundário) de neoplasia maligna primitiva do pulmão, falecidos no intervalo de 01.01.2009 a 31.12.2015 e foram revistos dados clínicos relevantes relativos aos episódios identificados.

Resultados: Da pesquisa efectuada obtiveram-se 347 resultados, dos quais foram excluídos 50 por ausência de diagnóstico histológico confirmatório. Dos 297 com diagnóstico confirmado de cancro do pulmão, 233 eram homens (78%) e 64 mulheres (22%), com uma média de idade de 66 anos (entre 22 e 89 anos). Histologicamente verificaram-se 130 casos de adenocarcinoma (44%), 56 de carcinoma de células escamosas (19%), 49 de carcinoma de pequenas células (19%), 20 de carcinoma pleomórfico (7%), 15 de carcinoma adenoscamoso (5%), 15 de carcinoma de grandes células (5%), 7 de tumor carcinóide maligno (2%) e 5 de carcinoma sarcomatóide (2%). A carga tumoral foi a causa imediata de morte mais frequente, correspondendo a 41% dos casos (145 doentes), incluindo 100 casos de estágio terminal/doença disseminada. Infecção foi a causa imediata de morte em 32% dos casos (94 doentes), 88 casos com foco pneumónico (destes 7 casos associados a neutropenia febril pós-quimioterapia, 3 casos a necrose de lesão tumoral primitiva e 4 casos a alteração do estado de consciência com metastização cerebral) e 6 casos com foco extra-torácico (3 de urosepsis, 1 de pancreatite aguda e 2 de abscessos cerebrais pós-recensão de metástases). Complicações associadas a metástases ocorreram em 29 casos (10%), todos associados a metastização cerebral. As causas imediatas de morte nos restantes casos foram: em 20 doentes tromboembolia pulmonar (7%); em 3 casos hemorragia brônquica por invasão endobrônquica (1%); e 6 casos atribuíveis a uma miscelânea de outras causas (2%).

Conclusões: A carga tumoral foi no caso deste trabalho a causa imediata de morte mais frequente, em concordância com os dados publicados na literatura. Contudo outras intercorrências e complicações, algumas potencialmente reversíveis, tiveram ainda um impacto significativo, permanecendo relevantes os esforços na sua prevenção e monitorização.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Causas imediatas de morte. Carga tumoral.

P-026. CANCRO DO PULMÃO: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA

R. Paulinetti Câmara¹, M. Felizardo², C. Matos², J. Passos Coelho³, S. Tello Furtado²

¹Interno do Ano Comum; ²Serviço de Pneumologia; ³Serviço de Oncologia Médica, Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: O Hospital Beatriz Ângelo é um hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde, que foi inaugurado em 2012. Serve uma população de cerca de 278.000 habitantes e constituiu um marco na oferta de cuidados de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo. A oncologia é uma das áreas nobres do hospital e centraliza todos os tumores exceto hematológicos e sarcomas. O cancro do pulmão foi desde o início uma das patologias mais prevalentes, sendo atualmente a 3ª neoplasia mais comum. A pneumologia oncológica integra-se na oncologia e é abordada no seu todo por pneumologistas.

Métodos: Os autores analisaram retrospectivamente os processos clínicos dos doentes seguidos em Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica de maio 2012 a abril 2016, de acordo com características demográficas, fatores de risco, comorbilidades, forma de apresentação da doença e abordagem diagnóstica, classificação histológica, estadiamento clínico, terapêutica realizada e *outcome*. **Resultado:** Neste período temporal foram avaliados e seguidos 338 doentes, dos quais 76,6% do sexo masculino, com uma idade média de 66,5 ± 10,4 anos (mínimo 36, máximo 90). Cerca de 80% apre-

sentava hábitos tabágicos ativos ou passados. No que diz respeito às comorbilidades, verificou-se que 60% tinham história de patologia cardiovascular, 48% doença pulmonar obstrutiva crónica, 19% diabetes mellitus tipo 2 e 2,7% apresentavam história de uma segunda neoplasia. As formas mais frequentes de apresentação foram a pneumonia (25%), sintomas constitucionais (15%) e sintomas condicionados pela metastização tumoral (13%). O diagnóstico histológico foi obtido, na maioria dos casos por biópsia brônquica (45%). O tipo histológico mais frequentemente encontrado foi o adenocarcinoma (52%), seguido de carcinoma epidermoide (25%). À data do diagnóstico a maioria dos doentes apresentava *performance status* ECOG 1 (47,9%) e encontrava-se no estágio IV (59,2%), seguido dos estágios IIIA (10,9%). Em 52% dos doentes foi realizada terapêutica com intenção paliativa, em 33% com intenção curativa e os restantes foram candidatos a *Best Supportive Care*. Em 70 doentes (21%) foi realizada cirurgia com intenção curativa. Nos doentes mudados verificou-se que 70% dos doentes foram medicados com inibidores da tirocina-cinase como terapêutica inicial. Relativamente ao *outcome*, registaram-se 199 óbitos (59%), 80% dos quais foram doentes cuja abordagem inicial foi paliativa.

Conclusões: Podemos verificar que estes números espelham uma experiência ainda curta, mas já bastante ilustrativa de que os dados estão de acordo com os do resto do país. O Hospital Beatriz Ângelo veio colmatar uma necessidade reconhecida na oferta de cuidados hospitalares à população da nossa região e a oncologia constitui uma das suas áreas privilegiadas. O cancro do pulmão é uma entidade complexa, com diagnóstico e tratamento desafiantes que exigem uma equipa multidisciplinar especializada e dedicada, na qual a pneumologia oncológica assume um papel fundamental.

Palavras chave: Oncologia. Cancro.

P-027. INTERNAMENTOS NÃO PROGRAMADOS EM DOENTES COM NEOPLASIA DO PULMÃO

C. Cruz, P.S. Santos, M.B. Paiva

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

Introdução: Os internamentos não programados em doentes com neoplasia pulmonar são frequentes e representam uma significativa proporção dos internamentos na enfermaria de Pneumologia. As causas dos internamentos podem estar relacionadas com a neoplasia ou a terapêutica dirigida à mesma, mas em alguns casos estão relacionadas com situações não neoplásicas. A avaliação dos motivos de internamento é importante, na medida em que a melhoria dos cuidados de retaguarda a estes doentes, nomeadamente com um bom apoio domiciliário e de cuidados paliativos, permite em algumas situações, evitar o internamento.

Objectivos: Avaliar os motivos de internamentos não programados e a mortalidade em doentes com o diagnóstico de neoplasia do pulmão numa enfermaria de Pneumologia de um Hospital Central.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes internados com o diagnóstico de neoplasia do pulmão, no período de um ano, num serviço de Pneumologia de um Hospital Universitário. Procedeu-se ao levantamento das cartas de alta dos internamentos dos doentes com diagnóstico de neoplasia do pulmão e à revisão dos processos clínicos com a análise da idade, género, tipo histológico, motivo e tempo de internamentos e mortalidade.

Resultados: No período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2014, ocorreram 204 internamentos de doentes com neoplasia do pulmão. 38 (18,6%) corresponderam a internamentos eletivos para realização de procedimentos ou terapêutica dirigida à neoplasia, enquanto 166 (81,4%) ocorreram de forma não programada. Os 166 internamentos não programados corresponderam a 125 doentes com uma média de idades de 67,9 ± 11 anos, com um máximo de 93 anos e um mínimo de 39 anos. 69,6% (n = 87) dos doentes eram do género masculino e 30,4% (n = 38) do género feminino. A maioria

dos internamentos ocorreu em contexto infeccioso [17,5% (n = 29)] tendo-se observado 28 infeções respiratórias e 1 caso de candidíase oral e esofágica. 15,7% (n = 26) dos internamentos ocorreram por derrame pleural. Verificou-se elevada ocorrência de internamentos em contexto de metastização [11,4% (n = 19)], na sua maioria cerebral (n = 13), mas também óssea (n = 3) e hepática com insuficiência hepática associada (n = 3). As citopenias secundárias a quimioterapia corresponderam a 9,6% (n = 16) dos internamentos, tendo sido, mais especificamente, 8 por neutropenia febril e 8 por pancitopenia. Em 9,6% (n = 16) dos casos houve tromboembolia pulmonar. O agravamento do estado geral, bem como dispneia, ocorreram em 7,8% (n = 13) cada. A insuficiência respiratória foi também uma causa importante de internamento, correspondendo a 6% (n = 10). Os restantes internamentos [18,1% (n = 30)] ocorreram noutros contextos como dor, hemoptises, síndrome da veia cava superior, toxicidade gastrointestinal secundária a quimioterapia, entre outros. O tempo médio de internamento destes doentes foi de 12,2 ± 8,9 dias e a mortalidade foi de 21,7% (n = 36).

Conclusões: Os autores concluíram que a maioria dos internamentos nos doentes com neoplasia do pulmão ocorrem por motivos predominantemente relacionados com a neoplasia. No entanto, verifica-se uma elevada taxa de internamentos por motivos que poderiam ser resolvidos ou minimizados com um boa rede de apoio domiciliário e de cuidados paliativos, como sejam o agravamento do estado geral, dispneia e dor.

Palavras chave: Neoplasia do pulmão. Internamentos não programados.

P-028. AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DAS ADENOPATIAS HILARES E MEDIASTÍNICAS ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA (EBUS) COMO PREDITOR DE PATOLOGIA MALIGNA VERSUS BENIGNA

R. Campanha¹, M.J. Bernabé Barrios², S. Fernández Bussy³, F. Nogueira¹, J.L. Álvarez-Sala²

¹Pulmonology Department, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

²Pulmonology Department, Interventional Pulmonology Section, Hospital Clínico San Carlos. Complutense University, Madrid, Spain. ³Pulmonology Department, Interventional Pulmonology Section, Clínica Alemana de Santiago de Chile, Chile.

Introdução: Estudos recentes evidenciam que as características ecográficas das adenopatias hilares e mediastínicas avaliadas através de ultrassonografia endobrônquica (EBUS) são úteis para diferenciar entre uma patologia maligna versus benigna. A sonda endobrônquica permite a visualização direta das adenopatias durante a punção aspirativa e fornece informação relativa às suas características que têm valor preditivo relativamente à etiologia da doença de base (maligna versus benigna).

Objectivos: Avaliar e caracterizar as características ecográficas das adenopatias intratorácicas e observar se existem diferenças de acordo com a etiologia da doença de base (benigna versus maligna).

Métodos: Estudo retrospectivo e de análise univariável. Foram incluídos um total de 70 doentes submetidos a ultrasonografia endobrônquica (EBUS) durante um período de 6 meses (Janeiro a Junho 2016). Todos os doentes apresentavam adenopatias hilares e mediastínicas observadas na TAC de tórax e 40 (57%) apresentavam captação patológica na PET (SUV > 2,5). O equipamento utilizado foi o modelo EBUS Pentax® e as agulhas utilizadas na punção aspirativa de 22G. Todas as adenopatias foram avaliadas “*in situ*” por um anatomopatologista (ROSE “*rapid on-site evaluation*”). Um broncologista esteve presente em todos os procedimentos com a colaboração de outros colegas permitindo uma descrição homogénea das características ecográficas observadas. Foram avaliadas as seguintes características: tamanho, forma, ecogenicidade, e margens das

adenopatias. As características ecográficas foram comparadas de acordo com os resultados finais da anatomia-patológica.

Resultados: A amostra apresentou uma média de idades de 65 ± 13 anos, com predomínio do sexo masculino (61%). A técnica EBUS identificou patologia maligna em 43 doentes (61%) e patologia granulomatosa não neoplásica em 27 doentes (39%). As adenopatias secundárias a patologia maligna, apresentaram maioritariamente: tamanho superior a 1 cm (55,8%), forma redonda (67,4%), margens mal definidas (60,5%) e heterogeneidade (51,2%). As adenopatias secundárias a patologia benigna, apresentaram maioritariamente: tamanho inferior a 1 cm (51,9%), forma oval (59,3%), margens bem definidas (55,6%) e homogeneidade (51,9%). Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre as características ecográficas das adenopatias malignas versus benignas (p > 0,05).

Conclusões: As características ecográficas das imagens obtidas por EBUS ajudam a prever a etiologia maligna versus benigna da patologia de base. Fatores preditivos de adenopatias secundárias a patologia maligna foram: tamanho superior a 1 cm, forma redonda, margens mal definidas e heterogeneidade. Na patologia benigna as características ecográficas identificadas mais frequentes foram: tamanho inferior a 1 cm, forma oval, margens bem definidas e homogeneidade. Analisando as características ecográficas das adenopatias visualizadas através da técnica EBUS é possível obter uma orientação diagnóstica inicial relativa à etiologia da patologia maligna versus benigna.

Palavras chave: EBUS. Características ecográficas. Diagnóstico. Adenopatias.

P-029. CRIOBÍPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA EM DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR. EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE BRONCOLOGIA

R. Marçôa¹, M.J. Oliveira¹, D. Apolinário², S. Neves¹, S. Campainha¹, C. Nogueira¹, A. Oliveira¹, A. Loureiro², F. Costa¹, A. Sanches¹, J. Almeida¹

¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho,

²Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro.

Introdução: A criobiópsia transbrônquica (CB) tem adquirido um papel importante no diagnóstico das doenças do interstício pulmonar (ILD) dado apresentar menos riscos e complicações que a biópsia cirúrgica e uma eficácia diagnóstica superior à biópsia pulmonar transbrônquica convencional (TB). A obtenção de fragmentos maiores, mais preservados e com menos artefactos justificam a maior eficácia diagnóstica em relação à biópsia TB.

Objectivos: Descrever a população submetida a CB, a eficácia diagnóstica e as complicações da técnica.

Métodos: Realizou-se um estudo prospetivo em que foram incluídos todos os doentes submetidos a CB numa Unidade de Broncologia de um hospital de referência. Características socio-demográficas, estudo funcional respiratório, suspeita clínica, padrão imagiológico, características dos fragmentos de biópsia, diagnóstico histológico, diagnóstico final e complicações da técnica foram registadas.

Resultados: Incluíram-se 68 doentes, que se encontram caracterizados no quadro. Relativamente à CB, o pulmão direito foi biopsado em 80,9% dos casos (n = 55), em 51,5% (n = 35) analisaram-se 2 segmentos e em apenas 2 doentes se biopsaram diferentes lobos. O nº de fragmentos retirados por doente foi em média de 4 ± 1 com dimensão média de 4 ± 1 mm. Verificou-se representatividade de parênquima pulmonar em 97% (n = 66) das amostras e de pleura visceral em 22,1% (n = 15). Quanto às complicações, ocorreu pneumotórax em 15 doentes (22,1%), 13 com necessidade de drenagem torácica e não houve episódios de hemorragia grave. Alcançou-se um diagnóstico histológico em 66% (n = 45) dos casos. Foram excluídos para análise do diagnóstico definitivo 2 doentes por perda de seguimento. Após discussão em reunião multidisciplinar (RMD) e associação de dados clínicos, imagiológicos, lavado broncoalveolar e

histologia (CB), chegou-se a um diagnóstico definitivo em 56,1% dos doentes (n = 37). Os mais frequentes foram a PH (n = 6), PO (n = 5), fibrose pulmonar idiopática (n = 5), toxicidade por fármacos (n = 3) e ILD associada a conectivite (n = 3). Dos restantes 29 doentes sem diagnóstico definitivo: 8 submetidos a biópsia cirúrgica por VATS (*video-assisted thoracoscopic surgery*), 1 recusou cirurgia, 6 sem condições cirúrgicas, 8 permanecem em estudo/vigilância e em 6 estabeleceu-se um diagnóstico de trabalho com base na clínica, radiologia, evolução e RMD.

Características sociodemográficas	
Masculino [n (%)]	38 (56)
Idade [n (%)]	58 (13)
Função respiratória	
Capacidade vital forçada [mediana (mín-máx)]	85 (64-145)
Difusão do monóxido de carbono [média (DP)]	65 (17)
Índice massa corporal [média (DP)]	29,1 (6,2)
Hipertensão pulmonar (n = 42)	
Sim	4 (9,5)
Borderline	4 (9,5)
Principais suspeitas clínicas	
Pneumonia organizativa (PO)	11 (16,2)
Pneumonia hipersensibilidade (PH)	9 (13,2)
Pneumonia intersticial não específica (NSIP)	7 (10,3)
Pneumonia intersticial usual (UIP)/NSIP	7 (10,3)
Toxicidade fármacos	6 (8,8)
Pneumonia intersticial descamativa (DIP)	5 (7,4)
Hemorragia alveolar	4 (5,9)
Principais padrões imagiológicos	
Padrão reticular	15 (22,1)
Vidro despolido+espessamento septos	12 (17,6)
Vidro despolido	11 (16,2)
Consolidação parenquimatosa	10 (14,7)
DP: Desvio padrão.	

Conclusões: A CB é uma técnica útil e segura na avaliação diagnóstica das ILD. O fato da rentabilidade em termos de diagnóstico definitivo ter sido inferior à rentabilidade do diagnóstico histológico prende-se com o carácter multifatorial e interdisciplinar na avaliação destas doenças.

Palavras chave: Criobiópsia. Diagnóstico. Doenças do interstício pulmonar.

P-030. PREVENÇÕES DE BRONCOLOGIA. CASUÍSTICA DE 6 ANOS

P. Ramalho¹, V. Santos², R. Boaventura², A. Morais², G. Fernandes², A. Magalhães²

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-HG. ²Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: O regime de prevenção de broncoscopia rígida (BR) na zona Norte do país foi criado em 2004 e é assegurado pelas Unidades de Broncologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E) e do Centro Hospitalar de São João (CHSJ). Tem

como objetivo responder às situações urgentes que necessitem de procedimentos de broncoscopia de intervenção.

Objetivos: Casuística das prevenções de BR realizada no CHSJ num período de 6 anos.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos da Unidade de Broncologia entre 2010 e 2015. Foram analisados os seguintes dados: horário de realização, proveniência, dados demográficos, motivo da prevenção, tipo de exame realizado, achados endoscópicos e respetiva localização, e procedimentos de intervenção realizados.

Resultados: Foram realizadas 207 prevenções de Broncoscopia Rígida. Horário de realização: antes das 20h (137, 66,5%), depois das 20h (70, 33,5%). Proveniência: CHSJ (122, 58,9%), CHVNG/E (15, 7,2%), outros hospitais (70, 33,8%). Dados demográficos: sexo masculino (147 - 71%), sexo feminino (60, 29%); média da idade 50,3 anos (mín: 2 meses, máx: 89 anos); 37 doentes (17,9%) tinham idade pediátrica, dos quais 20 (54%) eram crianças com idade ≤ 2 anos. Os principais motivos de prevenção foram obstrução da via aérea por neoplasia (69, 33,3%), suspeita de aspiração de corpo estranho (55, 26,6%), estenose traqueal (41, 19,8%), hemoptises (32, 15,5%), outros (9, 4,3%). Em 45,6% dos doentes com obstrução por neoplasia foi colocada prótese. Dos 55 casos de suspeita de aspiração de corpo estranho, 52,7% ocorreram em crianças; em 56,4% houve extração do corpo estranho e em 40% não foi visualizada qualquer alteração. Em 55% dos doentes com estenose traqueal foi efetuada dilatação mecânica. Os procedimentos de intervenção realizados foram: introdução ou recolocação de prótese (50,24,2%), extração de corpo estranho (32, 15,5%), remoção de coágulos (32, 15,5%), dilatação (25, 12,1%), *laser* (18, 8,7%) desbridamento mecânico (15, 7,2%), realização de biópsias (5, 2,4%), *laser* e colocação de prótese (3, 1,4%). Não ocorreram complicações major. Em 26 (12,6%) exames apenas foi realizada inspeção. Um doente com neoplasia pulmonar em situação terminal não reunia as condições clínicas necessárias, tendo-se decidido pela não realização de qualquer tipo de procedimento. Quanto à localização das lesões e/ou alterações, 42% localizavam-se na traqueia e 20,8% na traqueia e brônquios.

Conclusões: Verificou-se um número significativo de prevenções de Broncoscopia Rígida no período referido. Os motivos mais frequentes foram a obstrução da via aérea por neoplasia, a suspeita de aspiração de corpo estranho e a estenose traqueal. O regime de prevenção permitiu a rápida referenciação e a resolução de situações graves e de risco de vida.

Palavras chave: Broncoscopia rígida. Prevenção. Neoplasia. Corpo estranho. Obstrução via aérea.

P-031. BRONCOFIBROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR COM EXAME DE EXPECTORAÇÃO NEGATIVO

J. Dias Cardoso¹, V. Clérigo¹, P. Monteiro², J. Rosal Gonçalves², C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

²Unidade de Pneumologia de Intervenção, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A tuberculose permanece um problema de saúde pública mundial, estimando-se que em 2014 9,6 milhões de pessoas foram afectadas por esta doença. Em Portugal, o relatório da Direcção Geral da Saúde de 2015, coloca o país no limiar dos países com baixa incidência. Contudo, os grandes centros urbanos mantêm incidência intermédia (20-50 casos por 100000 habitantes). Uma vez que menos de metade dos doentes com tuberculose activa têm exame de expectoração positivo, é muitas vezes difícil ao clínico estabelecer com certeza o diagnóstico. O objectivo do estudo foi avaliar o papel da broncofibroscopia (BFC) em doentes com suspeita clínica de tuberculose pulmonar (TP) e exame de expectoração negativo.

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo envolvendo 103 doentes com suspeita clínica de TP com exame directo negativo, submetidos a broncofibroscopia e respectivas técnicas subsidiárias, lavado brônquico (LB), lavado bronco-alveolar (LBA) e biópsia brônquica (BB). Os resultados foram considerados positivos após confirmação laboratorial microbiológica e anatomopatológica. Os dados foram obtidos da base de dados da Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital de Santa Maria no período de janeiro a dezembro de 2014, sendo realizada análise estatística com recurso a IBM-SPSS.

Resultados: Para análise estatística estavam disponíveis 103 doentes, com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos, com uma média de 54,03 anos. A maioria da amostra era do sexo masculino (68,9%, n = 71). Apurou-se que 80% (n = 83) da amostra possuía algum grau de imunossupressão, desde 35% (n = 36) era HIV positivos. Antecedentes de tuberculose pulmonar foram apurados em 32% (n = 33) dos doentes. LB e LBA foram positivos para *Mycobacterium tuberculosis* em 7,8% (n = 8), a BB foi positiva em 5,8% (n = 6). Em 68,9% (n = 71) dos doentes foi isolado outro agente microbiológico no LB ou LBA, sendo os mais frequentes o *Haemophilus influenzae* (n = 10) e o *Pneumocystis jirovecii* (n = 8). Em 1 doente foi isolado *Mycobacterium kansasii*.

Conclusões: A BFC e as suas técnicas subsidiárias parecem ter um papel importante na abordagem ao doente com suspeita clínica de tuberculose mas com exame de expectoração negativo num país com baixa incidência de tuberculose, como Portugal.

Os nossos resultados mostram uma reduzida taxa de resultados positivos para TP mas evidenciam que em doentes com algum grau de imunossupressão a BFC é uma ferramenta útil para o diagnóstico diferencial rápido.

Palavras chave: Broncofibroscopia. Tuberculose pulmonar. Exame expectoração.

P-032. CRIOBÍPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

E. Padrão, M. Sousa, P. Caetano Mota, N. Melo, S. Guimarães, C. Souto Moura, A. Magalhães, A. Morais

Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade (PH) pode ser complexo, dada a grande variabilidade de manifestações clínicas e imagiológicas, sendo por vezes a biópsia pulmonar fundamental. A realização de criobiopsias pulmonares transbrônquicas tem assumido uma importância crescente, dado possibilitar a obtenção de amostras de parênquima pulmonar com dimensão e qualidade adequadas, podendo assim evitar a realização de biópsia cirúrgica.

Objectivos: Avaliação da rentabilidade diagnóstica da criobiópsia pulmonar transbrônquica no contexto de PH, bem como descrição do perfil de segurança desta técnica.

Métodos: Análise dos casos clínicos com hipótese diagnóstica de PH, que foram submetidos à realização de criobiópsia pulmonar transbrônquica, por necessidade de confirmação histológica para exclusão de outros diagnósticos diferenciais, após avaliação prévia em reunião multidisciplinar.

Resultados: Dos 98 doentes submetidos a criobiópsia pulmonar transbrônquica entre outubro de 2014 e julho de 2016, foram incluídos 27 doentes. Apresentavam uma média de idades de 65,9 (\pm 7,6) anos, sendo 55,6% (n = 15) do sexo masculino. Na avaliação funcional, com valor médio de CFV de 82 (\pm 15,6)%, VEMS de 83,4 (\pm 15)%, CPT de 82,6 (\pm 15,4)% e DL_{CO} de 54,2 (\pm 17,5)%, sendo a pO₂ média de 76,4 (\pm 7) mmHg. Na tomografia computadorizada (TC) torácica, foram identificados como principais padrões: pneumonia intersticial usual (n = 15), mosaico (n = 6), vidro despolido (n = 4), micronódulos centrilobulares (n = 1) e cistos (n = 1). A mediana do número de biópsias efetuadas por doente foi de 4 (2-5), sendo que

em 59,3% dos casos (n = 16) se procedeu à realização de biópsias em 2 lobos diferentes. Em 88,9% dos casos (n = 24), a criobiópsia pulmonar transbrônquica permitiu um diagnóstico conclusivo, com achados histológicos compatíveis com PH. Em 3 doentes, a criobiópsia pulmonar transbrônquica não permitiu concluir o diagnóstico, tendo sido posteriormente submetidos à realização de biópsia pulmonar cirúrgica. Registaram-se como complicações a ocorrência de pneumotórax em 25,9% (n = 7) - 6 doentes submetidos a criobiópsias em 2 lobos - e hemorragia em 7,4% (n = 2).

Conclusões: Nesta série, a criobiópsia pulmonar transbrônquica assumiu-se como uma técnica de elevada rentabilidade diagnóstica nas diferentes manifestações da PH, permitindo assim evitar a realização de biópsia pulmonar cirúrgica num número significativo de doentes.

Palavras chave: Criobiópsia pulmonar transbrônquica. Pneumonite de hipersensibilidade. Rentabilidade diagnóstica.

P-033. O PAPEL DA PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA ECOGUIADA (EBUS-TBNA) NO DIAGNÓSTICO DE ADENOPATIAS MEDIASTÍNICAS E HILARES NÃO NEOPLÁSICAS

R. Campanha¹, M.J. Bernabé Barrios², M. Calderón Alcalá², J. Rigual Bobillo², P. Sanz Carabaña³, M. Saiz-Pardo⁴, M.J. Fernández Aceñero⁴, F. Nogueira¹, J.L. Álvarez-Sala²

¹Pulmonology Department, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

²Pulmonology Department, Interventional Pulmonology Section;

³Anesthesiology and Reanimation Department; ⁴Pathology

Department, Hospital Clínico San Carlos, Complutense University, Madrid, Spain.

Introdução: A punção aspirativa transbrônquica guiada por ultrassonografia (EBUS-TBNA) permite a obtenção de amostras citológicas de adenopatias mediastínicas e hilares. Tem sido descrita como uma técnica segura e eficaz na identificação de adenopatias de etiologia maligna versus benigna, incluindo a sarcoidose.

Objectivos: Avaliar a eficácia da punção aspirativa ecoguiada (EBUS-TBNA) no diagnóstico de adenopatias mediastínicas e hilares não neoplásicas e caracterizar as principais patologias benignas identificadas.

Métodos: Estudo retrospectivo. Foram incluídos um total de 172 doentes submetidos a punção aspirativa transbrônquica guiada por ultrassonografia (EBUS-TBNA) durante um período de 2 anos (Junho de 2014 a Junho 2016). Todos os doentes apresentavam adenopatias mediastínicas e hilares observadas na TAC de tórax e 119 (69%) apresentavam captação patológica na tomografia por emissão de positrões PET (SUV > 2,5). As amostras foram obtidas em médias de três estações ganglionares por doente. O equipamento utilizado foi o modelo EBUS Pentax® e as agulhas utilizadas na punção aspirativa de 22G. Todas as adenopatias foram avaliadas *in situ* por um anatomopatologista (ROSE "rapid on-site evaluation").

Resultados: A amostra apresentou uma média de idades de 66 \pm 13 anos, com predomínio do sexo masculino (63%). A técnica EBUS permitiu obter material representativo para diagnóstico em 79,3%. Foi identificada patologia maligna em 68 doentes (39,5%) e patologia não neoplásica em 28 doentes (16,3%). Em 36 casos (20,9%) as amostras não foram válidas para diagnóstico (material hemorrágico, necrótico, insuficiente). Em 40 doentes (23,3%) foi obtido material compatível com adenopatias negativas para malignidade (20% corresponderam a casos de re-estadiamento de cancro do pulmão após quimioterapia neoadjuvante). As adenopatias não neoplásicas corresponderam a 28 doentes com média de idade: 59 \pm 15 anos e predomínio do sexo feminino 53,6%. A distribuição dos principais diagnósticos das adenopatias benignas foi: linfadenite aguda 1 (3,6%), linfadenite crónica 2 (7,1%), adenopatias antracóticas 1 (3,6%), adenopatias necróticas compatíveis com tuberculose 4

(14,3%), granulomas não necróticos 5 (17,9%), granulomas compatíveis com sarcoidose 11 (39,3%) e adenopatias reativas 4 (14,3%). Todos os 28 doentes apresentavam adenopatias mediastínicas e hilares na tomografia computadorizada torácica (TAC) e 16 (57,1%) tinham captação patológica ($SUV > 2,5$) na tomografia de emissão de positrões (PET). As estações ganglionares mais frequentemente puncionadas foram: subcarinal (7) e a interlobar direita superior (11Rs) com um total de 21 casos (75%) cada uma e a paratraqueal direita inferior (4R) com um total de 19 casos (68%).

Conclusões: A punção aspirativa transbrônquica ecoguiada (EBUS-TBNA) permite um acesso seguro e rentável de amostras citológicas de adenopatias intratorácicas (mediastínicas e hilares) e foi descrito como um método eficaz no diagnóstico de patologia benigna. A técnica de EBUS-TBNA isoladamente apresenta alta rentabilidade no diagnóstico de sarcoidose com baixa taxa de complicações. Esta abordagem das adenopatias permite um diagnóstico definitivo na maioria dos casos, sendo um procedimento de ambulatório, geralmente bem tolerado devendo ser considerado quando se suspeita de patologia benigna e também para diferenciar de etiologia maligna.

Palavras chave: EBUS-TBNA. Broncologia de intervenção. Diagnóstico.

P-034. DIAGNÓSTICO DAS ADENOPATIAS HILARES E MEDIASTÍNICAS ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA ECOGUIADA (EBUS-TBNA) - EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM MADRID

R. Campanha¹, M.J. Bernabé Barrios², S. Fernández Bussy³, F. Nogueira¹, J.L. Álvarez-Sala²

¹Pulmonology Department, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

²Pulmonology Department, Interventional Pulmonology Section, Hospital Clínico San Carlos. Complutense University, Madrid, Spain.

³Pulmonology Department, Interventional Pulmonology Section, Clínica Alemana de Santiago de Chile, Chile.

Introdução: A punção aspirativa transbrônquica ecoguiada (EBUS-TBNA) é uma técnica segura e minimamente invasiva que permite o diagnóstico das adenopatias intratorácicas (hilares e mediastínicas) e de patologia maligna e benigna. Permite ainda realizar o estadiamento de neoplasias de forma mais rigorosa. Caracterizar a experiência inicial de uma técnica num centro de referência é importante pois permite avaliar, comparar com outros centros e alterar ou melhorar procedimentos de maneira a aumentar a rentabilidade.

Objectivos: Avaliar o rendimento inicial do diagnóstico da punção aspirativa transbrônquica ecoguiada (EBUS-TBNA) das adenopatias hilares e mediastínicas num centro de referência em Madrid.

Métodos: Estudo descritivo retrospectivo. Um total de 122 doentes submetidos a EBUS-TBNA foram incluídos, durante um período de 15 meses iniciais após a implementação da técnica (Junho 2014 a Novembro de 2015). Todos os doentes apresentavam adenopatias mediastínicas e hilares na tomografia computadorizada torácica (TAC) e 82 (67%) tinham captação patológica ($SUV > 2,5$) na tomografia de emissão de positrões (PET). As amostras foram obtidas em média de três estações ganglionares por doente. O equipamento utilizado foi EBUS Pentax®, e as agulhas para a punção aspirativa de 22G. Todas as adenopatias foram avaliadas *in situ* por um anatomopatologista (ROSE “rapid on-site evaluation”).

Resultados: A amostra teve média de idade: 60 ± 13 anos com predomínio do sexo masculino (63%). Em 78,7% dos casos obteve-se uma amostra representativa para diagnóstico. Em 26 casos (21,3%) as amostras não foram válidas (material hemorrágico, necrótico ou insuficiente). A técnica foi diagnóstica para patologia maligna em 43 doentes (35,2%) e para patologia não neoplásica em 27 doentes

(22,1%). Em 26 doentes (21,3%) obteve-se material compatível com ganglio normal, negativo para malignidade (19,3% destes corresponderam a re-estadiamento após realização de quimioterapia neoadjuvante). O total de complicações correspondeu a um episódio de dessaturação significativa. Histologicamente as adenopatias malignas corresponderam maioritariamente a carcinoma epidermoide (39,5%) e adenocarcinoma (25,6%). Da patologia benigna destaca-se pela alta frequência a sarcoidose (51,9%).

Conclusões: A EBUS-TBNA pelo elevado rendimento diagnóstico que apresenta deveria ser diagnóstico de eleição para a obtenção de amostras de adenopatias hilares e mediastínicas. É uma técnica segura e com reduzida taxa de complicações. De entre a etiologia neoplásica o carcinoma epidermoide foi o tipo histológico que se diagnosticou mais frequentemente. Das adenopatias com etiologia benigna destaca-se a sarcoidose. A caracterização inicial da rentabilidade diagnóstica de uma técnica recentemente implantada num centro de referência como a EBUS-TBNA é importante pois permite comparar com outros centros e otimizar procedimentos para melhorar a eficácia.

Palavras chave: EBUS-TBNA. Broncologia de intervenção. Diagnóstico.

P-035. EBUS-TBNA NO DIAGNÓSTICO DE ADENOPATIAS INTRATORÁCICAS EM DOENTES COM DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA EXTRATORÁCICA

M.J. Oliveira, D. Coutinho, S. Campaíña, S. Neves, J. Almeida, D. Tente, A. Furtado, A. Sanches, A. Oliveira

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

Introdução: As adenopatias intratorácicas são um achado comum em doentes com neoplasias extratorácicas. A biópsia aspirativa transbrônquica guiada por ecografia endobrônquica (EBUS-TBNA) é um método alternativo, menos invasivo, à mediastinoscopia ou toracoscopia, para o diagnóstico de adenopatias mediastínicas e hilares em doentes com neoplasia extratorácica.

Objectivos: Análise dos doentes com diagnóstico de neoplasia extratorácica submetidos a EBUS-TBNA para o diagnóstico de adenopatias intratorácicas.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes que realizaram EBUS-TBNA entre 03/2010 e 01/2016. Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico de neoplasia extratorácica que foram submetidos a EBUS-TBNA para diagnóstico de adenopatias intratorácicas.

Resultados: De um total de 624 doentes, foram incluídos 53 (8,0%) doentes (32 do sexo masculino e 21 do sexo feminino, com idade média de 61 ± 12 anos). Os diagnósticos de neoplasia extratorácica mais frequentes foram: gastrointestinal ($n = 18$; 34,0%), mama ($n = 10$; 18,9%), cabeça e pescoço ($n = 10$; 18,9%), urológica ($n = 4$; 7,5%), testículo ($n = 4$; 7,5%) e outros ($n = 6$; 11,3%). O tamanho médio das adenopatias foi de $16,6 \pm 7,9$ mm (medido por EBUS). A estação ganglionar mais puncionada foi a subcarinal (24,8%). O número médio de punções por doente foi de $1,8 \pm 1,1$. Foi realizada avaliação rápida no local por anatomopatologista em 98% dos exames. Os resultados obtidos foram: malignidade em 26 (49,0%) casos (23 metástases concordantes com diagnóstico de base já conhecido e 3 novos casos de neoplasia do pulmão); 15 (28,3%) de material linfóide normal; 11 (21,0%) linfadenopatia granulomatosa, 1 (1,9%) resultado inconclusivo.

Conclusões: O EBUS-TBNA permitiu o diagnóstico de malignidade em metade dos doentes avaliados, tendo sido assim evitada uma abordagem mais invasiva. Foram obtidas amostras adequadas em 98% dos doentes, o que confirma a utilidade deste método diagnóstico.

Palavras chave: EBUS-TBNA. Neoplasia extratorácica.

P-036. CRIOBÍOPSIA TRANSBRÔNQUICA EM DOENTES COM UIP POSSÍVEL

M.J. Oliveira, R. Marçoa, S. Campainha, A. Oliveira, J. Almeida, F. Costa, A. Sanches, C. Nogueira, S. Neves

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

Introdução: A criobiopsia pulmonar transbronquica (CPTB) tem assumido crescente importância na abordagem multidisciplinar das doenças pulmonares difusas (DPD), quando a histologia é necessária. Na abordagem das DPD, a CPTB é utilizada, em algumas instituições, antes da biópsia cirúrgica.

Objectivos: Avaliação da rentabilidade diagnóstica dos doentes submetidos a CPTB com um padrão radiológico de pneumonia intersticial usual (UIP) possível. Determinação das complicações e incidência das mesmas quando comparadas com os restantes doentes submetidos a CBTB.

Métodos: Estudo observacional prospetivo dos doentes com suspeita de DPD, submetidos a CPTB ao longo de 2 anos. Foi realizada análise dos subgrupos de doentes com UIP possível (Grupo 1) vs outro diagnóstico (Grupo 2), em termos de características demográficas, funcionais, qualidade da amostra, complicações e diagnóstico definitivo. A análise estatística foi realizada com software SPSS®, versão 20, utilizando o t-teste para as variáveis paramétricas e qui-quadrado para as variáveis não paramétricas. Para determinação de preditores de diagnóstico foi realizada regressão logística binária. Considerou-se $p < 0,05$ como valor estatisticamente significativo.

Resultados: Foram incluídos 69 doentes (69 criobiópsias). As características demográficas, funcionais, da biópsia e complicações, dos doentes encontram-se na tabela. No Grupo 1 as características histológicas mais frequentes foram: fibrose e distorção da arquitetura ($n = 13$; 92,9%), heterogeneidade temporal ($n = 9$; 64,3%), focos de

proliferação fibroblástica ($n = 6$; 42,9%), distribuição paraseptal e subpleural ($n = 6$; 42,9%) e favo de mel ($n = 4$; 28,6%). Em 6 (42,9%) casos a histologia da CPTB reunia todos os critérios histológicos de UIP. Foi realizada biópsia cirúrgica em 3 casos (casos com CPTB inconclusiva). Após reunião multidisciplinar foi obtido diagnóstico definitivo em 13 (92,6%) dos casos. Da análise comparativa entre os subgrupos 1 e 2, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas relevantes. Não foram encontrados fatores preditores de diagnóstico definitivo de UIP.

Conclusões: Em doentes selecionados, a realização CPTB pode evitar submeter doentes a uma biópsia cirúrgica (com os seus riscos associados já conhecidos). Nos doentes com diagnóstico de UIP possível a CPTB é um método diagnóstico seguro, fiável, com boa rentabilidade diagnóstica e menos dispendioso, nos doentes cujo diagnóstico clínico radiológico não é possível em reunião multidisciplinar.

Palavras chave: Criobiópsia transbrônquica. UIP. Doenças pulmonares difusas. Doença intersticial do pulmão.

P-037. TÉCNICAS BRONCOSCÓPICAS NO ISOLAMENTO DE AGENTES ETIOLÓGICOS DA PNEUMONIA. O ASPIRADO BRÔNQUICO É SUFICIENTE?

L.M. Santos, M.A.T. Marques

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

Introdução: A broncofibroscopia tem uma grande variedade de indicações clínicas, entre elas a colheita de amostras biológicas para o diagnóstico de pneumonia, apresentando baixa taxa de complicações. Muitas vezes a necessidade de isolamento de microrganismos

Tabela P-036

	Doentes submetidos a CBTB	Grupo 1	Grupo 2	UIP vs Outro
	n = 69	n = 14	n = 55	(p)
Características demográficas e funcionais				
Idade (média/DP)	58,2/13,2	64,9/9,2	56,5/13,6	0,032
Sexo masculino (n/%)	39/56,5	11/78,6	28/50,9	0,062
IMC (Kg/m ²) (média/DP)	29,0/6,1	29,4/6,0	29,0/6,2	0,855
FVC (%) (média/DP)	90,0/19,6	94,8/20,3	88,8/19,5	0,350
DLCO (%) (média/DP)	63,8/15,2	62,6/20,4	64,1/13,8	0,776
Características da biópsia				
Pulmão direito biopsado (n/%)	56/81,2	12/85,7	44/80,0	0,625
Biópsia de > 1 segmento pulmonar (n/%)	26/37,7	7/50,0	19/34,5	0,294
Biópsia de > 1 lobo pulmonar (n/%)	1/1,4	0/0	1/1,8	0,617
Número de fragmentos da biópsia (média/DP)	3,8/0,9	3,7/0,6	3,9/1,0	0,561
Dimensões fragmentos (mm) (média/DP)	4,4/1,1	4,3/1,0	4,1/1,1	0,760
Complicações				
Hemorragia (n/%)	67/97,1	13/92,3	54/98,2	0,289
Pneumotórax (n/%)	15/21,7	2/14,3	13/23,6	0,449
Necessidade de dreno torácico (n/%)	13/18,8	2/14,3	11/20,0	0,625
Internamento (n/%)	15/21,7	2/14,3	13/23,6	0,449

para instituição de terapêutica mais dirigida leva o broncoscopista a combinar várias técnicas subsidiárias.

Objectivos: Avaliar a utilidade da combinação da análise microbiológica e/ou citológica do aspirado brônquico com o lavado broncoalveolar (LBA) e/ou escovado brônquico em pacientes com suspeita de infecção pulmonar, como meio de aumentar a precisão diagnóstica.

Métodos: Estudo transversal e retrospectivo dos resultados da análise microbiológica e/ou citológica do aspirado brônquico, LBA e/ou escovado brônquico, de uma amostra de indivíduos aos quais foi realizada broncofibroscopia por suspeita de infecção pulmonar entre Março e Maio de 2016, no Setor de Técnicas Endoscópicas do Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Os dados clínicos foram registados numa base de dados e tratados pelos métodos estatísticos apropriados. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Resultados: Em todos os doentes incluídos ($n = 67$) foi feita análise microbiológica do aspirado brônquico, e em 61 deles foi feita a mesma análise do LBA, com isolamento de microrganismos em 40,3% e 36,1%, respetivamente. Em ambas o *Staphylococcus aureus* foi o microrganismo mais frequente, seguido pela *Klebsiella pneumoniae*. Em 78,7% dos casos os microrganismos isolados pelas duas técnicas foram os mesmos e em apenas três casos com resultado negativo no aspirado brônquico houve isolamento de microrganismos no LBA, verificando-se uma concordância significativa e substancial entre elas ($kappa = 0,642$, $p < 0,001$). A análise citológica realizada em 49 dos aspirados brônquicos e 39 LBAs, foi diagnóstica em apenas 6% (metaplasia epidermóide, infecção por *Candida* e por *Aspergillus*) e 2,6% (invasão traqueal por carcinoma epidermóide do esófago) dos casos, respetivamente, não se tendo verificado concordância entre os seus resultados ($p = 0,732$). Foi ainda realizada análise citológica do escovado brônquico em 12 doentes que foi diagnóstica em 16,7%, metaplasia (8,3%) e carcinoma (8,3%), tendo sido verificada uma concordância significativa e substancial com o aspirado brônquico ($kappa = 0,636$, $p = 0,002$). A sensibilidade calculada para o diagnóstico etiológico de infeções da análise microbiológica do aspirado brônquico e do LBA foi 84,4% e 75,9%, respetivamente, enquanto para a análise citológica foi de 12% para o aspirado brônquico, 5,6% para o LBA e 33,3% para o escovado brônquico. A especificidade calculada foi de 100% para todas.

Conclusões: Apesar de muitas vezes se combinar a análise microbiológica e/ou citológica de outras técnicas broncoscópicas às do aspirado brônquico no diagnóstico de infecção pulmonar, objetivando aumentar a precisão diagnóstica necessária para a adequada abordagem terapêutica, verificámos que, na população estudada, os seus resultados são muito concordantes, com superioridade mostrada pela análise microbiológica do aspirado brônquico. A análise citológica, apesar da baixa sensibilidade para este fim, pode ser útil na suspeita de neoplasia mascarada por pneumonia. Assim, podemos concluir que a combinação pode ser uma mais-valia em algumas situações mas não por rotina, sendo essencial a análise criteriosa de cada situação.

Palavras chave: Aspirado brônquico. Lavado broncoalveolar. Escovado brônquico. Infecção pulmonar.

P-038. ESTUDO RANDOMIZADO DE BIÓPSIA TRANSBRONQUICA GUIADA POR ECOGRAFIA SOB DOIS MÉTODOS DE SEDAÇÃO MODERADA

C. Oliveira Dias, L. Almeida, A. Cardoso, R. Boaventura, M. Passos, A. Magalhães, G. Fernandes

Centro Hospitalar São João.

O tipo de sedação ideal na realização do procedimento *Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration* (EBUS-TBNA) não está completamente definido. Realizou-se um estudo prospectivo randomizado para comparar o impacto de dois métodos

de sedação moderada no rendimento diagnóstico, taxa de complicações e satisfação dos doentes submetidos a EBUS-TBNA. Foram incluídos os doentes submetidos a EBUS-TBNA para o diagnóstico de adenopatias mediastínicas ou hilares, ou massas, ou para o estadiamento de neoplasia do pulmão. Os doentes foram randomizados e submetidos ao procedimento sob bólus intravenoso de alfentanil e midazolam (AM) ou alfentanil e propofol (AP). Foram incluídos 48 doentes, 25 submetidos a AM e 23 a AP. A idade média dos doentes foi de $59,1 \pm 14,7$ anos, 37/48 (77,1%) eram do sexo masculino. Não se identificou diferença estatística entre os grupos na indicação do procedimento. A dose média de fármacos sedativos administrados foi de $1,1 \pm 0,8$ mg de alfentanil e $7,1 \pm 3,5$ mg de midazolam para o grupo AM e $1,0 \pm 0,2$ mg de alfentanil e $190,5 \pm 51,04$ mg de propofol para o grupo AP. O sintoma decorrido após o procedimento, e referido mais frequente foi a tosse para ambos os grupos, 42,9% (AM) e 57,1% (AP) ($p > 0,05$). A média da duração total do procedimento, duração do EBUS e período de recobro foi 88,2 min, 21,6 min e 48,1 min para o grupo AM; e 82,8 min, 20,7 min e 48,4 min para o grupo AP, respetivamente ($p > 0,05$). Recolheram-se 43 adenopatias no grupo AM e 37 no grupo AP ($p > 0,05$). A amostra foi considerada adequada em 88% das amostras do grupo AM e em 81,8% das amostras do grupo AP ($p > 0,05$). O rendimento diagnóstico foi de 80% para o grupo AM e 81,8% para o grupo AP ($p > 0,05$). As complicações relacionadas com a sedação, durante o procedimento, foram mais comuns no grupo AP [7 (30,4%) vs 6 (24%)], mas sem diferença estatística ($p > 0,05$), e resolvidas com medidas terapêuticas simples. A hipoxemia rapidamente reversível com a protrusão mandibular foi a mais frequente. Não houve complicações graves ou necessidade de progressão do nível de cuidados em nenhum dos grupos. A maioria dos doentes não referiu momentos desagradáveis durante o procedimento, em nenhum dos grupos. Todos os doentes concordaram com a repetição do procedimento no caso de necessidade. O rendimento diagnóstico, taxa de complicações e grau de satisfação dos doentes submetidos a EBUS-TBNA foram semelhantes sob sedação moderada com alfentanil-midazolam e alfentanil-propofol. EBUS-TBNA pode ser igualmente realizado sob alfentanil e midazolam ou alfentanil e propofol.

Palavras chave: EBUS-TBNA. Sedação moderada. Midazolam. Propofol.

P-039. TÉCNICAS SUBSIDIÁRIAS DA BRONCOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA - MENOR INVASIBILIDADE COM RENTABILIDADE SEMELHANTE?

L.M. Santos, M.A.T. Marques

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

Introdução: O cancro do pulmão é o mais comum em todo o mundo, quer em termos de incidência quer em mortalidade. A broncoscopia é um dos procedimentos mais importantes no seu diagnóstico, nomeadamente pela realização de biópsias, no entanto técnicas subsidiárias menos invasivas podem ser diagnósticas. Frequentemente o broncoscopista recorre à combinação entre elas como meio de obter diagnósticos mais precisos, que lhe permitam uma adequada abordagem da doença.

Objectivos: Avaliar a rentabilidade diagnóstica da análise citológica do aspirado brônquico, lavado broncoalveolar (LBA) e escovado brônquico em pacientes com suspeita de neoplasia pulmonar e a vantagem na sua combinação.

Métodos: Estudo retrospectivo de uma amostra de indivíduos submetidos a broncofibroscopia no Setor de Técnicas Endoscópicas do Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, entre Março e Maio de 2016. Foram incluídos indivíduos com suspeita de neoplasia do pulmão, aos quais foi feita recolha e análise citológica do aspirado brônquico, LBA e/ou escovado brônquico. Foram registados numa base de dados vários parâmetros clínicos

e analíticos constantes dos processos clínicos e efetuada análise estatística apropriada. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Resultados: Incluíram-se 41 indivíduos, nos quais foi realizada recolha e análise citológica do aspirado brônquico que revelou inflamação inespecífica (85,4%), metaplasia epidermóide (4,9%) e carcinoma (9,7%). A citologia do LBA foi realizada em 22 desses indivíduos, resultando inflamação inespecífica em 91%, metaplasia epidermóide em 4,5% e adenocarcinoma em 4,5%. Comparando os resultados destas técnicas verificou-se que em 95,5% dos casos foram iguais, apresentando uma concordância significativa e substancial ($kappa = 0,776$, $p < 0,001$). Em 30 indivíduos foi efetuado escovado brônquico e respetiva análise citológica, que revelou inflamação inespecífica em 80%, metaplasia em 3,3% e carcinoma não especificado em 16,7%. Esta técnica apresentou uma concordância significativa e substancial com os resultados da citologia do aspirado brônquico ($kappa = 0,447$, $p < 0,001$). Fazendo a mesma análise entre os resultados do LBA e do escovado brônquico não se verificou concordância entre eles ($p = 0,101$). Calculou-se ainda a sensibilidade para o diagnóstico de neoplasia das três técnicas e das suas combinações: 23,1% para o aspirado brônquico, 18,2% para o LBA e 14,3% para o escovado brônquico. Para as combinações do aspirado brônquico com o escovado brônquico ou com o LBA, e do LBA com o escovado brônquico, a sensibilidade foi de 23,1%. A especificidade calculada foi de 100% para todas exceto para o escovado brônquico e para a sua combinação com aspirado ou LBA (66,7% e 80%, respetivamente).

Conclusões: Na ausência de sinais endoscópicos diretos de tumor biopsáveis, muitas vezes se recorre à combinação de algumas técnicas subsidiárias menos invasivas da broncoscopia. No entanto, verificámos que, à exceção do escovado brônquico, os resultados das várias técnicas são muito concordantes, a especificidade igual e a sensibilidade das várias combinações não se mostrou superior à da citologia do aspirado brônquico, na população estudada. Assim, a combinação entre as várias técnicas não se mostrou vantajosa, pelo que esta não deve ser uma alternativa ao uso de técnicas mais invasivas.

Palavras chave: Aspirado brônquico. Lavado broncoalveolar. Escovado brônquico. Neoplasia pulmonar.

P-040. METASTIZAÇÃO ENDOBRÔNQUICA POR NEOPLASIAS EXTRAPULMONARES: ESTUDO RETROSPECTIVO DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

P. Inês Pedro, D. Canário, J. Soares, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

A metastização endobrônquica (MEB) de tumores sólidos extrapulmonares é um evento raro, e os dados epidemiológicos e clínico-patológicos disponíveis são limitados. A epidemiologia deste tipo de metastização é ainda pouco clara e pode variar consideravelmente dependendo do estudo e da definição de metastase endobrônquica. As neoplasias da mama, do cólon e do rim são referidas na literatura como sendo as mais frequentemente associadas com a MEB. Os autores avaliaram retrospectivamente os aspetos clínicos, radiológicos e broncoscópicos dos doentes com MEB que foram diagnosticados nos últimos 10 anos, entre 1 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2015, no Hospital Garcia de Orta. Definiu-se MEB como uma lesão broncoscopicamente visível, no brônquio principal ou segmentar, com histopatologia idêntica à do tumor extrapulmonar primário. Foram contabilizados 17 casos de MEB de tumores sólidos extratorácicos durante este período, o que correspondeu a 5,8% de todos os tumores endobrônquicos detetados em broncofibroscopias diagnósticas. Destes 17 casos, 47% ocorreram entre o período de 2011-2015 e 53% entre 2006 a 2009. Detetou-se uma maior prevalência do sexo masculino (64,7%). As idades de diagnóstico da MEB variaram entre os 37 e os 80 anos, com uma mé-

dia de 68,2 anos. Foi possível avaliar a etnia de 13 destes doentes através dos registos, sendo que a maioria era de raça caucasiana. Seis eram ex-fumadores, outros 6 não fumadores e 5 fumadores ativos. Em relação ao tumor primitivo, 35,3% eram colo-rectais, 11,8% da laringe e do rim (respetivamente), e 5,9% do esófago, mama, orofaringe, próstata, pele, e sarcoma de partes moles (respetivamente). O diagnóstico da MEB foi obtido após o diagnóstico do tumor extrapulmonar em 12 casos (70,6%), sendo que nos restantes casos os diagnósticos foram simultâneos. A latência média entre o diagnóstico do tumor extrapulmonar e MEB foi de 34,5 meses. Onze metastases encontravam-se na árvore brônquica direita (64,7%). Os sintomas mais frequentes na altura do diagnóstico da metastização foram a tosse e a dispneia, sendo que 3 doentes (18%) encontravam-se assintomáticos. Radiologicamente, 8 doentes apresentavam uma massa pulmonar, 7 tinham múltiplos nódulos e em 2, atelectasia pulmonar. Em relação aos doentes entretanto falecidos, a sobrevida média após diagnóstico de metastização foi de 6,5 meses, salientando-se que 3 doentes ainda se encontram vivos (casos diagnosticados em 2013 e 2015). Em 2 doentes a data de morte não é conhecida. Conclui-se deste estudo que 5,8% de todos os tumores endobrônquicos detetados corresponderam a MEB de tumores sólidos extratorácicos. O cancro colo-rectal apresentou-se como o tumor primário mais frequente. Não é clara a razão da metastização endobrônquica ser mais frequente na árvore brônquica direita, facto já salientado noutros estudos. A MEB apresenta frequentemente um longo período de latência e é geralmente uma manifestação de doença neoplásica avançada, o que poderá justificar a reduzida sobrevida após o seu diagnóstico.

Palavras chave: Tumor endobrônquico. Metastização. Neoplasia extrapulmonar.

P-041. UTILIZAÇÃO DE CATETER PLEURAL TUNELIZADO DEFINITIVO NO TRATAMENTO PALIATIVO DO DERRAME PLEURAL MALIGNO

J.E. Reis, A.R. Costa, J. Santos Silva, F. Palma Martelo

Cirurgia Torácica, Hospital da Luz.

Os doentes com neoplasia em estágio IV com envolvimento pleural surgem como um desafio frequente na palição dos sintomas de dispneia causados pelo derrame pleural recidivante. Este é muitas vezes refractário ou não passível de pleurodese devido ao encarceramento pulmonar. O derrame pleural recidivante origina sintomatologia significativa e agravamento do estado geral do doente, implicando múltiplos internamentos, drenagens e/ou toracocenteses. Apresentamos a nossa experiência inicial com a utilização de cateteres pleurais de longa duração tunelizados para o manejo de doentes com derrame pleural não passível de pleurodese. Foram colocados 4 cateteres pleurais permanentes, uns após biopsia por toracosopia ou construção de janela pleuropericárdica por derrame pericárdico associado ao derrame pleural, e outros colocados apenas com anestesia local com ou sem sedação. Os doentes descritos tinham uma idade média de 69 ± 4 anos, e tumores pulmonares e do ovário em estágio IV. Não se verificou qualquer complicação na colocação dos cateteres e no seu manejo a longo prazo. Os doentes tiveram alta hospitalar clinicamente melhorados das queixas de dispneia. Com este procedimento verificou-se uma melhoria da qualidade de vida dos doentes, evitando múltiplas toracocenteses, em certos casos permitiu a manutenção da quimioterapia paliativa, sem interrupções. Evitaram-se também re-internamentos e episódios de urgência provocados pelo derrame recidivante. Em todos os casos houve uma fácil adaptação ao manejo do sistema de drenagem intermitente por parte dos doentes e seus cuidadores.

Palavras chave: Cateter pleural tunelizado. Cuidados paliativos. Derrame pleural maligno.

P-042. SUPERIORIDADE DIAGNÓSTICA DA PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA ECOGUIADA (EBUS-TBNA) EM COMPARAÇÃO COM PROCEDIMENTOS DE BRONCOSCÓPIA CONVENCIONAL NA SARCOIDOSE. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Campanha¹, M.J. Bernabé Barrios², P. Sanz Carabaña³, F. Nogueira¹, J.L. Álvarez-Sala²

¹Pulmonology Department, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

²Pulmonology Department, Interventional Pulmonology Section;

³Anesthesiology and Reanimation Department, Hospital Clínico San Carlos, Complutense University, Madrid, Spain.

A punção aspirativa transbrônquica ecoguiada (EBUS-TBNA) permite aceder a amostras para estudo de adenopatias hilares e mediastínicas e está descrita como sendo uma técnica rentável e segura para confirmar o diagnóstico de sarcoidose. Poucos estudos descrevem o seu papel no diagnóstico da sarcoidose comparativamente com as técnicas convencionais como o aspirado bronquial (BAS), biópsia transbrônquica aspirativa (TBNA) e biópsia transbrônquica (TBLB) não ecoguiadas, biópsia endobrônquica (EBB) e o lavado broncoalveolar (BAL). O diagnóstico da Sarcoidose é baseado num padrão clínico e radiológico compatível associado à presença de granulomas em 1 ou mais tecidos. Estudos prévios, demonstraram que o EBUS-TBNA é o método mais sensível para o diagnóstico da Sarcoidose nos estádios I e II, em comparação com os métodos convencionais. Descrevemos o caso clínico de uma mulher de 28 anos previamente saudável, fumadora ocasional (CT < 10 UMA). Foi observada por Reumatologia por quadro clínico caracterizado por poliatralgias com 4 semanas de evolução que não cediam à medicação (analgésicos e anti-inflamatórios). Dos exames diagnóstico solicitados, a radiografia de tórax revelou alterações residuais no lobo superior esquerdo (LSE) com alargamento mediastínico (adenopatias?). Para melhor caracterização, foi solicitada TAC de tórax que revelou nódulos e micronódulos no LSE associados a perda de volume e adenopatias mediastínicas e hilares (paratraqueal direita inferior, a maior com 14 mm; hilares bilaterais, a maior com 15 mm à direita). Foi referenciada à Pneumologia. A doente foi submetida inicialmente a broncofibroscopia convencional que não revelou lesões endobronquiais. As amostras obtidas foram: 1. Aspirado bronquial (BAS) para microbiologia: negativo para bactérias, micobactérias e fungos; 2. Lavado broncoalveolar (LBA) do LSE com boa recuperação (100/150 mL) e satisfatório para diagnóstico: citologia negativa com predomínio de macrófagos (90%) e relação CD4/CD8 de 3,39; 3. Biópsia transbrônquica aspirativa (TBNA) às cegas das estações ganglionares: subcarinal 7 (3 aspirações), não satisfatória para diagnóstico e paratraqueal direita 4R (3 aspirações) satisfatória para diagnóstico mas sem anormalidades reconhecidas; 4. Biópsia transbrônquica (TBLB) guiada por fluoroscopia do LSE sem alterações histopatológicas. Como não se obteve diagnóstico definitivo a doente foi submetida a EBUS com apoio de anatomopatologista (ROSE - "rapid on-site evaluation"). As amostras foram obtidas através de EBUS-TBNA, com agulha de aspiração 22G da adenopatia localizada na estação 4R (tamanho 10,6 mm de eixo curto; oval; bem definida, heterogénea e com presença de estrutura hilar central) e estação 7 (tamanho 13,4mm de eixo curto, oval, bem definida e homogénea). O anatomopatologista identificou granulomas no aspirado da adenopatia 4R que já tinha sido previamente puncionada por métodos de broncoscopia convencional. Concluímos que o EBUS-TBNA isoladamente tem elevado rendimento diagnóstico com baixa taxa de complicações e que deve ser o primeiro método a utilizar para obtenção de diagnóstico em casos suspeitos de sarcoidose (estádios I e II). Esta abordagem das adenopatias mediastínicas e hilares permite na maioria dos casos um diagnóstico definitivo sendo um procedimento que não requer internamento, seguro e bem tolerado.

Palavras chave: EBUS-TBNA. Broncofibroscopia. Sarcoidose.

P-043. DÉFICE DE ALFA 1 ANTITRIPSINA E PROLASTINA. QUANDO, COMO E PORQUÊ

F. Castro Lima, C. Marques, D. Cunha Machado, I. Ladeira, R. Lima
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A alfa 1 antitripsina é uma proteína responsável pela inibição da elastase dos neutrófilos cuja deficiência pode atingir múltiplos órgãos e, no caso do pulmão, ser responsável pela existência de enfisema e doença pulmonar obstrutiva crónica. Trata-se de uma patologia subdiagnosticada, com transmissão autossómica co-dominante, cuja prevalência mundial se estima que varie entre 1-5%, motivo pelo qual ainda pouco se conhece sobre o momento mais indicado para iniciar terapia de substituição ou o seguimento mais correcto.

Objectivos: Analisar e caracterizar a população com défice de alfa 1 antitripsina sob terapêutica de substituição em seguimento em consulta de Pneumologia de um Hospital Central. Compreender as repercussões da doença ao nível do diagnóstico e tratamento.

Métodos: Análise retrospectiva de todos os doentes com défice de alfa 1 antitripsina que se encontram em 2016 a realizar terapia de substituição com prolastina, num Serviço de Pneumologia. Foram avaliadas características demográficas, eficácia de abordagem terapêutica e outcomes.

Resultados: Verificou-se que 7 doentes se encontram a realizar terapia de substituição de alfa 1 antitripsina, 5 mulheres e 2 homens, com idade média de 48,9 anos e fenótipo ZZ. Apenas 1 doente era não fumador, os restantes eram ex-fumadores em programa de cessação tabágica. Ao diagnóstico, constatou-se que o nível plasmático médio de alfa 1 antitripsina era de 24,86 mg/dL e o valor de FEV1 45%. Em todos os doentes observou-se a presença de enfisema centrilobular, contrariamente às bronquiectasias, somente presentes em 3 doentes (no momento de diagnóstico). Um ano após tratamento com prolastina, observou-se que o nível plasmático médio de alfa 1 antitripsina foi de 72,84 mg/dL e o de FEV1 48%. Relativamente a sintomatologia, objectivou-se agravamento de dispneia em um doente, em todos houve diminuição do número de exacerbações sem necessidade de internamento e em nenhum doente houve repercussão extrapulmonar do défice desta proteína. Três doentes apresentaram indicação para referenciação a consulta de transplante pulmonar.

Conclusões: O défice de alfa 1 antitripsina é uma patologia grave, com atingimento da pele, do fígado e, principalmente, pulmonar, cuja abordagem depende de um diagnóstico preciso e precoce. No nosso estudo, o défice desta proteína atingiu preferencialmente mulheres e nenhum doente apresentou repercussões extra pulmonares no decorrer da doença e tratamento, até ao momento. Apesar da instituição da terapia de substituição com prolastina e da melhoria verificada em termos de função pulmonar, nível plasmático médio de alfa 1 antitripsina e melhoria sintomática, no decorrer do tratamento, 3 doentes apresentaram indicação para referenciação à consulta de transplante. No entanto, até à data, nenhum doente teve necessidade de ser submetido a cirurgia. Talvez pela baixa prevalência, facto também constatado pelo carácter reduzido da amostra, o défice de alfa 1 antitripsina é uma patologia subdiagnosticada, o que leva a um atraso no início de tratamento e consequente agravamento de sintomatologia inicial. Por estes motivos, à luz dos conhecimentos actuais e pela singularidade de cada caso, o momento de início de terapêutica de substituição não é exacto e mais estudos serão necessários para delinear de forma precisa uma estratégia de seguimento.

Palavras chave: Défice de alfa 1 antitripsina. Prolastina.

P-044. DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 ANTITRIPSINA NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

M. Caldeira, C. Teixeira, I. Abreu, V. Teixeira, C. Spínola, A. Brehm, R. Nascimento

SESARAM, EPE.

Introdução: Na Região Autónoma da Madeira é reconhecida uma alta prevalência de Deficiência de Alfa 1 antitripsina (mutações PI*Z - 18% e PI*Z - 2,5%). Em Julho de 2014 foi criada, nesta instituição, uma consulta para diagnóstico e seguimento destes doentes.

Objectivos: Caracterização dos doentes da consulta.

Métodos: Estudo transversal e observacional realizado aos doentes nesta consulta até julho de 2016. Variáveis analisadas: idade, sexo, naturalidade, hábitos tabágicos, níveis de alfa 1 antitripsina, VEMS, função hepática, antecedentes familiares e estudo genético. O estudo genético (deteção por qPCR) foi realizado no Laboratório de Genética Humana da Universidade da Madeira e a sequenciação de DNA no Laboratório IPATIMUP. Os dados foram obtidos através da consulta de registo do processo clínico e tratamento estatístico com *Excel* e *PASW Statistics 18*.

Resultados: 105 doentes apresentavam valores baixos de alfa 1 antitripsina, dos quais 53,3% (n = 56) pertenciam ao sexo masculino. A idade média foi de 36,6 (± 17,9) anos (mínimo de 5 e máximo de 74 anos). Eram fumadores 10,6% (n = 11) e ex-fumadores 17,3% (n = 18). O estudo genético revelou: MZ - 26,7% (n = 28); ZZ - 19,0% (n = 20); SZ - 13,3% (n = 14); SS - 4,8% (n = 5); MS - 8,6% (n = 9); Mmalton 1,9% (n = 2) e 25,7% (n = 27) aguardam resultado. Mais de metade (53,3%; n = 56) tinha antecedentes familiares da doença. Apenas 7,6% (n = 8) apresentavam VEMS inferior a 70% e 11,4% (n = 12) alterações da função hepática. Encontram-se em programa de reposição, 7 doentes.

Conclusões: Este estudo permite realçar a importância de uma consulta específica para diagnóstico e seguimento dos doentes com deficiência de alfa 1 antitripsina. São adotados critérios de diagnóstico e tratamento uniformes. É mais exequível um rastreio familiar efetivo. Apesar do número importante de doentes com valores muito baixos de alfa 1 (mutações ZZ e SZ), não foi evidenciado número significativo de doentes com compromisso pulmonar e/ou hepático.

Palavras chave: Alfa 1 antitripsina. Madeira.

P-045. ASMA: PARTICULARIDADES NA POPULAÇÃO IDOSA

J.N. Machado¹, J.C. Costa¹, P.U. Brito¹, C. Ferreira¹, L. Fernandes², T. Costa¹, A. Arrobas¹

¹Departamento de Pneumologia, Hospital Geral-CHUC.

²Departamento de Pneumologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Introdução: A Asma é uma doença crónica das vias aéreas com prevalência elevada, estimando-se que possa afetar até 10 a 12% da população idosa. Pelas características próprias do envelhecimento, nomeadamente a coexistência de comorbilidades, o diagnóstico, tratamento e seguimento da asma no idoso configura-se difícil e com diferenças assinaláveis face à população de doentes mais jovens.

Objectivos: Caracterizar os doentes com 65 ou mais anos enviados a primeira consulta de Alergologia nos últimos 5 anos, a quem foi diagnosticada Asma.

Métodos: Estudo retrospectivo, com análise dos processos clínicos de doentes enviados a primeira consulta de Alergologia no Serviço de Pneumologia do Hospital Geral do CHUC no período de Junho de 2011 a Junho de 2016 a quem foi diagnosticada Asma e com primeira consulta com 65 ou mais anos; idade mínima de início dos sintomas de 55 anos e asma documentada. Foram analisados os dados demográficos, comorbilidades, sensibilização alérgica e variáveis clínicas utilizando o SPSS®.

Resultados: A amostra foi constituída por 35 doentes, 71,4% do sexo feminino com média de idades de 70,4 anos. Na consulta, 82,9% referia tosse, 77,1% pieira e 71,4% dispneia, com um total de 34,3% com queixas noturnas. Observou-se rinosinusite em 51,4% dos doentes, distúrbios psíquicos em 31,4%, doença do refluxo gastro-esofágico em 20%, patologia tiroideia em 11,4% e ACOs em 5,7%. Destaca-se ainda que 42,9% tinham excesso de peso e 31,4% obesidade. Outras comorbilidades foram a hipertensão arterial em 54,3%,

dislipidémia em 25,7%, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular em 17,1%, apneia do sono e diabetes em 14,3%, patologia osteoarticular, cardiopatia isquémica e antecedentes de neoplasia em 11,4%. Relativamente à terapêutica, 5,7% estavam medicados com terapêutica inalatória tripla (corticoide, anticolinérgico e agonista beta de longa ação), 60% fazia corticoide e agonista beta de longa ação e 5,7% apenas corticoide inalado. Quarenta por cento dos doentes cumpria anti-histamínico, 51,4% corticoide nasal, 11,4% antagonista dos leucotrienos e/ou aminofilina. Foi documentada sensibilização alérgica em 20,0% dos doentes quer por testes cutâneos quer por IgE específica. A IgE total sérica estava aumentada em 20,0% (média de 244,6 UI/ml ± 590,7). Do ponto de vista funcional respiratório verificou-se alteração ventilatória obstrutiva em 31,4% dos doentes, reversibilidade em 30% e com 45,5% com obstrução ligeira e também 45,5% com moderada; difusão de monóxido de carbono média de 97,84% (± 22,8) do previsto; fração exalada de óxido nítrico (FeNO) aumentada em 43,5% (média de 44,8 ppm ± 45,3) e eosinofilia em 29,0% (média de eosinófilos de 257,4 cel/ul ± 270,1).

Conclusões: Da análise da amostra verifica-se uma incidência elevada de comorbilidades como a rinosinusite, doença do refluxo gastro-esofágico, distúrbios psíquicos e excesso de peso/obesidade cuja presença é importante pela dificuldade diagnóstica, de controlo e terapêutica que origina. Apenas 20% dos doentes tinha asma alérgica e, do ponto de vista funcional, a maioria não apresentava alteração obstrutiva. A elevação de IgE, FeNO e eosinófilos estava presente numa minoria dos doentes. A asma no idoso continua a ser uma entidade clínica ainda não completamente conhecida, pelo que serão necessários mais trabalhos na área.

Palavras chave: Asma. Idoso.

P-046. TEMPERATURA DO AR EXALADO E ASMA NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

P. Leiria Pinto^{1,2}, I. Caires², I. Peralta¹, E. Finelli¹, J. Belo¹, C. Alves¹, J. Marques^{1,2}, P. Martins^{1,2}, N. Neuparth^{1,2}

¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. ²CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa.

Introdução: A medição da temperatura do ar exalado (EBT) tem sido usada como marcador de inflamação das vias aéreas, em particular nas crianças. É um teste não invasivo e simples, admitindo-se que possa refletir a vasodilatação inflamatória da mucosa. No entanto, existem poucos estudos e os resultados têm sido contraditórios relativamente à utilidade da EBT na monitorização do controlo dos sintomas respiratórios na asma.

Objectivos: Avaliar a associação da EBT e o grau de controlo dos sintomas respiratórios em crianças com asma, na idade pré-escolar, assim como a influência de outros factores: função pulmonar e a fração de óxido nítrico do ar exalado (FeNO).

Métodos: Estudo transversal efectuado em 98 crianças entre os 3 e os 5 anos, com asma e que realizaram espirometria animada no nosso Laboratório, entre Julho de 2014 e Julho de 2016. A medição da EBT foi comparada com o grau de controlo da asma, de acordo com os critérios do Global Initiative for Asthma (GINA), FEV₁ e FeNO.

Resultados: Foram obtidas medições da EBT em 88 de 98 crianças (90%), 61,4% do sexo masculino e com idade média de 4,9 anos (DP: 0,7). A asma estava controlada em 51,1%. A mediana da EBT na asma controlada foi inferior à do grupo de crianças com asma não controlada, 30,2 °C (p25-p75: 29,6-31,7) vs 31,0 °C (p25-p75: 30,0-32,2), p = 0,03. A EBT não se associou com o FEV₁ (p = 0,74), com o FEV_{0,75} (p = 0,71), nem com o FeNO (p = 0,95).

Conclusões: A EBT associou-se com o grau de controlo da asma. Não foi encontrada associação com a função respiratória, nem com o FeNO. Baseado nestes resultados, a EBT poderá ser um biomarcador na monitorização da asma, neste grupo etário.

Palavras chave: Temperatura do ar exalado. Inflamação. Criança. Asma na idade pré-escolar.

P-047. ESTUDO ESPIROPEDE. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ESPIROMETRIA ENTRE OS MÉDICOS QUE SEGUEM CRIANÇAS COM ASMA EM PORTUGAL

C. Constant¹, J. Cosme², R.M. Fernandes¹, P. Fonte³, J.A. Fonseca⁴, C. Alves⁵, T. Bandeira^{1,6}

¹Centro de Estudos da Função Respiratória, do Sono e da Ventilação. Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHLN. Centro Académico de Medicina de Lisboa. ²Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, CHLN. ³Unidade de Saúde Familiar do Minho, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. ⁴Imunoalergologia, CUF Porto Hospital e Instituto. CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. ⁵Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Sociedade Portuguesa de Pneumologia. ⁶Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Introdução: A espirometria (ESP) é uma ferramenta para o diagnóstico e monitorização dos doentes com asma subutilizada em Portugal, sobretudo na população pediátrica.

Objectivos: conhecer as práticas e as limitações à prescrição e interpretação da ESP entre quatro grupos de médicos que seguem crianças/adolescentes com asma em Portugal: pediatras (Ped), pneumologistas (Pn) imunoalergologistas (IA) e médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Métodos: estudo transversal por inquérito electrónico (Dillman modificado; Survey Monkey®), via e-mail aos sócios das quatro Sociedades Científicas. Considerados apenas os inquéritos preenchidos na totalidade por médicos que seguem regularmente crianças/adolescentes com asma ou sibilância pré-escolar. Avaliaram-se os seguintes dados: acessibilidade, requisição e interpretação de ESP; conhecimento das normas da ATS/ERS sobre execução e interpretação duma ESP, e da DGS sobre asma no adulto e criança. Dados anonimizados, análise descritiva e comparativa bivariada entre grupos (teste χ^2). Protocolo do estudo aprovado por comissão de ética.

Resultados: foram incluídas 423 respostas (89 Ped, 40 Pn, 30 IA, 264 MGF), 4% referiram formação em pneumologia pediátrica. Relativamente às normas ATS/ERS, 30% Ped, 90% Pn, 93% IA e 19% MGF relataram conhecer e implementá-las localmente ($p < 0,001$). Não houve diferenças entre grupos quanto ao conhecimento sobre as normas da DGS. Com respeito à execução da ESP, mais de 80% dos IA e Pn consideraram ter conhecimento “bom/muito bom”, enquanto que 47% Ped e 56% MGF insuficiente ($p < 0,01$). Na interpretação da ESP existiram menores diferenças entre os grupos profissionais. Para o diagnóstico de asma, 42% Ped, 75% Pn, 80% IA e 53% MGF usam ESP ($p < 0,001$) e na classificação da gravidade 43% Ped, 68% Pn, 63% IA e 28% MGF ($p < 0,001$). Mais de 80% dos médicos de todas as especialidades consideraram que os resultados da ESP influenciam as suas decisões terapêuticas, valorizando de forma semelhante os parâmetros espirométricos. A maioria das quatro especialidades considera requisitar ESP a partir dos 5 anos. Quanto ao interesse em participar em acções de formação sobre ESP na criança, este foi maior para os MGF [(87% Ped, 68% Pn, 87% IA e 94% MGF ($p < 0,001$))].

Conclusões: IA e Pn mencionam maior familiaridade com a ESP em idade pediátrica do que os Ped ou MGF. O reconhecimento destas limitações permitirá o desenvolvimento e implementação de estratégias específicas ajustadas a cada especialidade.

Palavras chave: Espirometria. Asma. Questionário. Idade pediátrica.

P-048. VALOR PREDITIVO DA QUEDA DO VEMS PÓS-METACOLINA NAS EXACERBAÇÕES RESPIRATÓRIAS

D. Coelho¹, I. Maia², E. Eusebio³, A. Pimentel³, M. Drummond^{3,4}

¹Department of Pneumology, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. ²ISPUP-EPI Unit, Porto University. ³Department of Pneumology, Hospital São João, Porto. ⁴Faculty of Medicine, Porto University.

Introdução: Os testes de broncoprovocação têm como finalidade a demonstração da presença de resposta brônquica (broncoconstrição) a vários estímulos. A metacolina é o agente mais amplamente utilizado nos testes de broncoconstrição. Desconhece-se se a dose de metacolina usada tem relação com o número de exacerbações respiratórias.

Objectivos: Caracterizar os doentes com prova de metacolina positiva e analisar a relação entre queda do Volume Expiratório Máximo no 1º Segundo (VEMS) pós-metacolina e as exacerbações respiratórias.

Métodos: Estudo transversal com 160 doentes que realizaram prova de broncoconstrição com metacolina no período entre Janeiro de 2012 a Dezembro de 2015. Os dados foram obtidos através da consulta de registos dos processos clínicos dos doentes. Recolheu-se informação relativamente às características sociodemográficas, resultado da prova da metacolina (CP20), os valores de espirometria e exacerbações. Utilizou-se coeficiente de correlação de Spearman para as variáveis que não seguiam uma distribuição normal. O teste t-Student foi utilizado para comparar as variáveis contínuas com distribuição normal. O teste de Mann-Whitney para as variáveis com uma distribuição não normal. As proporções foram comparadas utilizando o teste de qui-quadrado.

Resultados: Da amostra estudada 35 tiveram prova de metacolina positiva, tendo sido excluídos os doentes com prova negativa. Daqueles com prova positiva 86,7% eram do sexo feminino, com uma idade média de 51,3 (16,2) anos e Índice de Massa Corporal 27,1 (4,6) kg/m². A média do VEMS basal foi de 99,1 (13,6), a de índice de Tiffenau de 79,6 (8,9), e a mediana (P25; P75) de redução do VEMS em relação ao basal foi 24% (23 e 27 respectivamente). A média da dose metacolina usada para CP20 foi de 857, 4 (547,9) µg. Verificou-se uma correlação positiva entre CP20 e VEMS basal assim como correlação negativa entre o índice Tiffenau com a idade. Encontraram-se ainda diferenças no índice de Tiffenau face à história de internamentos. Não se verificaram outras correlações estatisticamente significativas.

Conclusões: Neste estudo verificou-se que quanto menor o atingimento funcional respiratório maior foi a dose necessária para a resposta broncoconstritora e menor a incidência de história de internamento e de exacerbações no ano anterior e em valor cumulativo (desde 2012). Contudo, face ao reduzido tamanho amostral, mais estudos são necessários para estudar as relações entre os parâmetros avaliados.

Palavras chave: Metacolina. PC20. Exacerbações.

P-049. EOSINÓFILOS NA EXPETORAÇÃO E ÓXIDO NÍTRICO NO AR EXALADO NUMA AMOSTRA DE CRIANÇAS COM ASMA

P. Carreiro-Martins^{1,2}, I. Caires¹, R. Roque^{3,4}, C. Pinheiro³, I. Carvalho⁵, P. Leiria Pinto^{1,2}, T. Gamboa¹, A. Félix^{3,6}, N. Neuparth^{1,2}

¹CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisbon. ²Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. ³Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. ⁴Lisbon School of Health Technology. ⁵Fisioterapeuta. ⁶NOVA Medical School.

Introdução: A medição do óxido nítrico no ar exalado (F_ENO) e a contagem de eosinófilos na expetoração induzida são as técnicas

melhor validadas para estudar a inflamação eosinofílica da asma. O $F_{E}NO$ é um método simples e não invasivo, mas pode encontrar-se elevado mesmo na ausência de inflamação eosinofílica; A contagem de eosinófilos na expetoração é uma técnica mais complexa, particularmente na criança, contudo é considerada o padrão-ouro para a avaliação da inflamação eosinofílica das vias aéreas e para o estudo do fenótipo da asma. Por outro lado, tem sido considerada de maior utilidade do que o $F_{E}NO$ para a decisão de ajustes terapêuticos.

Objectivos: Pretendeu-se avaliar a exequibilidade da técnica de expetoração induzida num grupo de crianças asmáticas e estudar a associação entre o $F_{E}NO$ e a contagem de eosinófilos obtidos.

Métodos: Foram convidadas a participar 13 crianças asmáticas. A indução da expetoração e a avaliação da celularidade foram realizados de acordo com as recomendações da *European Respiratory Society*. Por razões de segurança, mediu-se o FEV_1 e a SpO_2 após cada período de inalação. Para a medição do $F_{E}NO$ utilizou-se um dispositivo de monitorização portátil (NIOX-VERO). Para estudar a associação entre o $F_{E}NO$ e a contagem de eosinófilos na expetoração, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (ρ).

Resultados: Onze dos treze participantes (85%) foram bem-sucedidos na indução da expetoração - seis rapazes e cinco raparigas, com idade média de 10,6 (DP: 3,7) anos. Não ocorreu nenhum evento adverso durante a indução. Nas 11 amostras de expetoração obtidas, oito apresentaram eosinófilos. A mediana de valores para o FEV_1 basal foi de 101% (p25-p75: 94-117%). Para o $F_{E}NO$ e para os eosinófilos, as medianas foram de 39 ppb (p25-p75: 10-102 ppb) e de 0,9% (p25-p75: 0-2,2%), respetivamente. O $F_{E}NO$ e a contagem de eosinófilos na expetoração correlacionaram-se positivamente ($\rho = 0,64$, $p = 0,036$).

Conclusões: A avaliação de eosinófilos na expetoração induzida foi um procedimento seguro e bem-sucedido na amostra de crianças estudada. Foi possível obter células viáveis nas amostras recolhidas. Os eosinófilos correlacionaram-se com o $F_{E}NO$, reforçando os resultados obtidos na contagem celular. Apesar da informação fornecida por cada um destes biomarcadores se poder sobrepor, são exames que avaliam diferentes aspetos da inflamação das vias aéreas.

Palavras chave: Asma. Crianças. Eosinófilos. Expetoração. FENO.

P-050. OMALIZUMAB NO TRATAMENTO DA ASMA ALÉRGICA. EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

V. Santos¹, M. Van Zeller^{1,2}, M. Drummond^{1,2}

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

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: A asma é uma das doenças respiratórias crónicas mais comuns que provoca inflamação e obstrução reversível das vias respiratórias inferiores. A Imunoglobulina E (IgE) desempenha um papel central na inflamação. O omalizumab (OMA), um anticorpo monoclonal humanizado anti-IgE, é a terapêutica adjuvante preferencial para doentes com asma alérgica persistente, moderada a grave, com eficácia e segurança demonstrada.

Objectivos: Avaliar a eficácia, segurança e tolerância do OMA em doentes com asma alérgica persistente moderada a grave sob tratamento há pelo menos 3 anos.

Métodos: Análise retrospectiva das características demográficas e clínicas dos doentes medicados com OMA no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de São João, entre 2009 e 2015. Foram analisados os seguintes parâmetros: diferenças funcionais respiratórias, número de exacerbações e controlo da asma por Teste de Controlo da Asma (ACT) no início e após 36 meses de tratamento. O Débito Expiratório Máximo Instantâneo (DEMI) antes, 16 semanas, 6, 12 e 36 meses após o início do OMA.

Resultados: Foi administrado OMA a um total de 20 doentes durante este período, destes, apenas 10 se encontram em tratamento há

3 anos ou mais. Todos foram classificados pela GINA com asma não controlada antes do tratamento. Todos os doentes eram do sexo feminino, com média de idade de $55,2 \pm 8,4$ anos (40-67 anos). Foi observada sobreposição dos parâmetros funcionais respiratórios pré e pós-tratamento (CVF $103,1 \pm 8,2\%$ vs $94,9 \pm 10,7\%$, $p = 0,161$; VEF₁: $72,3 \pm 20,6\%$ vs $68,4 \pm 21,8\%$, $p = 0,536$; VEF₁/CVF: $65,1 \pm 11,5\%$ vs $60,7 \pm 12,8\%$, $p = 0,945$). Foi verificada melhoria clínica significativa, com redução do número de exacerbações e internamentos 36 meses após o início do OMA (número de exacerbações: $4,4 \pm 2,8$ vs $0,9 \pm 1,1$, $p = 0,011$, número de internamentos: $0,4 \pm 0,5$ vs 0 , $p = 0,037$). Ao fim de 36 meses de tratamento, todos os doentes relataram um melhor controlo da asma (ACT média antes vs após OMA: 18 vs 24). Verificou-se um aumento gradual no DEMI nos primeiros 6 meses de tratamento. Entre os 6 e 12 meses de tratamento, esta melhoria manteve-se estável. Após este período, verificou-se um aumento significativo no DEMI. Nos doentes estudados, não houve alteração nas doses utilizadas de corticóides inalados nem de beta-agonista de longa duração. A maioria dos doentes (90%, $n = 9$) não manifestou qualquer efeito secundário associado ao fármaco, apenas num doente foi suspensa a terapêutica por cefaleias. Verificou-se agravamento no controlo da asma e exacerbações graves em dois doentes após a suspensão do OMA.

Conclusões: O OMA tem mostrado benefícios clínicos com uma relação custo-eficácia favorável em doentes com asma alérgica persistente moderada a grave, estabilizando a função pulmonar e mantendo o seu controlo com um bom perfil de segurança.

Palavras chave: Asma. Omalizumab.

P-051. INTERNAMENTOS POR ASMA BRÔNQUICA. REVISÃO DO ANO DE 2015

S. Lucas, H. Ramos, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: A asma brônquica (AB) é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que constitui importante causa de absentismo escolar, laboral e de custos de saúde e, de acordo com os últimos dados nacionais publicados corresponde a 10.6% da totalidade dos internamentos por doenças respiratórias.

Objectivos: Caracterizar a população de doentes com Asma brônquica agudizada que necessitaram de internamento hospitalar num serviço de Pneumologia durante o ano de 2015.

Métodos: Os autores efetuaram um estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos e realizaram uma avaliação retrospectiva de múltiplas variáveis: demográficas, clínicas e funcionais.

Resultados: Foram avaliados 48 internamentos com o diagnóstico principal de asma brônquica agudizada, que correspondeu a um total de 39 doentes (7 doentes com 2 internamentos e 1 doente com 3 internamentos). A maioria dos doentes são do sexo feminino (69,2%), não fumadores (53,9%) e apresentam uma média de idades de 62 anos. As comorbilidades mais identificadas foram a patologia cardiovascular e a patologia naso-sinusal sendo também identificadas o refluxo gastroesofágico, síndrome depressivo, síndrome de apneia do sono e obesidade. A maioria dos doentes não apresentava sensibilização alérgica, no entanto, destaca-se a evidência de exposição profissional com possível agravamento sintomático em 4 doentes, história de hábitos alcoólicos ativos em 2 doentes e história prévia de ventilação mecânica invasiva (VMI) por asma em 2 doentes. A demora média de internamento foi de 8 dias, sendo que 2 doentes necessitaram de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos por necessidade de VMI. Dos restantes, 6 doentes necessitaram temporariamente de observação em unidade de cuidados intermédios. Destaca-se o facto de 64,1% dos doentes não serem seguidos previamente em consulta de especialidade sendo que destes 56% não faziam terapêutica prévia com corticoide inalado. Relativamente ao estudo funcional respiratório verificou-se na grande maioria dos doentes obstrução brônquica com reversibilidade ao

broncodilatador sendo que o valor médio observado de volume expiratório forçado no 1º segundo foi de 62,7%. Dos doentes analisados destaca-se um óbito num doente com 88 anos que apresentou descompensação de patologia cardiovascular durante o internamento. Após alta hospitalar todos os doentes foram encaminhados para consulta externa de especialidade, contudo, verificou-se falta de adesão à consulta e/ou à terapêutica em 20,5% dos doentes.

Conclusões: Como demonstrado em vários documentos a asma brônquica agudizada foi responsável por um número significativo de internamentos hospitalares, no entanto, quando comparado com os dados locais relativos ao ano anterior os números apresentados revelam um decréscimo do número de internamentos. Tal como em outros estudos observou-se predominância do sexo feminino, uma média de idades elevada e a existência de fatores de gravidade de doença nomeadamente: percentagem significativa de doentes com hábitos tabágicos prévios ou ativos, falta de adesão à terapêutica/consulta, ausência de terapêutica prévia com corticoide e presença de comorbilidade que possam dificultar o controlo da doença.

Palavras chave: Asma brônquica agudizada. Internamento.

P-052. ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS

M. Jacob, H. Dabó

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: Aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença pulmonar imunológica, em resposta à colonização da via aérea por *Aspergillus fumigatus*, que ocorre quase exclusivamente em doentes com asma ou fibrose quística. Reconhecer e tratar precocemente ABPA permite melhorar os sintomas do doente e evita lesão pulmonar permanente.

Casos clínicos: Caso 1: mulher de 71 anos, não fumadora, com infeção por VIH sob terapêutica anti-retrovírica, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. História de bronquiectasias e asma alérgica, diagnosticadas há vários anos. Apesar da terapêutica anti-asmática instituída, mantinha-se sintomática, pelo que foi encaminhada para consulta de Pneumologia. Na revisão dos exames auxiliares previamente efetuados, a TC do tórax mostrava um infiltrado em vidro-despolido com cerca de 13 mm no lobo superior direito e bronquiectasias difusas. Por suspeita de ABPA, foram realizados outros testes: o teste-prick revelou positividade para *A. fumigatus*, a imunoglobulina E sérica total (IgE) e IgE específica para *A. fumigatus*, ambas moderadamente elevadas (998 kU/L e 15 kU/L, respetivamente) e, ainda, confirmou-se presença de eosinofilia periférica prévia. Caso 2: mulher de 72 anos, não fumadora, com asma e rinite alérgicas diagnosticadas há vários anos, medicadas e controladas. Encaminhada para a consulta de Pneumologia para estudo de lesão com cerca de 3 cm no lobo superior esquerdo, suspeita de malignidade. Referia um quadro com cerca de 15 dias de evolução de toracalgie contínua à esquerda de características pleuríticas, associada a aumento da quantidade e purulência da expectoração. Negava dispneia, hemoptise, anorexia, perda ponderal e febre. Havia sido medicada com levofloxacina e prednisolona oral, com melhoria transitória dos sintomas. O exame físico revelou-se normal. Realizou biópsia aspirativa transtorácica, cuja histologia mostrou alterações compatíveis com pneumonia eosinofílica. Foi realizada investigação diagnóstica adicional. Não havia história de viagens ao estrangeiro ou história farmacológica relevante. O estudo imunológico do sangue e parasitológico das fezes foram negativos. Apresentava IgE elevada (809 kU/L), IgE específica para *A. fumigatus* positivo (15,75 kU/L), precipitinas positivas para *A. fumigatus* e eosinofilia periférica. Ambos os casos preencheram os critérios sugeridos para diagnóstico de ABPA, pelo que iniciaram tratamento com prednisolona oral (0,5 mg/kg/dia). Nas semanas subsequentes, a dose foi reduzida progressivamente de acordo com a resposta clínica e radiológica.

Discussão: O diagnóstico de ABPA pode ser um desafio, uma vez que não existe um teste específico para o estabelecer, ou critérios consensuais para tal. Neste sentido, durante o seguimento de doentes com asma ou fibrose quística deve-se manter um nível elevado de suspeita para ABPA, uma vez que o atraso no diagnóstico e início de tratamento pode levar a lesão pulmonar permanente.

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

P-053. EOSINOFILIA PERIFÉRICA COMO MARCADOR DE INFLAMAÇÃO NA ASMA

M. Esteves Brandão¹, I. Ladeira², I. Pascoal², A. Carvalho², R. Lima²

¹*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.* ²*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Gaia-Espinho.*

Introdução: O eosinófilo desempenha um papel central na inflamação asmática. A sua presença em níveis persistentemente elevados nas vias aéreas associa-se a maior risco de exacerbações e maior gravidade da doença. Os métodos atuais de classificação da gravidade e do controlo da asma não incluem marcadores do processo inflamatório. Na última década vários marcadores têm sido estudados para preencher esta lacuna no manuseio da asma. Contudo, a eosinofilia periférica continua a ser aquele com maior aplicabilidade na prática clínica devido à sua simplicidade, baixo-custo e ampla disponibilidade.

Objectivos: Descrever o perfil de eosinofilia periférica num coorte aleatório de doentes asmáticos e a sua relação com outros marcadores de atividade da doença.

Métodos: Foram retrospectivamente revistos os processos clínicos de todos os asmáticos adultos observados na Consulta de Pneumologia-Asma durante 6 semanas. Aqueles com registo de pelo menos um hemograma foram incluídos. De acordo com a contagem de eosinófilos no sangue periférico estes doentes foram divididos em 3 grupos: grupo 1 com valor inferior a $0,15 \times 10^9/L$, grupo 2 com valores entre $0,15$ e $0,41 \times 10^9/L$ e grupo 3 com valor igual ou superior a $0,41 \times 10^9/L$. Para cada grupo foram também analisados os seguintes parâmetros clínicos: atopia, imunoglobulina E, volume expiratório máximo no 1º segundo (VEMS1), fração de óxido nítrico exalado (FeNO), uso crónico de corticoterapia inalada e/ou oral e número de exacerbações graves no último ano (necessidade de corticoterapia sistémica ou internamento).

Resultados: A amostra global incluiu 150 doentes asmáticos, predominantemente do sexo feminino (76,7%) com média de idades de 52 ± 14 anos. Noventa e sete doentes (64,6%) tinham concomitantemente rinite e/ou sinusite e oito (5,3%) doentes apresentavam polipose nasal. A maior parte dos doentes (43,3%) pertencia ao grupo 2, com valores intermédios de eosinofilia. Os restantes doentes foram distribuídos equitativamente pelos grupos 1 e 3 (28% e 28,7% respectivamente). O grupo 3 caracterizou-se por uma maior prevalência de atopia ($p = 0,029$), níveis elevados de FeNO ($p = 0,002$) e de IgE ($p = 0,007$) comparativamente aos grupos 1 e 2. Para além disso, a taxa de exacerbações graves foi duas vezes superior no grupo 3 quando comparado ao grupo 2 (46,5% vs 21,5%; $p = 0,023$). Não se encontraram diferenças significativas entre os três grupos quanto à função pulmonar, uso crónico de corticoterapia inalada em altas doses ou corticoterapia oral.

Conclusões: O presente estudo sugere uma forte correlação entre a contagem de eosinófilos superior a $0,41 \times 10^9/L$ no sangue periférico e a presença de atopia, doseamentos elevados de FeNO e IgE bem como o risco de exacerbações graves da doença. Estes resultados são particularmente relevantes na era da terapêutica anti-eosinofílica após estudos promissores em doentes com fenótipo eosinofílico. Aguardam-se estudos prospectivos em larga escala que permitam confirmar o melhor ponto de corte para a eosinofilia periférica. É provável que no futuro, a utilização de um conjunto

destes marcadores inflamatórios permita uma avaliação mais completa da asma, analisando de forma simples e não invasiva o processo inflamatório da via aérea.

Palavras chave: Asma. Eosinofilia periférica. Asma grave. Biomarcadores.

P-054. IMPACTO DA IDADE, INFECÇÃO RESPIRATÓRIA E COMORBILIDADES NA DURAÇÃO DO INTERNAMENTO DE DOENTES ADULTOS COM EXACERBAÇÃO ASMÁTICA

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

Unidade de Pneumologia Oncológica, Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Ao longo dos anos, apesar de se observar uma redução do número de episódios de internamento anual por asma, esse decréscimo é proporcionalmente insuficiente a par da marcada evolução terapêutica nesta área. São escassos os estudos que investiguem os fatores que contribuem para o prolongamento da recuperação de uma exacerbação asmática em doentes adultos internados. Importa, assim, investigar entre outros factores, o impacto da idade, visto que o tratamento em doentes idosos asmáticos é desafiante; das infecções respiratórias; e comorbilidades associadas. **Objectivos:** Os autores propuseram-se a avaliar os factores que prolongam a duração do internamento por exacerbação da asma em doentes adultos em 2015.

Métodos: O estudo incluiu vinte e cinco doentes adultos com asma, com indicação para hospitalização devido a exacerbação da asma, e de acordo com os restantes critérios de inclusão. Os doentes foram internados na Unidade de Pneumologia Geral do Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte, entre Setembro de 2015 e Dezembro de 2015. Os doentes foram divididos em dois grupos etários: idosos (≥ 65 anos) e não idosos (< 65 anos). O número de doentes e o tempo de duração do internamento hospitalar foram analisados estatisticamente de acordo com a idade, sexo, infecção respiratória e comorbilidades. A análise estatística realizada foi determinada utilizando o teste t de Student para amostras emparelhadas e um *p-value* (p) $< 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: O número de doentes do sexo feminino e masculino foram 15 e 10 doentes, respectivamente. A duração média de internamento em doentes com ≥ 65 anos foi de $8,4 \pm 2,6$ dias, e em doentes com < 65 anos de idade foi de $5,0 \pm 3,4$ dias ($p = 0,03$). No grupo etário com < 65 anos, de um total de 20 doentes, 15 apresentavam infeção respiratória. O tempo médio de internamento hospitalar neste grupo, com e sem infeção respiratória, foi $5,7 \pm 3,2$ e $2,8 \pm 2,5$ dias, respectivamente ($p = 0,06$). Dos doentes com < 65 anos, pelo menos uma comorbilidade de relevância clínica foi encontrada em 75,0% dos doentes, mas, pelo menos, duas em 40,0%, e três ou mais foram encontradas em 25,0% dos indivíduos. No grupo etário com ≥ 65 anos, de um total de 5 doentes, 2 doentes apresentavam infeção respiratória. A duração de internamento hospitalar neste grupo, com e sem infeção respiratória, foi de $11,0 \pm 1,4$ e $6,7 \pm 2,9$ dias, respectivamente ($p = 0,15$). Pelo menos três ou mais comorbilidades de relevância clínica foram encontradas em 100% dos doentes deste grupo.

Conclusões: A duração do internamento em doentes idosos foi superior à verificada no grupo não idoso. Ser idoso é um fator que prolonga o tempo de internamento hospitalar por exacerbação da asma e apresentou significância estatística. Independentemente da idade, a infeção respiratória foi uma complicação presente em 80% dos casos prolongando a duração do internamento em ambos os grupos, embora sem significância estatística. Este estudo destaca ainda o espectro da asma como uma doença multifacetada e constituído de um componente complexo de multimorbilidade crónica.

Palavras chave: Asma. Exacerbação asmática. Internamento.

P-055. INFLUÊNCIA DA CONDIÇÃO FÍSICA NO DESEMPENHO DO TGLITRE EM INDIVÍDUOS COM DPOC

L. Robalinho, J. Santos, L. Morais, P. Abreu, A. Montes, C. Melo

AIR Care Centre®-Centro de Reabilitação Respiratória da Linde Saúde.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença multisistémica com repercussões no estado funcional do indivíduo com DPOC. Para avaliar a capacidade funcional dos indivíduos com DPOC e em particular para medir os resultados dos programas de reabilitação respiratória, o teste mais utilizado tem sido a prova de marcha dos 6 minutos (PM6M), que apenas reflete uma atividade da vida diária (AVD), a marcha. Para uma avaliação mais representativa do estado funcional, com base num conjunto de atividades semelhantes às AVDs, como caminhar, sentar e levantar, subir e descer escadas e mover objetos com os membros superiores, foi desenvolvido o teste AVD-Glittre (TGlittre). A investigação comprova que o TGlittre é uma ferramenta válida e fiável para medir o estado funcional em indivíduos com DPOC, apresentando uma correlação forte com a distância percorrida na PM6M. No entanto, a correlação com outras componentes da condição física, como o equilíbrio dinâmico e a força dos membros superiores e inferiores, ainda não foi descrita.

Objectivos: Analisar a relação entre o desempenho no TGlittre e a condição física (força muscular dos membros superiores e inferiores, equilíbrio dinâmico e *endurance* cardiorrespiratória) em indivíduos com DPOC.

Métodos: Estudo analítico transversal constituído por 12 indivíduos (7 homens, mediana de 69,50 anos) com DPOC estável, em reabilitação respiratória no AIR Care Centre®-Centro de Reabilitação Respiratória da Linde Saúde. Os participantes foram classificados segundo a avaliação combinada da GOLD (3 sujeitos A, 4-B, 3-C e 2-D), baseando-se no risco futuro (exacerbações no último ano e sua frequência), na severidade de limitação do fluxo aéreo (FEV1) e na presença e intensidade dos sintomas (dispneia - Escala do Medical Research Council modificada (mMRC) ou em alternativa o COPD Assessment Test (CAT)). Foi avaliado o tempo despendido no TGlittre, o tempo obtido no 8-Foot up-and-go, a 1RM dos extensores do joelho, a força de preensão manual e a distância percorrida na PM6M.

Resultados: Não se verificou correlação entre o TGlittre e a 1RM dos extensores do joelho, a força de preensão manual e o 8-Foot up-and-go. Verificou-se, em concordância com outros estudos, uma correlação significativa, forte e negativa entre TGlittre e a PM6M ($rs = -0,602$; $p = 0,038$). Apesar de não ser objetivo do estudo, nesta amostra não se verificaram diferenças significativas no desempenho do TGlittre entre os géneros e verificou-se uma correlação significativa, forte e positiva entre o TGlittre e a idade ($rs = 0,64$; $p = 0,026$).

Conclusões: Nesta amostra o TGlittre é influenciado pela idade, mas não é influenciado nem pela força muscular e nem pelo equilíbrio dinâmico. A pequena dimensão da amostra é a principal limitação deste estudo, reforçando assim a necessidade de dar continuidade ao mesmo. Testes de *endurance* muscular local dos membros superiores e inferiores devem também ser alvo de estudo, pois poderão refletir melhor o tipo de trabalho muscular utilizado no TGlittre.

Palavras chave: DPOC. TGlittre. Reabilitação respiratória. Intolerância ao exercício. Capacidade funcional.

P-056. PREVALÊNCIA DA DPOC EM FUMADORES NUMA CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

N. Pereira, C. Dias, F. Mina

Centro de Saúde no Santo da Serra, SESARAM, EPE.

Introdução: A DPOC é uma das principais causas de morbidade crónica e mortalidade. Em Portugal, atinge 14,2% nos indivíduos com mais de 40 anos. O tabagismo é o principal fator de risco, estando presente em mais de 90% dos casos e cerca de 20 a 50% dos fumadores desenvolverão limitação ventilatória obstrutiva. De acordo com a literatura a DPOC é, de uma maneira geral, subdiagnosticada, verificando-se que muitos doentes só têm o diagnóstico quando já perderam cerca de 50% da capacidade respiratória o que torna fundamental a confirmação precoce com espirometria, para retardar a evolução natural da doença.

Objectivos: Determinar a prevalência de DPOC em fumadores com mais de 40 anos e carga tabágica superior a 10 UMA, inscritos na consulta especializada de cessação tabágica do Centro de Saúde do Santo da Serra (CSSS) de 1/01/2014 a 31/07/2016.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal numa população-alvo cujos critérios de inclusão foram todos os fumadores com mais de 40 anos, carga tabágica superior a 10 UMA e que ingressaram na consulta especializada de cessação tabágica do CSSS a partir de 01/01/2014 até 31/07/2016. As variáveis estudadas foram o sexo, idade, situação profissional, carga tabágica, idade de início do consumo de tabaco, avaliação espirométrica e tempo de cessação. Os dados das variáveis em estudo foram codificados, registados e analisados no *software* Microsoft Excel 2013.

Resultados: Em dois anos e meio, foram observados em consulta, pela primeira vez, 139 fumadores, dos quais 60% (n = 83) tinham mais de 40 anos e carga tabágica superior a 10 UMA. Destes, a 47% (n = 39) foi pedida espirometria, tendo 1 recusado. Das 38 espirometrias efetuadas, 39,5% (n = 15) tinham função ventilatória normal em repouso, 28,9% (n = 11) apresentavam DPOC, 7,9% (n = 3) apresentavam outras patologias respiratórias e 23,7% (n = 9) aguardavam a realização do exame ou a validação do resultado. Relativamente aos 11 fumadores com DPOC, 73% (n = 8) são do género masculino, têm idade média de 50 anos, 82% (n = 9) têm situação profissional ativa, carga tabágica média de 51 UMA e idade média de início do consumo de tabaco de 18 anos. Estão em fase de acção (sem fumar há mais de 6 meses sem recaídas) 18% (n = 2) dos doentes e 9% (n = 1) desistiram do seguimento na consulta.

Conclusões: Os resultados obtidos corroboram o subdiagnóstico da DPOC descrito na literatura científica, na medida em que os pedidos de espirometria foram feitos a menos de metade da amostra que tinha indicação para efetuar o exame. A todos os indivíduos diagnosticados com DPOC foi recomendada a realização da vacina antigripal e antipneumocócica e a prática de atividade física. A adoção de medidas de redução do risco, o rastreio oportunístico e a deteção precoce são indispensáveis para a redução das taxas de incidência e morbidade da DPOC. Estes resultados obrigam à equipa investigadora uma reflexão e à implementação de medidas corretivas urgentes, como o pedido de espirometria a todos os doentes de risco promovendo a deteção precoce de DPOC e a orientação e tratamento adequados.

Palavras chave: DPOC. Tabagismo. Cessação tabágica. Espirometria.

P-057. CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR E PERDA PONDERAL EM DOENTES COM DPOC E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: ESTUDO DESCRITIVO

C.A. Simão, C. Sousa, M. Silveira, L. Correia, S. Maduro, C. Andrade, M. Carvalho, R. Costa, H. Liberato, F. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma patologia heterogénea. A perda de peso e o baixo IMC estão associados a pior prognóstico (Ezzel at al, 2000), contudo, sabe-se que a malnutrição nem sempre é reconhecida e tratada. A hiperinsuflação

pulmonar apresenta importantes consequências clínicas, podendo mesmo estar associada a maior mortalidade (Celli at all, 2004).

Objectivos: O presente estudo teve como principal objectivo determinar, ao longo de dois anos, a percentagem de perda peso corporal em doentes DPOC com insuficiência respiratória e sua relação com função pulmonar, nomeadamente volume residual (RV) e capacidade pulmonar total (TLC).

Métodos: Foi realizado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. A população alvo foram os doentes inscritos na consulta de insuficiência respiratória do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no ano de 2015. Foram consultados os processos clínicos com recolha e análise dos dados através do programa SPSS® versão 21. Para o estudo de associação entre variáveis aplicou-se o teste Qui-quadrado e um nível de significância de 5%.

Resultados: Do total de doentes inscritos (n = 96), 18 doentes foram incluídos no estudo. A idade média foi 66,50 anos ($\sigma = 11,72$) e a maioria dos doentes eram do sexo masculino (66,67%). O valor médio de FEV₁ foi 0,73L (FEV₁ médio 35%) sendo que 88,9% dos doentes apresentavam FEV₁ inferior a 50%. A percentagem de queda de FEV₁ ao longo de 1 ano foi de 2,32%. A maioria dos doentes (n = 10, 55,5%) perdeu peso, sendo que a média de perda ponderal foi 2,05 Kg, correspondendo a 2,99%. Dos doentes que apresentaram perda ponderal 60,0% apresentava TLC \geq 120% e RV \geq 140% (p > 0,05), 100,0% apresentava RV \geq 140% e 40,0% apresentava CAT score \geq 20 (p > 0,05).

Conclusões: A prevalência de FEV₁ < 50% em doentes com DPOC e insuficiência respiratória é elevada (88,9%). Verificou-se que a frequência e média de perda ponderal na amostra são elevadas (2,05 kg e 55,5%, respectivamente) o que pode estar em relação com a gravidade da doença. Dos doentes com perda ponderal observou-se elevada prevalência de hiperinsuflação pulmonar, contudo a análise de dados não mostrou diferenças estatisticamente significativas. Os autores consideram necessário a existência de mais estudos que avaliem o impacto na sua função pulmonar da perda ponderal em doentes com DPOC e insuficiência respiratória crónica.

Palavras chave: Perda ponderal. Hiperinsuflação. DPOC. Insuficiência respiratória crónica.

P-058. CAMPANHAS DE SENSIBILIZAÇÃO E RASTREIO NO DIA MUNDIAL DA DPOC: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

J. Vale Lages, A.L. Vieira, C. Lacerda, J.F. Cruz, J. Cunha
Hospital de Braga.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbidade afetando cerca de 14% da população portuguesa.

Objectivos: Analisar dados epidemiológicos, clínicos e funcionais de participantes numa campanha de sensibilização realizada no Dia Mundial da DPOC; determinar a prevalência de DPOC com base na relação FEV₁/FVC < 0,7 e com base em valores funcionais abaixo do limite inferior do normal (LIN); investigar a validade do Respiratory Health Screening Questionnaire (RHSQ) para rastreio.

Métodos: Foram convidados a participar na campanha, através do preenchimento de um questionário e realização de uma espirometria, indivíduos com idade superior a 40 anos.

Resultados: Foram incluídos 193 participantes: 53% eram do sexo feminino (idade média: 60 \pm 11 anos); 19% fumadores e 24% ex-fumadores (média 20 \pm 18 UMA); 45% possuíam baixo nível de escolaridade; apresentaram um IMC médio de 27 \pm 4 kg/m²; 29% tinham história de doença respiratória e 33% referiam história de alergias. Apenas 20% tinham conhecimento acerca da DPOC, 19% da espirometria e 22% tinham efetivamente sido previamente rastreados para DPOC. 40% referiram exposição passiva a fumo do tabaco, 66% referiram exposição a combustão de biomassa no interior do lar e 61% referiram estar ou ter sido expostos a gases/partículas nocivas nos seus locais de trabalho. A dispneia esteve presente em meta-

de dos inquiridos. Quando questionados quanto à presença outros sintomas, 47% referiam ter tosse, 43% expetoração e 42% pieira. Foram excluídas dezassete espirometrias por não cumprirem os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade. Foi obtido RHSQ positivo (> 16 pontos) em 50%. Foi diagnosticado síndrome ventilatório obstrutivo em 10% (n = 19) e 89% (n = 17) tinham um RHSQ positivo. Destes 42% referiam ter dispneia, 47% tosse, 58% expetoração e 63% pieira. Se considerarmos o valor LIN para o diagnóstico de obstrução, a percentagem de síndrome ventilatório obstrutivo cai para 5% (n = 9). Todos os indivíduos apresentaram RHSQ positivo.

Conclusões: A prevalência de possível DPOC na amostra estudada foi de 10%. Se for considerado o valor LIN, a prevalência cai para 5% (n = 9). Nos doentes com obstrução funcional a prevalência dos sintomas foi semelhante à totalidade da amostra refletindo, provavelmente, a desvalorização sintomática nestes participantes. O RHSQ mostrou ser uma ferramenta de rastreio sensível com um valor preditivo negativo alto para o diagnóstico de obstrução, como descrito na literatura, especialmente se considerado o valor LIN para diagnóstico.

Palavras chave: DPOC. Espirometria. Rastreio.

P-059. FATORES DE RISCO PARA EXACERBAÇÕES INFECIOSAS NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA GOLD 3 E 4

M. Alvarenga, M. Aguiar, S. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) tem uma incidência estimada de 14,2% na população adulta com idade acima de 40 anos, em Lisboa. As exacerbações infecciosas da DPOC interferem negativamente na progressão da doença e influenciam a qualidade de vida dos doentes.

Objectivos: Investigar potenciais fatores de risco para as exacerbações infecciosas nos doentes com DPOC GOLD 3 e 4.

Métodos: Foram selecionados os doentes com DPOC cujas provas de função respiratória de 2014 revelaram obstrução brônquica grave ou muito grave. Estes foram caracterizados de acordo com os dados demográficos, hábitos tabágicos, avaliação funcional, comorbilidades e terapêutica. Os doentes foram seguidos prospectivamente durante um ano e foram colhidos dados sobre as exacerbações infecciosas. Foi feita uma análise dos potenciais fatores de risco.

Resultados: Foram incluídos 57 doentes: 83% do sexo masculino, média etária de 65,3 ± 9,1 anos e índice de massa corporal (IMC) médio de 26,7 ± 5,8 kg/m². Um terço dos doentes eram fumadores ativos e a carga tabágica média era 59,6 ± 29,1. O volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁) médio foi 38,5 ± 9,3% do previsto, o volume residual (VR) médio foi 196,5 ± 45,9% do previsto e a capacidade de difusão do monóxido de carbono corrigida ao volume alveolar (DLCO/VA) média foi 59 ± 25,1% do previsto. As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (67%), bronquiectasias (39%), ansiedade/depressão (37%), insuficiência cardíaca (28%), síndrome de apneia obstrutiva do sono (21%) e diabetes tipo 2 (21%). 50 doentes (88%) estavam medicados com corticoterapia inalada, sendo que 43 doentes (75%) estavam medicados com terapêutica tripla (corticosteroide, agonista β₂ de longa ação e anticolinérgico de longa ação inalados). 12 doentes (21%) estavam sob oxigenoterapia de longa duração. Relativamente às exacerbações, 31 doentes (54%) tinham tido pelo menos 1 exacerbação no ano anterior. Durante o *follow-up*, a taxa média de exacerbações infecciosas foi 1,4. Doentes com bronquiectasias e doentes com pelo menos uma exacerbação no ano anterior tiveram um maior número de exacerbações (1,7 vs 1,2 valor p 0,09 e 1,9 vs 0,9 valor p 0,007, respetivamente). Foi também identificada uma correlação entre o número de exacerbações e a % VEF₁ previsto (r = -0,39), % VR previsto (r = 0,31) e a % DLCO/VA prevista (r = -0,31). Não houve diferença estatisticamente significativa nos doentes com

e sem exacerbações em relação à idade, IMC, hábitos tabágicos, utilização de corticoterapia inalada ou oxigenoterapia de longa duração. Nos doentes com ansiedade e depressão, havia uma maior proporção de fumadores ativos (0,52 vs 0,19, valor p 0,004) e estes doentes tinham um VEF₁ inferior (36,4 vs 39,8, valor p 0,09) e mais exacerbações (2,19 vs 0,94, valor p 0,002).

Conclusões: Uma avaliação funcional mais grave, bronquiectasias e pelo menos uma exacerbação no ano anterior estão associados a um maior risco de exacerbações infecciosas em doentes com DPOC estádios 3 e 4. Os doentes com ansiedade/depressão deixam menos de fumar e têm uma obstrução brônquica mais grave o que poderá contribuir para uma maior taxa de exacerbações infecciosas.

Palavras chave: DPOC. Exacerbações. Bronquiectasias. Avaliação funcional. Ansiedade. Depressão.

P-060. DIAGNÓSTICO DE DPOC EM DOENTES INTERNADOS. DIAGNÓSTICO CORRETO?

C. Cruz, P.S. Santos, M.B. Paiva

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

Introdução: Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença frequente, evitável e tratável, caracterizada por uma obstrução progressiva ao fluxo aéreo. O diagnóstico é muitas vezes presumido pela presença de tosse produtiva e dispneia em doentes fumadores, no entanto o diagnóstico definitivo requer a realização de espirometria com a identificação de FEV₁/FVC < 0,70. Na prática clínica é comum observar-se o diagnóstico clínico de DPOC sem a confirmação prévia ou subsequente espirométrica. Apesar da suspeição clínica, a realização de espirometria é essencial para confirmar ou infirmar o diagnóstico de DPOC e orientar para diagnósticos alternativos.

Objectivos: Avaliar o impacto dos internamentos por DPOC no serviço de Medicina Interna de um Hospital Universitário e confirmar o diagnóstico por espirometria em doentes internados codificados com esse diagnóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes internados com o diagnóstico de DPOC, no período de um ano, num Hospital Universitário. Procedeu-se ao levantamento das cartas de alta dos internamentos codificados com diagnóstico de DPOC, no serviço de Medicina Interna, e à revisão dos processos clínicos com a análise da idade, tempo de internamento, mortalidade e espirometria.

Resultados: No período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2011, ocorreram 1.770 internamentos codificados com o diagnóstico principal ou secundário de DPOC, correspondendo a 1.421 doentes. Destes internamentos, 569 (32%), foram no serviço de Medicina Interna, 335 (19%) no serviço de Pneumologia, 127 (7%) no serviço de Cirurgia Cardiorácica, 105 (6%) no serviço de Cardiologia e 634 (36%) noutros serviços. A média de idades foi de 73,6 anos, os internamentos duraram em média 8,7 dias e a mortalidade foi de 8,7%. No que se refere a internamentos por DPOC como diagnóstico principal, ocorreram 245 internamentos na unidade hospitalar, 81 (33%) na Medicina Interna, 148 (60%) na Pneumologia e 16 (7%) noutros serviços. No período analisado houve 4714 internamentos no Serviço de Medicina Interna. Destes, 569 (12%) foram codificados com diagnóstico primário ou secundário de DPOC, 81 (14%) como diagnóstico primário e 488 (86%) como diagnóstico secundário. A média de idades dos doentes internados neste serviço com o diagnóstico de DPOC foi de 79,3 anos, o tempo médio de internamento de 10,5 dias e a mortalidade foi de 8,4%. Os 569 internamentos na Medicina Interna corresponderam a 433 doentes. Dos 433 doentes, 103 (23,8%) realizaram espirometria. Do total de exames realizados, 41 doentes (40%) apresentavam espirometria compatível com síndrome obstrutiva, 21 (20%) síndrome restritivo e 41 (40%) tinham parâmetros dentro do normal.

Conclusões: Os autores concluíram que o diagnóstico de DPOC é ainda muitas vezes estabelecido de forma incorreta e apresentam este estudo para enfatizar a importância da realização de espirometria para confirmar e infirmar o diagnóstico de DPOC, de forma a que os doentes possam ter o tratamento adequado à sua doença e à sua classificação.

Palavras chave: DPOC. Espirometria. Exacerbação. Internamento.

P-061. O PAPEL DE UM CENTRO DE GESTÃO CLÍNICA NA TRIAGEM DE ALERTAS DE DOENTES COM DPOC TELEMONITORIZADOS

J. Belchior¹, M. Guedes¹, D. António¹, S. Guedes¹, M.I. Ramos¹, P. Costa², P. Pereira¹

¹Linde Saúde. ²Hospital Dr José Maria Grande, Portalegre.

Introdução: Um método de triagem permite a gestão de prioridades clínicas. A telemedicina é um conceito que engloba a recolha sistemática de dados transmitidos pelo doente a partir do domicílio e a sua análise por uma equipa de profissionais de saúde. É fundamental em doentes de zonas rurais e isoladas pois permite a rápida acessibilidade à sua condição clínica em tempo real. A exacerbação da DPOC é a principal determinante do estado de saúde e da progressão da doença.

Objectivos: Demonstrar a pertinência de um centro de gestão clínica (CGC) formado por profissionais de saúde especializados em patologia respiratória crónica cuja função é triar os alertas recebidos, reportando à equipa médica apenas as agudizações que se verifiquem reais, assim como estratificá-las consoante o seu nível de gravidade.

Métodos: Foram monitorizados 15 doentes com DPOC (estádios GOLD “c” e “d”), do sexo masculino e com média de 65 anos, residentes no alto Alentejo. Foram-lhes fornecidos dispositivos que permitiam medir e transmitir diariamente os seguintes biossinais: oximetria de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura. Para cada doente foram definidos e calculados limiares de alerta individuais. Define-se como alerta clínico a existência de pelo menos um biossinal fora do limiar calculado e como alerta técnico a ausência de pelo menos uma medição. Os alertas clínicos motivaram contacto do CGC para análise da sintomatologia através de questionário clínico (incluindo CAT). Este contacto permite a confirmação da exacerbação segundo critérios clínicos e a sua estratificação, mediante algoritmo próprio, em níveis I, II ou III para enviar o doente ao nível assistencial mais adequado. Nos de nível I foi feita uma optimização terapêutica remota, nos de nível II os doentes foram encaminhados para avaliação médica em 24h e nos de nível III para o serviço de urgência. Perante alerta técnico, foi efectuado contacto para confirmação da realização de medições e suporte na resolução de dificuldades.

Resultados: Durante 18 meses de monitorização, de um total de 31.615 registos, foram detectados 1.137 alertas clínicos, sendo que apenas 4,3% foram verdadeiros positivos. Destes, 55,1% foram de nível I, 36,7% de nível II e 8,2% de nível III. O alerta mais frequente foi a descida da saturação periférica média de oxigénio (igual ou superior a 3%), apresentando-se em 78% das agudizações de grau II e em 100% das de grau III. Foram registados 1.202 alertas técnicos. Os que foram motivados por falta de conhecimento do doente relativamente à tecnologia decresceram durante o período de estudo, reflectindo uma curva de aprendizagem. A boa adesão dos doentes à telemonitorização reflecte-se pela baixa taxa de alertas técnicos por desmotivação: 4,4%

Conclusões: Nem todas as alterações de biossinais se traduzem num estado de agudização, pelo que é fundamental a triagem clínica mediante inquérito aos doentes. Neste tipo de telemonitorização, um CGC aporta valor na identificação de casos reais e no encaminhamento ao médico apenas de uma pequena percentagem

de doentes em situação crítica, aumentando a eficiência do acompanhamento clínico. Análises pormenorizadas sobre a definição dos limiares individuais devem ser consideradas futuramente.

Palavras chave: Telemedicina. Centro de gestão clínica. DPOC.

P-062. AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM DOENTES COM DPOC ESTÁDIOS III E IV

N. Caires, R. Rosa, R. Gerardo, I. Gonçalves, P. Cravo, A. Mineiro, S. Coelho, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta, CHLC. Nova Medical School, Faculdade de Ciências Médicas.

Introdução: A insuficiência respiratória nos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é um fator de mau prognóstico, sendo uma importante causa de mortalidade nestes doentes.

Objectivos: Estudo comparativo de doentes com DPOC e FEV1 < 50%, com e sem insuficiência respiratória crónica (IRC), seguidos em regime de ambulatório.

Métodos: Realizou-se uma análise exploratória e descritiva. Incluíram-se os doentes com o diagnóstico de DPOC e alteração obstrutiva espirométrica grave (estádio III) e muito grave (estádio IV) segundo o GOLD, que tenham realizado estudo funcional respiratório no ano de 2015 no Hospital de Santa Marta e com seguimento em consulta de DPOC e/ou insuficiência respiratória. Os dados (clínicos e dos exames auxiliares de diagnóstico) foram recolhidos após consulta dos processos clínicos e a sua análise fez-se através do SPSS versão 20.0. Para o estudo de associação entre variáveis, foram aplicados os testes qui-quadrado e Mann-Whitney, com um nível de significância de 5%. Foram excluídos os doentes com idade inferior a 40 anos, deficiência de $\alpha 1$ antitripsina e outras doenças pulmonares obstrutivas.

Resultados: De 50 doentes incluídos, com uma idade média 66,8 anos, 41 (82%) eram do sexo masculino. Trinta doentes (60%) apresentavam IRC, dos quais 10 (33,3%) insuficiência respiratória global. No grupo com IRC, 15 doentes (50%) tinham excesso peso ou obesidade e cinco (16,7%) baixo peso. Nos doentes sem IRC, a maioria, 13 (65%) tinha peso normal e nenhum apresentava baixo peso (p 0,038). Os restantes dados são apresentados na tabela.

	Com IRC	Sem IRC	p value
Idade média, em anos	67,5	68	0,86
Tabagismo ativo	8 (26,7%)	7 (35%)	0,37
Carga tabágica, em UMA	47,5	63,5	0,113
FEV 1, em %	30,8% \pm 8,5 DP	37,1% \pm 7,7 DP	0,015
RV, em %	192% \pm 57 DP	174% \pm 41,6 DP	0,394
DLCO, em % (n = 20)	47,7%	27,4%	0,019
Prova marcha 6 minutos, em metros (n = 26)	306,8	383	0,013
Síndrome apneia obstrutiva do sono	4 (13,3%)	1 (5%)	0,32
Cardiopatia	5 (16,7%)	2 (10%)	0,41
Fenótipo exacerbadador	15 (50%)	4 (20%)	0,031

Conclusões: A prevalência de IRC nos doentes com DPOC grave e muito grave nesta amostra é elevada (60%). Comparando os dados apresentados, os doentes com IRC têm obstrução brônquica mais grave, são mais exacerbadores e percorrem menor distância na prova de marcha de 6 minutos, com significado estatístico. Destaca-se ainda a maior prevalência de obesidade e hiperinsuflação pulmonar também nesse grupo, ainda que sem atingir nível de significância estatística. O valor mais elevado de DLCO nos doentes com IRC não foi de encontro ao esperado; sendo o grupo com obstrução brônquica mais grave e com volumes pulmonares menores, não foi possível estimar a DLCO numa grande percentagem desses doentes, tornando a amostra pouco representativa. Apesar da nossa amostra ser pequena e de serem necessários estudos prospectivos e randomizados, os dados vêm a reforçar o conceito de heterogeneidade nos doentes com DPOC e compreensão de fatores de risco para insuficiência respiratória.

Palavras chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica. Avaliação funcional. Obstrução grave/muito grave.

P-063. PREVALÊNCIA DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) EM DOENTES INTERNADOS ENTRE 2000 E 2015

C. Santos Moreira¹, V. Nicolau², A. Escoval², J. Braz-Nogueira¹

¹Cadeira de Medicina I, Serviço de Medicina I-Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/CHLN-HSM. ²Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: A DPOC tem uma prevalência de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos, aumentando com a idade e consumo de tabaco atingindo aos 70 anos 30,8% global e 47,2% no sexo (S) masculino. O objectivo do presente trabalho é avaliar qual a prevalência desta patologia nos doentes internados (DI).

Métodos: Selecionaram-se da base de GDH os doentes que apresentavam DPOC no internamento. Foram analisadas as seguintes variáveis: classes etárias (G1-entre os 19 e 40; G2-entre 41 e 65; G3-entre 66 e 80; G4-superior a 81 anos), S, tempo de internamento (TI), mortalidade. Utilizou-se o modelo de Anova e o modelo de qui-quadrado sendo significativo valores de $p < 0,01$ ("two-tailed probabilities").

Resultados: Nos DI a% de DPOC subiu de 18,7% em 2000 para 38,6% em 2015 ($p < 0,01$), sendo a evolução diferente em cada grupo etário (G1 varia entre 3,7% e 7,6% ($p < 0,01$), G2 entre 15,4% e 26,4%, G3 entre 33,3% e 52,5% e o G4 entre 44,2% e 70,2%). O TI apresenta-se constante ao longo do período estudado, existindo apenas uma descida no G1 de 11 para 8 dias. O DI com DPOC apresentam TI superior, sendo a diferença de 2 dias no G4, e de 4 dias no G1, G2 e G3. O DI que fumem aumentam em todos os grupos (G1 de 4,7 para 17,6%; G2 de 6,3 para 24,3%; G3 de 2,3 para 9,7% e, G4 0,5% para 2,7%). Nos DI com DPOC a% de fumadores é 2-3 vezes superior aos DI sem DPOC, existindo uma predominância no S masculino no G1 e G2 que não existe no G3 e G4. A presença de DPOC aumenta a mortalidade nos vários grupos, nomeadamente G1 de 0,4 para 4%, G2 de 2,4 para 7,7%, G3 de 6 para 14% e G4 de 15 para 24%. Verificou-se uma diminuição de cerca de 2% da mortalidade associada à DPOC entre 2000 e 2013.

Conclusões: A DPOC é uma doença de elevada prevalência nos doentes internados, sendo um fator muito importante no aumento do tempo de internamento e no aumento da mortalidade. O consumo de tabaco, tal como a vasta evidência científica demonstra, apresenta-se como um importante determinante nesta doença.

Palavras chave: DPOC. Prevalencia. Internamento.

P-064. SUBGRUPOS TERAPÊUTICOS NA DPOC

J.C. Costa, J.N. Machado, F. Costa, C. Rodrigues

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

Introdução: Na DPOC a gravidade da obstrução, a sintomatologia, o número de exacerbações e hospitalizações e as co-morbilidades do doente permitem a sua estratificação em diferentes subgrupos terapêuticos. Esta estratégia, para além da avaliação de risco do doente, permite também definir estratégias terapêuticas personalizadas.

Objectivos: Classificação dos doentes internados por exacerbação aguda de DPOC (EADPOC) em subgrupos terapêuticos.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes internados por EADPOC no Serviço de Pneumologia B do CHUC - HG entre Janeiro 2014 e Dezembro de 2015. Analisados dados demográficos, funcionais e clínicos. A análise estatística dos dados foi realizada através do Microsoft Excel®. Os subgrupos foram definidos segundo os critérios do grupo de interesse na DPOC¹ em: AX1 (FEV1 > 80%) e AX2 (50% < FEV1 < 80% e/ou agravamento anual do FEV1), BX1 (mMRC = 2 e FEV1 > 70% sem co-morbilidades cardiovasculares) e BX2 (mMRC > 2 ou FEV1 < 70% ou co-morbilidades cardiovasculares), C1 e D1 (má função respiratória) C2 e D2 (exacerbadores) C3 e D3 (ambos).

Resultados: Incluídos 122 doentes, 80,3% do sexo masculino, com idades entre 41 e 93 anos. Relativamente aos subgrupos terapêuticos 4 doentes (3,3%) encontravam-se no grupo A (AX2), 26 (21,3%) no grupo B (1,6% em BX1 e 19,7% em BX2), 13 (10,6%) no grupo C (4,9% em C1 e 5,7% em C2) e 79 (64,7%) no grupo D (27% em D1, 11,5% em D2 e 26,2% em D3). As co-morbilidades mais frequentes foram HTA (60,7%), insuficiência cardíaca (IC) (54,9%), síndrome depressivo/ansiedade (34,4%), enfisema (32,8%), fibrilhação auricular (FA) (32,8%), diabetes mellitus (DM) (19,7%), bronquiectasias (14,8%), SAOS (12,3%), cardiopatia isquémica (11,2%), obesidade (10,7%). Relativamente à HTA 24% dos doentes encontravam-se no grupo BX2 e 52% no grupo D (20% em D1 e 32% em D3). Relativamente à IC 27% no grupo BX2 e 27% no grupo D1; síndrome depressivo, 19% no grupo BX2 e 59% no grupo D (40% em D1 e 19% em D3); enfisema 30% no grupo D1; FA, 23% no grupo BX2 e 67% no D (23% em D1 e 35% em D3); DM, 16% no grupo BX2 e 66% no D (33% em D1 e 33% em D3); bronquiectasias 78% no grupo D; SAOS 27% no grupo BX2; cardiopatia isquémica 70% no grupo BX2; Relativamente à terapêutica: 2,5% medicados com LAMA, 9% com LAMA/LABA, 12,3% com ICS/LABA, 76,2% com LAMA+LABA+ICS. 59,1% dos doentes estavam sob oxigenoterapia domiciliária (75% do grupo D) e 47,5% sob ventiloterapia (72% do grupo D).

Conclusões: A maioria dos doentes internados por EADPOC pertenciam aos grupos BX2, D1 e D3. A maioria deles encontrava-se medicada com terapêutica tripla (LAMA+LABA+ICS) concordante com o facto de pertencerem ao grupo D. Os doentes sob oxigenoterapia e ventiloterapia também se encontravam maioritariamente nesse grupo. As co-morbilidades foram mais frequentes no grupo B e D, nomeadamente em BX2, D1 e D3, sendo as mais frequentes a HTA e a IC.

Palavras chave: DPOC. Subgrupos terapêuticos. Co-morbilidades.

P-065. DESAFIOS NO CONTROLO DE QUALIDADE DA ESPIROMETRIA EM PEDIATRIA. QUE IMPLICAÇÕES CLÍNICAS?

A.M. Silva, C. Constant, R. Coelho, E. Paixão, A. Descalço, T. Bandeira

Hospital de Santa Maria-Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A validade dum espírometria está dependente do controlo de qualidade (CQ) na execução. Tem sido sugerido que

os critérios de CQ das normas ATS/ERS são demasiado exigentes na idade pediátrica.

Objectivos: Calcular a taxa de sucesso na realização de espirometrias num laboratório pediátrico de função respiratória (LPFR), reportar o cumprimento dos critérios de CQ das espirometrias e identificar os critérios menos cumpridos.

Métodos: Foram avaliadas espirometrias basais realizadas em crianças de Janeiro a Março 2016, nos grupos etários: A 3-5 anos, B 6-10 anos e C 11-18 anos. Foram analisados critérios de: início de teste [volume de extrapolação (BEV), débito expiratório máximo (PEF), artefactos]; fim de teste [tempo expiratório forçado (FET), interrupção precoce, *plateau* (grupo C)]; número de manobras aceitáveis e reprodutíveis e vindas ao laboratório. Efectuada análise descritiva (SPSS® 21.0) e comparativa bivariada entre grupos (teste χ^2).

Resultados: Após cálculo de amostragem foram revistas 214 espirometrias: 13 (6%) grupo A (idade mediana 5, mín 4 máx 5 anos), 81 (38%) grupo B (idade mediana 9, mín 6, máx 10 anos) e 120 (56%) grupo C (idade mediana 13, mín 11, máx 18 anos); 124 (58%) do género masculino. Todos os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade foram alcançados em 143 (67%) espirometrias [grupo A, 9 (69%), grupo B, 59 (73%) e grupo C 75 (63%)], sem diferenças significativas entre os grupos etários ($p = 0,271$) ou relativamente ao número prévio de vindas ao LPFR ($p = 0,306$).

Os critérios de início de teste foram cumpridos em mais de 90% dos casos e os critérios de fim de teste foram os menos cumpridos [FET 166 (78%), ausência de interrupção precoce 174 (81%) e no grupo C *plateau* 77/120 (64%)]. Das espirometrias que não cumpriram critérios de CQ [71 (33%)], só 7 (9%) não cumpriram qualquer critério. Das espirometrias que cumpriram CQ parcialmente, 58 (82%) cumpriram todos os critérios de início de teste [BEV 62 (87%), PEF 62 (87%) e ausência de artefactos 58 (82%)]. Apenas 3 (4%) cumpriram todos os critérios de fim de teste [FET 29 (41%), ausência de interrupção precoce 32 (45%) e no grupo C *plateau* 2/45 (4%)]. No grupo A, 2/4 (50%) cumpriram critérios de início de teste e nenhum cumpriu critérios de fim de teste; no grupo B, 15/22 (68%) cumpriram critérios de início de teste e nenhum atingiu critérios de fim de teste; no grupo C, 41/45 (91%) cumpriram critérios de início de teste e apenas 2/45 (4%) atingiram critérios de fim de teste. Dos exames em que apenas um dos critérios CQ não foi atingido, esse critério foi FET no grupo B 7/22 (32%) ou o *plateau* no grupo C 17/45 (38%).

Conclusões: 2/3 das crianças alcançaram os critérios de qualidade de espirometria para o seu grupo etário segundo as orientações internacionais ATS/ERS 2005 e 2007. Os critérios de fim de teste, FET e *plateau*, foram os menos frequentemente atingidos de forma sobreponível ao descrito na literatura. A repercussão clínica destes achados deve ser avaliada.

Palavras chave: Espirometria. Controlo qualidade. Pediatria.

P-066. FATORES PREDITIVOS PARA UMA PROVA DE METACOLINA POSITIVA TENDO EM CONTA DADOS DE UMA PROVA FUNCIONAL RESPIRATÓRIA BASAL

C. Oliveira, R. Morgado, R. Campanha, S. Moreira, R. Staats, D. Escaleira, J. Valença, C. Bárbara

Laboratório de Fisiopatologia Respiratória, Hospital Santa Maria, CHLN.

Introdução: A hiperreactividade brônquica (HRB) é definida como uma resposta excessiva a um agente aerossolizado que provoca pouca ou nenhuma resposta num indivíduo normal. A Prova de Provação Brônquica Inespecífica com Metacolina (PPM) é um dos métodos que permite avaliar HRB e assim a possibilidade de diagnosticar asma brônquica. No entanto, a PPM envolve alguns problemas, tais como: custo económico elevado, complexo processo de preparação, realização morosa com um técnico qualificado e só pode ser efectuada num centro especializado.

Objectivos: O objetivo deste estudo foi identificar fatores preditivos de um PPM positiva baseado em dados da prova funcional respiratória (PFR) basal.

Métodos: Entre 2011 e 2015, um total de 447 doentes realizaram a PPM (utilizando um pletismógrafo Masterscreen VIASYS com APS, adaptação do protocolo curto da ATS/1999 pela VIASYS com a adição de uma dose e a substância provocadora utilizada foi a Provocholine® 16 mg/ml) após a realização de uma PFR basal (de acordo com os critérios ATS/ERS 2005). A prova foi considerada positiva quando ocorreu uma diminuição de pelo menos 20% sobre o valor previsto do Volume Expiratório Forçado no 1º segundo basal (FEV₁). Foi utilizado o t-test com nível de significância 95% ($p < 0,05$).

Resultados: Observou-se uma PPM positiva em 252 utentes (56,4%). A idade média com uma PPM negativa foi superior à do grupo com uma PPM positiva (35,2 anos vs 42,2 anos). Uma PPM positiva apresentou uma relação estatisticamente significativa com a idade ($p = 0,000$) e os seguintes valores das PFR:%FEV₁ ($p = 0,001$), %FEF50 ($p = 0,001$), %RV ($p = 0,049$) e com a resistência das vias aéreas (Raw) ($p = 0,005$). Já a insuflação pulmonar e a condutância específica (sGaw) não apresentaram nenhuma relação estatisticamente significativa com a resposta à PPM.

Conclusões: A identificação dos valores preditivos para a PPM é importante porque permite fazer uma seleção prévia de utentes prioritários para a realização desta complexa e dispendiosa prova permitindo uma otimização dos recursos existentes.

Palavras chave: Fatores preditivos. Metacolina.

P-067. COMPARAÇÃO DE DOENTES REFERENCIADOS PARA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DE ACORDO COM ISOLAMENTO MICROBIOLÓGICO

V. Santos, R. Boaventura, L. Meira, I. Gomes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A reabilitação respiratória (RR) é considerada um tratamento de referência em doentes com doença respiratória crónica estável, bem como durante as exacerbações.

Objectivos: Comparar as características demográficas e os parâmetros funcionais de doentes com e sem isolamento de microrganismos em amostras respiratórias.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos de doentes encaminhados para RR entre 2013 e 2015. Foram recolhidos os dados demográficos, as patologias respiratórias, a duração do programa, as exacerbações ao longo do programa e os parâmetros funcionais respiratórios. Os dados foram analisados, antes e depois do programa de RR, tendo em conta o isolamento (I) ou não isolamento (NI) de microrganismos em amostras respiratórias antes ou no início da RR.

Resultados: Um total de 209 doentes foi referenciado para RR: 57,4% ($n = 120$) com isolamento de microrganismos (I) vs 42,6% ($n = 89$) sem isolamento (NI). 67,5% ($n = 141$) do sexo masculino, com uma idade mediana de 61,0 anos (20-83 anos). Destes doentes, 53,1% ($n = 111$) eram ex-fumadores, 26,8% ($n = 56$) não fumadores e 16,2% ($n = 34$) eram candidatos a transplante pulmonar. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) foi a patologia mais frequente (44,5%, $n = 93$), seguida das bronquiectasias (29,7%, $n = 62$) e das doenças pulmonares difusas (6,7%, $n = 14$). A duração mediana do programa foi de 12 semanas e um total de 83,7% ($n = 175$) dos doentes o concluíram. Na primeira avaliação, os valores medianos de CVF, VEF₁ e VEF₁/CVF foram 70,0%, 37,6% e 45,3%, respetivamente, e no final da RR foram CVF 73,4%, VEF₁ 37% e VEF₁/CVF 43,7%, não se verificando diferenças com significado estatístico. Durante a RR, 29,5% ($n = 62$) dos doentes apresentaram pelo menos uma exacerbação dos sintomas respiratórios. A distribuição por sexo foi similar em ambos os grupos (NI vs I: masculino 67,4% vs 67,5%, feminino 32,6% vs 32,5%). Não houve diferenças estatisticamente significativas em relação à idade (NI: 61,2 ± 11,3 vs I: 58,5 ± 14,6 anos, $p = 0,122$), às exacerbações durante a RR ou à colaboração com o

programa. A doença mais prevalente no grupo NI foi a DPOC (56,2%, n = 50) e no grupo I as bronquiectasias (43,3%, n = 52). Não foram encontradas diferenças entre os grupos na avaliação funcional respiratória antes e após RR (NI vs I antes: FEV₁: 41,3 ± 18,6% vs 41,8 ± 16,7%, p = 0,83; CVF: 70,9 ± 19,4% vs 69,2 ± 19,0%, p = 0,55, FEV₁/CVF: 49,4 ± 22,1% vs 49,2 ± 16,2%, p = 0,93 e depois: FEV₁: 41,3 ± 20,0% vs 43,2 ± 17,2%, p = 0,55; CVF: 72,1 ± 22,1% vs 72,0 ± 21,5%, p = 0,99, FEV₁/CVF: 47,9 ± 23,11% vs 48,0 ± 14,9%, p = 0,987). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na distância percorrida na prova da marcha de 6 minutos antes e após RR (I vs NI antes: 372,3 ± 130,5m vs 322,2 ± 132,4m, p = 0,011 e depois: 391,6 ± 120,6m vs 350,7 ± 113,0m, p = 0,036). **Conclusões:** A colaboração com o programa de RR foi no geral satisfatória. No grupo NI, a DPOC foi a doença mais frequente e o seu impacto sistêmico pode explicar a menor capacidade de exercício neste grupo de doentes.

Palavras chave: Reabilitação respiratória. Microbiologia. Função pulmonar.

P-068. IMPACTO DO USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA NOTURNA NOS VALORES DE CO₂ TRANSCUTÂNEO EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

P. Ramalho¹, J. Machado¹, R. Boaventura², T. Pinto², M. Drummond^{2,3,4}, M.R. Gonçalves^{2,3,4}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral. ²Unidade de Fisiopatologia Respiratória e Ventilação Não Invasiva, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João. ³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ⁴IS-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde.

Introdução: A ventilação mecânica não invasiva (VNI) constitui uma das principais medidas terapêuticas para o tratamento da insuficiência respiratória crônica (IRC). Os efeitos positivos da VNI frequentemente constatam-se após a primeira utilização, mantendo benefícios fisiológicos a longo prazo. Um dos efeitos desejados é a redução da hipercápnia. A medição transcutânea de CO₂ (PtCO₂) consiste numa técnica simples e não invasiva de monitorização da eficácia ventilatória e já foi demonstrada como fiável e comparável com os valores obtidos na gasometria arterial.

Objectivos: Avaliar a evolução dos valores de PtCO₂ em doentes com IRC, antes e após adaptação a VNI em laboratório e após 1 mês de uso (follow-up).

Métodos: Análise retrospectiva onde foram incluídos doentes com IRC e critérios específicos de ventiloterapia domiciliária, avaliados pela gasometria arterial, estudo do sono/oximetria noturna e provas funcionais respiratórias. Todos os doentes foram adaptados à VNI em laboratório durante um período de 1 a 2 horas onde foram monitorizados e registados valores de oximetria (SatO₂), PtCO₂, Frequência respiratória (Fr), Volume corrente (Vt) e Fugas. As pressões ventilatórias foram aumentadas progressivamente e ajustadas de acordo com os valores monitorizados e o conforto do doente. Os valores de PtCO₂ foram posteriormente avaliados num período de 1 mês de follow-up, onde foram também registados valores de oximetria noturna, índice de apneia/hipopneia (IAH), bem como a média de uso diário de VNI.

Resultados: Foram incluídos 87 doentes (64,4% mulheres) com IRC e uma idade média de 70,1 ± 9,9 anos. Os valores basais médios de IAH e SpO₂ noturna foram de 31,9 ± 29,2 eventos/hora e 86,2 ± 7,1%, respetivamente. Os valores médios de IPAP e EPAP aferidos após adaptação a VNI foram de 19,2 ± 4,2 cmH₂O e de 7,3 ± 2,1 cmH₂O, respetivamente. A média de uso diário de VNI foi 6,7 ± 3,2 horas. Foram encontradas diferenças estaticamente significativas entre os valores médios de PtCO₂ antes e após a adaptação à VNI em laboratório: 52,1 ± 7,4 mmHg vs 43,9 ± 8,2 mmHg (p < 0,001). No período de 1 mês de follow-up foram encontradas diferenças

significativas nos valores de PtCO₂ (45,0 ± 6,6 mmHg, p < 0,001), de IAH (4,0 ± 4,7 eventos/hora, p < 0,001) e SpO₂ noturna (92,5 ± 3,3%, p < 0,001). Foram observadas correlações estatisticamente significativas entre os valores de PtCO₂ após 1 mês de follow-up com os valores de média de uso diário de VNI (r = 0,421; p < 0,001). **Conclusões:** Apesar da grande heterogeneidade de diagnósticos que causam IRC, este estudo confirma que a VNI melhora significativamente uma série de parâmetros fisiológicos em doentes com IRC e tem um impacto significativo na redução dos valores de PtCO₂ que, no caso de existir uma boa aderência à terapia, poderá se manter após 1 mês. Assim, a monitorização não invasiva dos valores de CO₂ deve ser usada na aferição a VNI e serão necessários estudos para comprovar a sua utilidade no seguimento destes doentes a longo prazo.

Palavras chave: CO₂ transcutâneo (PtCO₂). VNI. IRC. IAH.

P-069. INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

E. Padrão, V. Santos, R. Boaventura, L. Meira, L. Gaspar, P. Martins, E. Araújo, P. Viana, I. Gomes

Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O benefício da reabilitação pulmonar (RP) está bem estabelecido na abordagem da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), entidade invariavelmente associada a múltiplas comorbilidades. De entre estas, destacam-se as relacionadas com o estado nutricional dos doentes, nomeadamente a desnutrição e excesso ponderal/obesidade, sendo que a informação relativa ao seu impacto na capacidade de exercício durante um programa de RP é escassa.

Objectivos: Caracterização clínica e funcional e determinação da influência do estado nutricional dos doentes com DPOC, nomeadamente desnutrição e excesso ponderal/obesidade, no desempenho e capacidade de exercício durante a RP.

Métodos: Avaliação dos doentes que foram incluídos e completaram programa de RP, de 2013 a 2015. Foram registados os valores funcionais, gasométricos e relativos à prova da marcha dos 6 minutos (PM6M) antes e após o término do programa. Os doentes foram classificados de acordo com o seu índice de massa corporal (IMC) em desnutridos, se IMC < 18,5 Kg/m², ou com excesso de peso/obesos, se IMC > 25 Kg/m².

Resultados: Foram incluídos 45 doentes, com média de idade de 65,3 (± 9,9) anos, dos quais 37 (82,2%) eram do sexo masculino. A maioria (n = 43) apresentava alteração ventilatória obstrutiva grave, com média de valores iniciais de FEV₁ de 33,2% (± 9,4) e de FVC de 74% (± 18) e RV 235,1% (± 61,4). A mediana da duração do programa foi de 12 semanas. Prova da marcha de 6 minutos inicial com distância média percorrida de 355,2 (± 101,7) metros. A diferença média da distância percorrida após o término do programa foi de 25 (± 67,9) metros. Em relação ao estado nutricional, 11 doentes (24,4%) apresentavam-se desnutridos, 11 (24,4%) com excesso ponderal e 4 (8,9%) obesos. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na capacidade de exercício inicial ou final ou no incremento da capacidade de exercício após programa de RP avaliada pela PM6M entre os doentes com desnutrição (respetivamente, p = 0,302, p = 0,909, p = 0,257) ou excesso ponderal/obesidade (respetivamente, p = 0,673, p = 0,722, p = 0,312), nem entre doentes com peso na margem desejada e os restantes (respetivamente, p = 0,612, p = 0,651, p = 0,965). Também não se encontraram diferenças significativas entre os valores de FEV₁, FVC ou gasométricos para cada grupo de IMC (respetivamente, p = 0,51, p = 0,258, p = 0,206).

Conclusões: Nos doentes com DPOC estudados, o estado nutricional avaliado pelo IMC não se associou a diferenças significativas nos achados gasométricos ou funcionais nem na distância na PM6M,

sendo necessárias avaliações mais específicas da composição corporal para determinar a influência desta na capacidade de exercício.

Palavras chave: DPOC. Reabilitação pulmonar. Índice de massa corporal.

P-070. INFEÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS

M. Jacob¹, C. Sousa¹, A. Ramos^{3,4}, T. Carvalho^{3,4}, A. Amorim^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. ³Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de São João. ⁴Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto.

Introdução: As micobactérias de crescimento rápido (MCR) são colonizadoras frequentes do meio ambiente, contudo cada vez mais são reconhecidas como causadoras de patologia no humano, sendo que da patologia pulmonar causada por MCR, o *Mycobacterium abscessus* complex corresponde a 60 a 80%. A American Thoracic Society (ATS)/Infectious Diseases Society of America (IDSA) recomenda tratamento endovenoso múltiplo com amicacina, cefoxitina ou imipenem e um macrólido oral. O tratamento de infeção pulmonar por *M. abscessus* é um desafio, dada a necessidade de terapêutica endovenosa prolongada e resistência a diversos antibióticos, o que condiciona elevada taxa de insucesso. A identificação da subespécie é de crucial relevância, dado os diferentes padrões de suscetibilidade antibiótica e prognóstico.

Caso clínico: Doente do género feminino, 38 anos com antecedentes de bronquiectasias cilíndricas difusas de etiologia desconhecida, em seguimento em consulta de Pneumologia desde 2007. Em 2008 foi diagnosticada infeção pulmonar por *Mycobacterium avium*, tendo efetuado tratamento durante um ano. Isolamento de *Mycobacterium abscessus* (em março e agosto de 2012) com baciloscopia positiva, acompanhado de agravamento clínico, funcional (CVF 79%, FEV1 59% e IT 64%) e radiológico com aparecimento de novo de padrão tree-in-bud difuso e aumento das bronquiectasias com impação mucoide. Internada em setembro, para início de tratamento da micobacteriose com antibioterapia endovenosa empírica: cefoxitina 200 mg/kg/dia, amicacina 10 mg/kg/dia e claritromicina 500 mg 12/12h. Dada boa evolução clínica e tolerância medicamentosa, a doente teve alta após 14 dias, continuando o tratamento endovenoso no centro de saúde local. Em outubro, surgiu um rash pruriginoso nos membros superiores e abdómen, pelo que o tratamento foi temporariamente substituído por esquema oral com ciprofloxacina e doxiciclina, mantendo claritromicina. Dado a resolução rápida do quadro, iniciou imipenem 500 mg/8h, retomou amicacina e foi substituída claritromicina por azitromicina 250 mg/24h. O antibiograma, de novembro 2012, revelou sensibilidade à amicacina e claritromicina e resistência para a ciprofloxacina e sulfametoxazol e foi possível identificar a subespécie: *Mycobacterium abscessus massiliense*. Manteve tratamento endovenoso até Janeiro de 2013, altura em que transita para terapêutica exclusivamente oral, com azitromicina 250 mg/24h e doxiciclina 200 mg/12h, após primeiro cultural negativo (relativo a 18 de outubro de 2012). Verificou-se melhoria clínica e radiológica progressivas, sem novas agudizações. O tratamento foi suspenso após 1 ano e 6 meses. Atualmente, mantém estabilidade clínica do ponto de vista respiratório, sem novos isolamentos e melhoria da função pulmonar, última avaliação funcional de março 2015 - CVF 101%, FEV1 83% e IT 70%.

Discussão: A doença pulmonar por *M. abscessus* é uma infeção rara em Portugal e com particularidades específicas no que concerne ao seu tratamento. De destacar neste caso clínico a exequibilidade do tratamento EV prolongado em ambulatório, a boa tolerância e eficácia e a ausência de recidiva após 4 anos de seguimento. Esta evolução está em conformidade com os recentes relatos de melhor prognóstico associado à infeção por *Mycobacterium abscessus massiliense*.

Palavras chave: Micobactérias de crescimento rápido. *Mycobacterium abscessus*.

P-071. PODE SER SEMPRE TP? INFEÇÃO A PSEUDOMONAS IMITANDO A REATIVAÇÃO DE TUBERCULOSE

A. Cysneiros, A. Dias, A.S. Oliveira

Departamento de Pneumologia, Serviço de Pneumologia Geral, Hospital Pulido Valente.

Introdução: A apresentação de infeção respiratória pode ser atípica particularmente em doentes imunocomprometidos. Apresentamos o caso de um advogado reformado mas activo de 88 anos com tosse e hemoptises em pequena quantidade.

Caso clínico: O doente era um ex-fumador com uma carga tabágica de 50 unidades maço ano, com antecedentes de tuberculose pulmonar, seis anos antes da apresentação. Outros antecedentes pessoais relevantes incluíam bronquiectasias sequelares, insuficiência renal crónica com TFG de 24 ml/min, mieloma múltiplo, cardiopatia isquémica, hipertensão arterial, diabetes mellitus não insulino-dependente e estenose biliar com implante de stent permanente. À admissão o doente referia 3 semanas de cansaço, tosse produtiva em pequena quantidade e um episódio de hemoptise de sangue vivo em pequena quantidade que motivou a ida ao serviço de urgência. Durante o internamento o doente apresentou a febre máxima de 38,3 °C de predomínio nocturno nos 3 primeiros dias de internamento. A radiografia de tórax mostrou infiltrados intersticiais bilaterais de predomínio basal e a TAC de tórax mostrou nódulos cavitados, bronquiectasias bilaterais e focos de condensação bilateral dos lobos inferiores. A suspeita inicial era de reativação de tuberculose, tendo-se procedido ao isolamento e iniciado uma pesquisa activa para micobactérias. Surpreendentemente, tanto as culturas de expectoração como de líquido broncoalveolar foram negativas para micobactérias, mas ambos isolaram *Pseudomonas aeruginosa*, com o mesmo perfil de sensibilidade aos antibióticos. Embora o doente já estivesse a fazer antibioterapia de largo espectro, esta foi ajustada para o agente isolado. O doente ficou apirético em 24 horas, os marcadores inflamatórios normalizaram e tornou-se clinicamente assintomático. Durante a marcha diagnóstica realizou hemoculturas que foram negativas, broncofibroscopia que foi normal e ecocardiograma que foi normal. Apesar da recuperação rápida e surpreendente manteve-se a suspeita de co-infeção com tuberculose tendo realizado hemoculturas em BACTEC e biópsia transbrônquica para citologia e macerado para pesquisa de micobactérias. Ambos foram negativos para tuberculose e neoplasia. Observou-se uma recuperação completa, e uma vez que doente insistia em alta precoce, completou 2 semanas de tazobactam + piperacilina e linezolidina em internamento, que descalou para ciprofloxacina oral em ambulatório durante mais 1 semana. Até à data o doente mantém-se assintomático e recuperou o seu estado funcional basal.

Discussão: Os antecedentes pessoais do doente juntamente com as bronquiectasias sequelares levaram a uma apresentação atípica de infeção a *Pseudomonas* que imitou uma reativação de tuberculose pulmonar.

Palavras chave: Tuberculose. *Pseudomonas*. Imunocomprometido.

P-072. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ E TUBERCULOSE PULMONAR: UMA ASSOCIAÇÃO RARA

M.A. Galego, S. Correia, F. Correia, D. Rodrigues, A.L. Fernandes, J. Ferreira

Serviço de Pneumologia; Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos, EPE.

Introdução: A síndrome de Guillain-Barré (SBG) é a causa mais frequente de paralisia muscular. Em 60% dos casos, é possível identificar uma causa prévia, na maioria dos casos, infecciosa (bacteriana ou viral).

Caso clínico: Doente de 80 anos, antecedentes de silicose, hipertensão arterial, dislipidemia, e hiperplasia benigna da próstata. Recorre ao serviço de urgência (SU) no início de Outubro de 2015, por quadro de cefaleias holocreaneanas, astenia progressiva e tosse produtiva, de características purulentas, com 3 dias de evolução. Referência a episódios de dejeções diarreicas, há cerca de 1 semana, com 2-3 dias de duração, e a infecção respiratória, há mais de 1 mês, com curso de amoxicilina-ácido clavulânico. Apresentava diminuição da força muscular dos membros inferiores com incapacidade em manter o ortostatismo. Do estudo efectuado, a destacar uma condensação da base direita na radiografia torácica, e analiticamente, uma elevação da PCR (71 mg/L). O quadro foi interpretado como uma pneumonia da comunidade e iniciada piperacilina-tazobactam. Ainda no SU, constatou-se instalação súbita de diminuição da força muscular nos membros superiores. Foi solicitada observação por Neurologia e objectivada tetraparésia arreflexa (grau 3-4, distal e proximal), sem nível sensitivo, alterações esfinterianas ou de pares cranianos. A TC cerebral não apresentava alterações e o LCR mostrou uma dissociação albumino-citológica. Assumido quadro compatível com SGB de rápida evolução. O doente foi admitido no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), para início de terapêutica endovenosa com imunoglobulinas e pela previsível necessidade de ventilação invasiva, atendendo ao esforço e desenvolvimento de insuficiência respiratória. Nesta unidade e após administração da primeira dose de imunoglobulinas, desenvolve reação anafilática com necessidade de suporte ventilatório invasivo. Inicia-se profilaxia de reação alérgica pré-infusão de imunoglobulina, sendo possível completar o tratamento de 5 dias. O doente foi extubado ao 7º dia, com saída do SMI 4 dias depois. A electromiografia revelou critérios para o diagnóstico electrofisiológico de polineuropatia sensitivo-motora adquirida, sobretudo nos membros inferiores e de instalação recente. Os estudos microbiológico e imunológico foram inconclusivos - imunidade para CMV, EBV, HBV, HSV e *Campylobacter jejuni*, pesquisa de vírus influenza A e B, *Chlamydia* e *Mycoplasma* negativos. Manteve boa evolução durante o restante internamento (46 dias no total), tendo completado 14 dias de antibioterapia. À data de alta apresentava tetraparésia (graus 2+ a 3+) mas a possibilitar marcha, e hipostesia em luva e peúga bilaterais. Em Janeiro de 2016 repete TC tórax que revela persistência das áreas de consolidação pulmonar e padrão micronodular no lobo superior direito, já presente em exame de Setembro de 2015. Realizada broncofibroscopia, cujo lavado-broncoalveolar foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (directo, PCR e cultura). O doente iniciou antibioterapia e, até à data, encontra-se estável, sem recorrência do quadro neurológico. Considerando a coincidência temporal e os resultados do estudo efectuado, o quadro foi interpretado como SGB associado a tuberculose pulmonar (TP).

Discussão: A associação SGB e TP não está completamente esclarecida e são raros os casos descritos na literatura. A tuberculose deve ser considerada como condição possivelmente associada na avaliação de doentes com SGB, sobretudo se suspeita de causa infecciosa.

Palavras chave: Síndrome de Guillain-Barré. Tuberculose pulmonar. Polineuropatia.

P-073. AJUSTE DA IMUNOSSUPRESSÃO NO CONTEXTO DE INFECÇÃO NO TRANSPLANTE PULMONAR. IMPLICAÇÕES

L. Mendonça e Almeida, C. Damas

HSJ.

Introdução: As infecções fúngicas oportunistas, como a aspergilose invasiva, ocorrem frequentemente em contexto da imunossupressão nos transplantados pulmonares. A redução/suspensão da imunossupressão pode levar ao síndrome de reconstituição imunológica

(SRI), mimetizando agravamento da infeção. Não sendo reconhecido como entidade inflamatória, assume-se falência terapêutica ou recrudescimento da infeção.

Casos clínicos: Descrevem-se dois casos de doentes transplantados pulmonares sob corticóide, tacrolimus e micofenolato de mofetil, cuja evolução faz levantar a hipótese de SRI. Mulher, 69 anos, submetida a transplante unipulmonar direito por fibrose pulmonar idiopática, sob anfotericina inalada semanal profilática. Admitida no 10º mês pós-transplante por clínica de infeção respiratória. Isolou-se em secreções emitidas (STB) *Pseudomonas aeruginosa*, iniciando terapêutica antibiótica segundo o antibiograma. Por agravamento clínico e radiológico ao 3º dia, realizou TC tórax que mostrou consolidação pneumónica no lobo inferior esquerdo, com focos de consolidação nos restantes lobos do pulmão nativo, associando-se vancomicina e voriconazol. Atendendo à suspeição de infeção fúngica foi ajustada imunossupressão. A doente manteve agravamento radiológico com necessidade de transferência para Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para ventilação mecânica invasiva (VMI). Foi realizado lavado broncoalveolar (LBA), sendo os exames bacteriológicos negativos e isolado *Aspergillus fumigatus* em todas as amostras. Ao 4º dia, na UCI foi associada anfotericina B lipossómica. Reduziu-se imunossupressão para níveis terapêuticos mínimos. Após melhoria inicial, verificou-se deterioração das trocas e agravamento radiológico franco, associada a negatividade microbiológica de um novo LBA. A doente faleceu no 14º dia após admissão na UCI. Homem, 48 anos, submetido a transplante bipulmonar por suberose. Internado no 6º mês pós-transplante por pneumonia necrotizante, com insuficiência respiratória, sem outras disfunções. Iniciou empiricamente antibioterapia de largo espectro e reduziu a imunossupressão para níveis terapêuticos mínimos. O rastreio microbiológico inicial foi negativo. Admitido em cuidados intermédios por necessidade de suporte ventilatório não invasivo (VNI). Evolução do infiltrado pulmonar à direita com atingimento de todo o pulmão com necrose e cavitação do parênquima e extenso vidro despolido. Isolada *Pseudomonas aeruginosa* em STB. Ajustada dose do meropenem e associado voriconazol empiricamente por suspeita de aspergilose pulmonar invasiva, uma vez que apresentou *polymerase chain reaction* (PCR) positiva para *Aspergillus fumigatus* em LBA de rotina prévio ao internamento. Por agravamento clínico, submetido a broncoscopia, tendo sido os exames bacteriológicos e micológicos negativos no LBA, tendo posteriormente sido necessária VMI. Rastreio microbiológico negativo à admissão na UCI, excepto PCR positivo para *Aspergillus fumigatus*. Durante o internamento, manteve sempre más trocas gasosas com necessidade de ventilação agressiva (condicionando a realização de qualquer procedimento diagnóstico invasivo), e evolução radiológica adversa, acabando por falecer ao 6º dia na UCI.

Discussão: Uma entidade SRI-like está descrita na aspergilose invasiva em transplantados pulmonares com agravamento clínico ou radiológico, apesar da terapêutica corretamente instituída. É possível que o SRI ocorra simultaneamente com progressão da infeção e os fenómenos não sejam exclusivos. Com estes casos pretende ilustrar-se a natureza complexa da gestão destes doentes, a possível implicação que uma medida aparentemente adequada como a redução da imunossupressão pode ter para o enxerto e realçar a necessidade de equacionar uma entidade SRI-like nos diagnósticos diferenciais.

Palavras chave: Síndrome de reconstituição imunológica. Aspergilose pulmonar invasiva. Transplante pulmonar.

P-074. BARREIRAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE NOS IMIGRANTES: PROBLEMAS IDENTIFICADOS NUMA POPULAÇÃO COM MAIOR RISCO DE TUBERCULOSE

R. Linhas¹, O. Oliveira², P. Meireles², A. Domingues³, C. Rocha³, M. Melo³, J. Pilroto³, R. Gaio⁴, R. Duarte⁵

¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP). ³Universidade do Porto. ⁴Universidade do Porto, ISPUP. ⁵Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ISPUP.

Introdução: A utilização de serviços de saúde, quer de âmbito preventivo, quer de âmbito curativo, tem implicações importantes para o estado de saúde da população. Os imigrantes constituem um grupo com limitações no acesso aos cuidados de saúde e nos quais a tuberculose (TB) está presente de forma relevante. A TB nos imigrantes é sobretudo atribuível à ativação de TB latente, adquirida antes da chegada ao país de acolhimento, permanecendo o risco de doença elevado vários anos após a imigração.

Objectivos: Identificar as barreiras estruturais, culturais e socioeconómicas que dificultam o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, assim como fatores de risco para TB.

Métodos: Foi aplicado um questionário, acessível *online* e anónimo, a imigrantes em instituições nacionais de apoio a esta população. Foram incluídos participantes com mais de 18 anos e residentes em Portugal há mais de 6 meses. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e relacionadas com a utilização dos serviços de saúde e com o risco de TB. O teste do qui-quadrado (ou de Fisher) foi usado para avaliar a significância estatística da associação entre duas variáveis categóricas; a comparação entre duas medianas usou o teste de Mann-Whitney.

Resultados: Foram submetidos 87 questionários. Os participantes apresentavam idade mediana de 34 (20-81) anos e 51,2% eram do sexo feminino. Cerca de metade dos participantes (50,6%) eram naturais do Brasil, Ucrânia e Angola. Nove por cento dos participantes afirmaram ter apresentado TB previamente, a maioria diagnosticados em Portugal (75%), e metade dos casos nos últimos 2 anos. Apenas 28,7% dos participantes foram rastreados para TB desde a sua chegada a Portugal. Relativamente às dificuldades sentidas no acesso aos serviços de saúde os resultados são apresentados na tabela, em frequências absolutas (relativas) ou mediana (min-max), de acordo com a natureza das variáveis.

Conclusões: Na amostra verificaram-se barreiras aos cuidados de saúde sobretudo em participantes solteiros, com baixos rendimentos e que se sentiram discriminados, apesar de não se terem ve-

rificado diferenças estatisticamente significativas. Na maioria dos participantes que apresentaram TB o diagnóstico foi feito em Portugal, mas menos de 1/3 dos participantes foram rastreados para TB desde a sua chegada ao nosso país. Os programas de rastreio de TB à entrada no país de acolhimento poderão ser uma ferramenta útil no controlo e erradicação da tuberculose nos imigrantes. A acessibilidade aos serviços de saúde nesta população deve ser assegurada no sentido de permitir o diagnóstico precoce de TB.

Palavras chave: Imigrantes. Barreiras. Cuidados de saúde. Tuberculose.

P-075. TUBERCULOSE PULMONAR: UM DESAFIO NO DIAGNÓSTICO

A. Teixeira, J. Cardoso, T. Marques, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia; Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A tuberculose é uma das doenças infecciosas mais frequentes no mundo e com maior taxa de mortalidade. O diagnóstico da tuberculose numa fase inicial nem sempre é claro. Os métodos de diagnósticos mais antigos apresentam limitações, como: baixa sensibilidade da baciloscopia, longo tempo de realização das culturas microbiológicas e baixa especificidade do teste de tuberculina. Neste contexto surgiu o teste IGRA, de fácil execução, com alta sensibilidade e especificidade.

Caso clínico: Relatamos o caso de um homem de 44 anos, natural da Índia, residente em Portugal há 5 anos, cozinheiro, sem hábitos tabágicos, toxicofílicos e etanólicos, com diagnóstico conhecido de HTA e DM não insulino-tratado. Recorreu ao serviço de urgência por quadro, com cerca de 1 mês de evolução de tosse não produtiva, febre, astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. Tinha sido medicado previamente com amoxicilina+ácido clavulânico e doxiciclina sem resolução do quadro. Ao exame objectivo destacava-se ferevres subcrepitantes dispersos bilaterais. Analiticamente apresentava hemograma com discreta trombocitopénia, creatinina - 1,5 mg/dL, LDH 859 U/L e PCR 6,2 mg/dL; a serologia VIH foi negativa. Teleradiografia de tórax - padrão micronodular difuso em

Tabela P-074

	Dificuldades-não	Dificuldades-sim	Não responde	Valor-p
	59 (74,7)	18 (22,8)	10 (11,49)	
Estado civil				
Solteiro	26 (44,1)	10 (55,5)		0,263
Casado ou em união de facto	24 (40,7)	3 (16,7)		
Outros	7 (11,9)	4 (22,2)		
Tempo de residência em Portugal (anos)	6,7 (0,57-43,6)	6,9 (0,58-46,3)		0,763
Escolaridade (anos)	12 (0-21)	12 (5-22)		0,350
Situação laboral				
Empregados a tempo inteiro	17 (28,8)	5 (29,4)		0,663
Desempregados sem subsídio de desemprego	9 (15,3)	4 (23,5)		
Estudantes	9 (15,3)	3 (17,6)		
Outros	24 (40,7)	5 (29,4)		
Rendimentos				
≤ salário mínimo	33 (55,9)	12 (70,6)		0,464
> salário mínimo	26 (44,1)	5 (29,4)		
Discriminação devido a etnia ou país de origem	18 (30,5)	9 (52,9)		0,217

ambos os campos pulmonares. TC-tórax - padrão em vidro despolido com áreas de confluência e consolidação nos andares superiores e espessamento dos septos intralobulares. Realizou broncofibroscopia que revelou aspectos endoscópicos sugestivos de traqueobroncopatia osteocondroblástica muito exuberante da traqueia. O exame micobacteriológico directo das secreções brônquicas e suco gástrico foi negativo. O IGRA foi negativo. Serologias agentes atípicos negativas. Isolou-se nas secreções brônquicas *Klebsiella pneumoniae* sensível ao cefuroxime, que o doente iniciou. No entanto, apresentou evolução desfavorável com agravamento progressivo do quadro respiratório com necessidade de ventilação mecânica invasiva ao 9º dia de internamento. Nesta altura repetiu broncofibroscopia com LBA cujo exame micobacteriológico directo foi negativo, isolou-se novamente *Klebsiella pneumoniae* com antibiograma sobreponível. Iniciou corticoterapia sistémica com agravamento clínico, laboratorial e imagiológico. Escalou-se antibioterapia para meropenem e vancomicina. Por manutenção do quadro ao 22º dia de internamento iniciou empiricamente terapêutica antibacilar com evolução clínica favorável. Mais tarde, a PCR para *Mycobacterium tuberculosis* foi positiva no LBA (da 2ª broncofibroscopia), bem com o exame cultural. A biópsia pulmonar mostrou infiltração por granulomas com necrose central. Repetiu IGRA ao 25º dia de internamento que foi positivo.

Discussão: Os autores apresentam este caso para lembrar a dificuldade que pode surgir no diagnóstico de tuberculose. Destacam ainda, que o IGRA pode ser negativo entre as 3 e as 8 semanas após infecção.

Palavras chave: *Mycobacterium tuberculosis*. IGRA.

P-076. O PAPEL DA BRONCOFIBROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

M. Alvarenga, J. Branco, M. Aguiar, S. Clemente, V. Martins, R. Tavares, P. Rodrigues, S. Furtado

Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Introdução: Na região de Lisboa, a tuberculose tem ainda uma incidência intermédia (entre 20 e 55 casos/100.000 habitantes). O diagnóstico precoce é um fator essencial no controlo da sua transmissão. A confirmação do diagnóstico obriga à presença de pelo menos um de dois critérios: exame cultural positivo para *Mycobacterium tuberculosis* ou pesquisa de ácidos nucleicos de *Mycobacterium tuberculosis* e exame direto positivos.

Objectivos: Perceber a rentabilidade da broncofibroscopia no diagnóstico de tuberculose. Comparar a sensibilidade do exame direto, exame cultural e do *GenoType MTBDRplus ver2.0* no lavado broncoalveolar (LBA) e nas secreções brônquicas (SB). Investigar a relação entre os achados imagiológicos e a sensibilidade dos exames microbiológicos.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes internados com o diagnóstico de tuberculose no Serviço de Infeciologia do Hospital Beatriz Ângelo entre janeiro 2013 e abril 2016. Os processos clínicos foram revistos e esta amostra foi caracterizada relativamente aos dados demográficos, classificação de caso (confirmado/possível/provável), achados imagiológicos e exames complementares de diagnóstico realizados.

Resultados: Estiveram internados 89 doentes com uma média etária de $43,4 \pm 17,3$ anos e 70% eram do sexo masculino. Dos 89 doentes, 67 (75%) foram casos confirmados. 58 doentes (65%) realizaram broncofibroscopia com confirmação do diagnóstico em 44 (76%). A sensibilidade do exame direto das SB e LBA foi semelhante (39% vs 31%, valor $p > 0,43$). A sensibilidade do exame cultural das SB e LBA também foi idêntica (70% vs 62%, valor $p > 0,42$). Por outro lado, a sensibilidade do exame cultural foi superior à do exame direto em ambos (SB: 70% vs 39%, valor $p < 0,05$; LBA: 62% vs 31%, valor $p < 0,05$). Dos 58 doentes que realizaram broncofibroscopia, o *GenoType* foi efetuado em 25 (43%) amostras de LBA, tendo sido positivo

em 16 (64%). A sensibilidade foi superior à do exame direto (64% vs 24%, valor $p < 0,05$), mas semelhante à do exame cultural (64% vs 60%, valor $p > 0,77$). Comparando o grupo de doentes com exame direto do LBA positivo vs negativo, a sensibilidade deste teste foi 100% e 67%, respetivamente. A broncofibroscopia foi complementada com ecoendoscopia brônquica em 4 doentes com citologia compatível com linfadenite granulomatosa em 3 (75%), dos quais o exame cultural do LBA foi positivo em apenas 1. Nos doentes com cavitação, a sensibilidade do exame direto e cultural da expetoração, SB e LBA foi superior.

	Sensibilidade (%)		Valor p
	Com cavitação	Sem cavitação	
Expetoração - exame direto (n = 67)	70	24	< 0,001
Expetoração - exame cultural (n = 67)	89	50	< 0,05
SB - exame direto (n = 46)	53	7	< 0,001
SB - exame cultural (n = 46)	78	50	< 0,05
LBA - exame direto (n = 54)	44	14	< 0,05
LBA - exame cultural (n = 55)	75	44	< 0,05

Conclusões: A broncofibroscopia permitiu a confirmação do diagnóstico em 76% dos exames, mostrando a sua importância no diagnóstico desta patologia. A sensibilidade do *GenoType* no LBA foi semelhante à do exame cultural. A ecoendoscopia poderá ter um papel crescente na abordagem diagnóstica da tuberculose. Nos doentes com cavitação, a sensibilidade dos diferentes testes diagnósticos é superior.

Palavras chave: Tuberculose. Diagnóstico. Broncofibroscopia. *GenoType MTBDRplus*. Cavitação.

P-077. O PAPEL DA CIRURGIA TORÁCICA NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM IDADE PEDIÁTRICA

A.R. Costa, J.E. Reis, J. Santos Silva, R. Domingues, P. Calvino, P. Baptista, M. Santos, M.J. Brito, I. Bravio

Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Hospital Santa Marta.

Introdução: A tuberculose pulmonar é uma patologia pouco frequente nos países desenvolvidos, embora com incidência relativamente elevada em Portugal. É uma doença bastante incapacitante e pode mesmo conduzir à morte quando não diagnosticada numa fase inicial. A cirurgia torácica colabora no diagnóstico assim como no tratamento de complicações associadas a esta patologia. No último ano no serviço de Cirurgia Cardiorádica do Hospital de Santa Marta, 10 doentes foram submetidos a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos devido a tuberculose. Destes doentes, dois encontravam-se em idade pediátrica, com 12 e 16 anos, com apresentações distintas da doença, e por isso com diferentes abordagens terapêuticas. Com este trabalho ilustramos a apresentação clínica, a imagiologia e a abordagem destes casos.

Casos clínicos: Caso clínico 1: criança de 16 anos que inicia um quadro de febre alta (40 °C), tosse, toracalgia esquerda, sudorese nocturna e perda de peso, com 2 meses de evolução. Durante o internamento o estudo revelou anemia e IGRA positivo. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar cuja citologia foi negativa para BAAR, embora posteriormente com resultado cultural positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. O suco gástrico revelou BAAR positivo. Foi diagnosticado derrame pleural esquerdo por ecografia e radiografia torácica. A TAC torácica confirmou derrame pleural organizado sugestivo de empiema com atelectasia do lobo

inferior esquerdo. Foi realizada drenagem torácica e biópsias pleurais por videotoracoscopia. A anatomia patológica revelou processo inflamatório caseoso, tendo iniciado terapêutica antibacilar. Devido a fuga aérea persistente e encarceramento pulmonar foi proposta cirurgia torácica. Após um mês de terapêutica antibacilar o doente foi considerado não contagioso pelo que foi submetido a descorticação formal por toracotomia postero-lateral esquerda. No pós-operatório verificou-se melhoria clínica e imagiológica progressiva. O doente realizou 9 meses de terapêutica antibacilar ficando com mínimas sequelas imagiológicas. Caso clínico 2: descrevemos um caso distinto de tuberculose numa criança de 12 anos com antecedentes de asma brônquica mal controlada, internada por quadro de tosse arrastada e expectoração hemoptóica. A radiografia de tórax revelou alterações compatíveis com cavitações bilaterais. A TAC tórax confirmou a presença de dois abscessos pulmonares, no lobo superior direito e lobo inferior esquerdo de grandes dimensões. Realizou antibioterapia de espectro alargado, com agravamento clínico ao 7º dia de internamento. Nesta altura foi solicitada colaboração da Cirurgia Torácica que efectuou drenagem percutânea dos abscessos pulmonares, guiada por TAC. A microbiologia revelou um *Streptococcus constellatus* assim como *Mycobacterium tuberculosis*. Houve melhoria clínica e imagiológica progressiva, tendo retirado o ultimo dreno torácico cerca de 1 mês depois. Foi decidida intervenção cirúrgica para tratamento das sequelas cerca de 6-8 meses após a alta.

Discussão: Salientamos a importância da suspeição de tuberculose, principalmente nos pacientes em idade pediátrica. A abordagem multidisciplinar, o diagnóstico precoce e o tratamento adaptado a cada caso são de extrema importância por forma a diminuir as comorbilidades e sequelas nesta população.

Palavras chave: Cirurgia torácica. Tuberculose.

P-078. TUBERCULOSE: PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO

R. Boaventura, L. Meira, I. Ladeira

Centro Hospitalar de São João, Porto.

Introdução: A tuberculose ganglionar (TBG) é uma das formas de tuberculose extra-pulmonar (TBEP) mais frequente, sendo que a imunossupressão é um dos factores de risco descritos. O diagnóstico diferencial entre TBG e linfoma é difícil sem a caracterização histológica, e a sua apresentação concomitante é rara.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 75 anos, com antecedentes de hérnia de hiato, hipertensão arterial e dislipidemia. A doente não tinha antecedentes pessoais conhecidos de tuberculose, mas tinha história de contacto com o marido que teve tuberculose pulmonar há 40 anos. Na primeira observação, a doente apresentava tumefação cervical direita, com cerca de 15 mm, dolorosa, com 2 meses de evolução. Referia ainda perda ponderal, hipersudorese noturna, anorexia e disфонia. Os exames realizados revelaram adenomegalias cervicais, bem como adenomegalias supraclaviculares e retroperitoneais. Foi realizada biópsia cirúrgica às adenomegalias cervicais cujos exame direto, teste de amplificação de ácidos nucleicos e alterações histológicas foram compatíveis com tuberculose ganglionar. Foi, então, iniciada terapêutica antibacilar. No exame cultural isolou-se uma estirpe de *Mycobacterium tuberculosis* com sensibilidade a todos os fármacos de primeira linha. Observou-se melhoria clínica e imagiológica das adenomegalias cervicais. No entanto, as adenomegalias retroperitoneais mantiveram-se estáveis. A doente foi então proposta para biópsia excisional destas adenomegalias no mesmo tempo cirúrgico de correção de hérnia do hiato. O exame histológico revelou tratar-se de linfoma B folicular. A doente terminou o tratamento antibacilar e foi orientada para consulta de Hematologia Oncológica, onde prossegue vigilância e tratamento dirigido à neoplasia hematológica. Dado o desafio do diagnóstico diferencial entre a TBG e o linfoma - clínica e apresentação radiológica semelhantes - o diagnóstico

histológico revela-se indispensável. Poucos casos semelhantes, com diagnóstico simultâneo destas duas doenças, foram descritos nos últimos 10 anos. Contudo, o envolvimento de cadeias ganglionares retroperitoneais é pouco frequente na TBG. Neste caso, a ausência de resposta imagiológica das adenomegalias retroperitoneais à terapêutica antibacilar foi essencial para a continuidade da investigação das mesmas. Dado o linfoma folicular ter uma forma de apresentação mais indolente, não se observou alterações muito expressivas durante a evolução clínica. Assim, os autores realçam a importância de se manter uma vigilância frequente, não só clínica mas também imagiológica, dos doentes sobre terapêutica antibacilar, tendo sempre presentes os diagnósticos diferenciais possíveis.

Palavras chave: Tuberculose ganglionar. Linfoma. Folicular. Diagnóstico.

P-079. ARACNOIDITE TUBERCULOSA. UM CASO RARO DE ATINGIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO COM TUBERCULOSE EXTENSIVAMENTE RESISTENTE

L. Fernandes, V. Clérigo, F. Espírito Santo, C. Gomes, J. Costeira, M. Serrado, A. Diniz, C. Bárbara

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

Introdução: A infecção por *Mycobacterium tuberculosis* é prevalente em mais de 2 bilhões de indivíduos em todo o mundo, com cerca de 15 milhões de doentes com infecção activa. A tuberculose do sistema nervoso central é uma apresentação rara de tuberculose activa e pode afectar doentes imunocompetentes e imunocomprometidos. Os três tipos de tuberculose do sistema nervoso central incluem a meningite, os tuberculomas intracranianos e a aracnoidite tuberculosa. Como causa de aracnoidite ou radiculomielite, a tuberculose é muito rara nos países desenvolvidos e é principalmente atribuída à pandemia do síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e acréscimo da migração com a globalização mundial. Os autores relatam o caso de um doente infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e com tuberculose activa extensivamente resistente que desenvolveu uma aracnoidite tuberculosa.

Caso clínico: Reportamos um doente português de 44 anos com os diagnósticos de: em 1996 - infecção por VIH-1 e vírus da hepatite C, com incumprimento da terapêutica antiretroviral; em 2009, 2011 e 2013 - tuberculose pulmonar e óssea, sendo submetido, em 2013, a cirurgia à coluna dorso-lombar; desde 2011 - tuberculose extensivamente resistente (sensibilidade à estreptomycina, cicloserina, ácido para-aminosalicílico e linezolide; resistência à isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, amicacina, etionamida e ofloxacina); e em 2015 - tuberculose miliar. O doente foi internado em contexto de paraparésia e hiporreflexia com diminuição da sensibilidade dos membros inferiores. O exame micobacteriológico directo da expectoração era negativo. A carga viral do VIH era positiva e a contagem de linfócitos T CD4+ igual a 208 células/UL. A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* e *Criptococcus* no líquido cefalorraquidiano era negativa. A tomografia computadorizada da coluna lombar e dorsal excluía lesões agudas relevantes. A electromiografia objectivava aspectos de polineuropatia de predomínio motor e axonal com lesão radicular coexistente. A ressonância magnética da coluna lombar com contraste revelava reforço linear do sinal das leptomeninges que envolviam o cone e raízes da cauda equina. Após discussão com a Neurologia, concluiu-se o diagnóstico de aracnoidite tuberculosa e o doente foi tratado com corticoterapia e fisioterapia, tendo alta clinicamente melhorado, com manutenção do esquema de anti-bacilares.

Discussão: Dos nove milhões de novos casos anualmente de tuberculose activa, 13 a 15% de todos os casos estão associados com o VIH. O aumento da incidência de tuberculose extrapulmonar, incluindo a do sistema nervoso central, é atribuída principalmente,

mas não exclusivamente, à epidemia do VIH. Infrequentemente, a radiculomielite tuberculosa tem sido relatada em países desenvolvidos, sendo a maioria em imigrantes e idosos. Assim sendo, a paraplegia devido à tuberculose da medula espinhal é ainda mais rara em países desenvolvidos. Portanto, torna-se fulcral que os clínicos e os imagiologistas compreendam a ampla variedade de manifestações sintomáticas e radiológicas da tuberculose do sistema nervoso central. Em suma, a aracnoidite tuberculosa deve ser suspeitada sempre que um doente com tuberculose conhecida desenvolva sintomas relacionados com a medula espinhal. A ressonância magnética é fundamental para o diagnóstico e dada a natureza exuberante do processo inflamatório ao nível da medula espinhal, o tratamento com corticoesteróides é indicado.

Palavras chave: Tuberculose extensivamente resistente. Vírus da imunodeficiência humana. Aracnoidite. Radiculomielite.

P-080. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA SECUNDÁRIA À MINOCICLINA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Fernandes, M. Marques

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

Introdução: As pneumopatias eosinofílicas constituem um grupo heterogêneo de entidades caracterizadas por eosinofilia no sangue periférico com alterações radiológicas do parênquima pulmonar; eosinofilia do lavado broncoalveolar e eosinofilia tecidual identificada em biópsias, dividindo-se nas formas aguda e crónica. Os anti-inflamatórios não esteroides e os antibióticos são os fármacos mais frequentemente implicados na ocorrência destas situações.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, com antecedentes de rinite alérgica, não fumadora, recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse não produtiva, dor torácica pleurítica localizada ao hemitórax direito, astenia, anorexia, mialgias e tonturas com duas semanas de evolução, altura em que terá iniciado a toma de minociclina 100 mg para tratamento de rosácea. Negava febre ou outros sinais e sintomas relevantes. Sem viagens recentes para o estrangeiro. Ao exame objetivo, encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética, taquipneica em ar ambiente, com SatO₂ de 93%. À auscultação pulmonar eram audíveis crepitações inspiratórias no 1/3 inferior de ambos os hemitóraces. Analiticamente apresentava elevação da proteína C reativa, eosinofilia e elevação das enzimas hepáticas. A gasimetria arterial era compatível com hipoxemia e alcalose respiratória. A telerradiografia do tórax evidenciava infiltrados pulmonares em ambos os campos pulmonares inferiores, mais evidentes à direita. Iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico 1200 mg IV de 8/8h e azitromicina 500 mg IV de 24/24h, suspendendo-se a minociclina. Efetuou videobroncofibroscopia com lavado broncoalveolar para esclarecimento diagnóstico e a contagem celular diferencial evidenciava a presença de eosinofilia (32%). A doente iniciou corticoterapia (prednisolona 60 mg de 24/24h), que cumpriu durante um mês em esquema regressivo, com evolução clínica, analítica e radiológica favorável. Dos restantes exames complementares de diagnóstico, tanto as hemoculturas como as culturas das secreções respiratórias foram negativas; o estudo da autoimunidade foi negativo, bem como a pesquisa de parasitas nas fezes.

Discussão: Os autores deste caso pretendem alertar para a importância do reconhecimento da minociclina como causa de pneumonia eosinofílica aguda, uma vez que a sua suspensão e terapêutica com corticoterapia foram fundamentais para a resolução do quadro clínico.

Palavras chave: Pneumonia eosinofílica. Eosinofilia.

P-081. FEBRE Q: UMA PNEUMONIA UM TANTO OU QUANTO (A)TÍPICA. ESTUDO RETROSPECTIVO (2010-2014)

R. Eufrásio¹, F. Lopes¹, A. Pereira², S. Pereira², L. Martins²

¹Unidade de Saúde Pública (ACeS Baixo Mondego).

²Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Introdução: A febre Q é uma zoonose, causada pela *Coxiella burnetii*, endémica em Portugal. É uma doença subdiagnosticada, apresentando sintomatologia inespecífica. As principais manifestações nos casos de febre Q aguda são: síndrome febril indeterminado, pneumonia, e/ou alterações hepáticas. A pneumonia é uma manifestação clínica importante, e poderá ser uma causa subvalorizada de pneumonia adquirida na comunidade. A importância de alertar para as características da doença, levou ao desenvolvimento deste estudo epidemiológico, para compreender as manifestações clínicas e identificar as limitações e utilidade dos testes serológicos.

Métodos: Desenvolveu-se um coorte retrospectivo no Hospital Distrital da Figueira da Foz. Identificaram-se 69 serologias requisitadas para *Coxiella*, correspondendo a 64 doentes atendidos na instituição, entre 2010 e 2014, revendo-se os respetivos processos clínicos. Identificaram-se 18 doentes com anticorpos contra antígenos fase I e II, associados com síndrome compatível. Analisaram-se as respetivas variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais, mediante estatística descritiva, e as variáveis categóricas e numéricas foram comparadas através do teste qui-quadrado e t de Student, respetivamente.

Resultados: Identificaram-se 17 doentes com febre Q aguda e um, crónica. A maioria dos doentes eram homens (72,2%). A mediana de idades era de 51,5 anos. O sinal clínico mais frequente foi a febre (83,3%). Metade dos doentes tinha uma contagem normal de leucócitos. Ocorreu trombocitopenia em 22,2% dos casos. Verificou-se aumento da proteína C-reativa (88,2%). A enzima hepática mais frequentemente elevada foi a γ -GT (61,1%). Envolvimento hepático (77,8%) seguido do pulmonar (50%) foram os mais comuns. Doentes com envolvimento hepático e pulmonar apresentaram maior probabilidade de desenvolver a doença, no Inverno, acompanhada de dispneia, tosse e elevação da TGO (OR: 16,3 [IC95%, 1,349-197,769]; *p-value* = 0,025). Entre os doentes com pneumonia, 89% (8/9) apresentavam elevação da enzimatologia hepática. O código da Classificação Internacional de Doenças (ICD-9) mais vezes atribuído foi *pneumonia, organismo não especificado* (486). O tempo mediano entre o início dos sintomas e a requisição da primeira serologia foi de 8,5 dias, superior nos doentes com apenas síndrome febril (16 dias). A realização de apenas uma serologia foi o principal critério de diagnóstico laboratorial aplicado (15/18). Sete doentes apresentavam anticorpos anti-*Coxiella* IgM, 18 IgG fase II, e cinco IgG fase I. Apenas três doentes tiveram seguimento serológico, sendo que num confirmou-se a evolução para doença crónica.

Conclusões: As particularidades da febre Q tornam-na uma causa subvalorizada de pneumonia adquirida na comunidade, merecendo a devida atenção. As suas características são semelhantes às de pneumonias por outras etiologias. Para um diagnóstico definitivo na fase aguda da doença, recomenda-se a realização de serologia e PCR. É importante considerar que a seroconversão ocorre 7-15 dias após o início dos sintomas, e a maioria dos doentes é seropositivo na terceira semana. As serologias requisitadas confirmam que o diagnóstico diferencial foi considerado numa fase inicial, mas a maioria dos doentes não tiveram seguimento serológico. A determinação da incidência real da Febre Q é limitada. Recomenda-se uma otimização dos sistemas de vigilância epidemiológica, e intensificação da colaboração entre serviços e instituições de saúde.

Palavras chave: Febre Q. *Coxiella burnetii*. Pneumonia. Serologia.

P-082. BRONQUIECTASIAS E INFECÇÃO POR *ASPERGILLUS* SPP. EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE. CASO CLÍNICO

J. Azevedo, M.C. Alcobia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A infecção por *Aspergillus* pode atingir o pulmão em diversas síndromes: aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA); aspergiloma; aspergilose invasiva e aspergilose pulmonar crónica necrotizante.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 51 anos, não-fumadora com antecedentes de sinusite crónica que referia sintomas de tosse persistente, com expectoração purulenta, dispneia e sibilância após quadro de síndrome gripal, medicada com ciclo curto de corticóide oral e broncodilatador inalado. Como antecedentes relevantes apresentava bronquiectasias do lobo médio com 3 anos de evolução. Ficou internada para estudo, apresentando hipoxémia marcada e maciez à percussão, na base do pulmão esquerdo. Do estudo complementar destaca-se: gasometria arterial em ar ambiente: pH: 7,55; pO₂: 61,1 mmHg, pCO₂: 29,3 mmHg. Leucocitose de $11,8 \times 10^9/L$, sem eosinofilia; PCR: 2,91 mg/dL (N < 0,5). Radiografia do tórax: consolidação do campo pulmonar inferior esquerdo, com derrame parapneumónico. Tomografia computadorizada do tórax: discretas alterações inflamatórias do lobo médio e derrame pleural esquerdo com opacidade do lobo inferior ($9 \times 6,6$ cm - consolidação pneumónica). Pesquisa de BK na expectoração: negativa. Bacteriologia da expectoração: isolamento de *Aspergillus fumigatus* (em 3 amostras consecutivas) e *Haemophilus parainfluenzae* (em 2 amostras, posteriormente). Serologias para VHC, VHB e VIH: negativas. Testes cutâneos por picada a aeroalergénios (mm): histamina: 7; Oliveira: 5; *Cladosporium*: 5; *Aspergillus*: 4; *Dermatophagoides pteronyssinus*: 5; *Lepidoglyphus destructor*: 3. IgG: 12,2 g/L; IgM: 0,83 g/L; IgA: 3,57 g/L; IgE: 3,600 UI/mL. IgE *Aspergillus fumigatus*: 47,7 kU/L (classe 4). IgG *Aspergillus fumigatus*: 59,6 mgA/L (n < 83 mgA/L). Tomografia computadorizada dos seios perinais sem alterações significativas. Antígeno galactomannan: 0,10 (n < 0,5). Doseamento de alfa-1-antitripsina: Negativo. Estudo funcional respiratório: Obstrução ligeira das pequenas vias aéreas. A doente apresentou evolução favorável sob tratamento com voriconazol 100 mg 2id durante 3 meses e levofloxacina 500 mg id 8 dias, com resolução radiológica.

Discussão: Os autores reforçam a necessidade de investigação e esclarecimento de diagnóstico definitivo nesta doente com pneumonia por *Aspergillus*, tendo em conta os diferentes tratamentos propostos, de acordo com o diagnóstico diferencial.

Palavras chave: *Aspergillus*. ABPA. Aspergilose invasiva. Pneumonia.

P-083. SARCOMA DE KAPOSI E TRANSPLANTE PULMONAR: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

L. Meira, C. Damas

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: Os doentes transplantados de órgãos sólidos têm um risco acrescido de desenvolver tumores malignos, tornando-se numa das principais causas de morbi-mortalidade nestes doentes, sendo o transplante pulmonar associado a uma maior incidência, com particular predomínio dos carcinomas de células escamosas e basocelular da pele. Certas infeções víricas estão associadas ao desenvolvimento de neoplasias, quer nos doentes imunocompetentes quer nos imunodeprimidos. Nestes últimos, o estado de permanente imunossupressão, deixa-os mais suscetíveis a novas infeções ou reativações. O herpes vírus humano 8 (HHV8) está associado ao desenvolvimento de sarcoma de Kaposi (SK), que se pode manifestar de diferentes maneiras. As autoras descrevem dois casos clínicos de doentes transplantados pulmonares com diagnóstico de SK.

Casos clínicos: Caso clínico 1: doente do sexo masculino, 63 anos, ex-fumador, DPOC grave, submetido a transplante bipulmonar aos 61 anos e com antecedentes de colite a CMV no 10º mês pós transplante. Ao 11º mês pós transplante surgiram duas pequenas lesões cutâneas purpúricas no hemitorax esquerdo sem sintomatologia associada, tendo sido encaminhado para a consulta de Dermatologia, decidindo-se vigilância das mesmas. Ao 16º mês pós transplante, por progressão numérica e dimensional das lesões cutâneas, foi submetido a biópsia cutânea cujo exame anatomopatológico revelou características morfológicas e células positivas para HHV8 compatíveis com SK. Foi excluído o envolvimento do tubo digestivo. Neste período apresentou igualmente declínio funcional, tendo-se efetuado o diagnóstico de bronquiolite obliterante. Ao 20º mês, apresentou agravamento clínico com dispneia, infiltrados pulmonares bilaterais de novo e insuficiência respiratória sem resposta a VNI, tendo-se interpretado o caso como possível envolvimento pulmonar por SK, associado a rejeição de transplante. O doente acabou por morrer 2 dias após instalação deste quadro, sem ter iniciado terapêutica dirigida ao SK. Caso clínico 2: doente do sexo masculino, 35 anos, não fumador, com bronquiectasias de etiologia desconhecida, submetido a transplante bipulmonar aos 30 anos. De intercorrências pós transplante salienta-se rejeição aguda com evolução para bronquiolite obliterante com estabilidade funcional e sem insuficiência respiratória, e desenvolvimento de atrofia renal no provável contexto de iatrogenia medicamentosa. Ao 50º mês pós transplante foi internado por prostatite e colecistite aguda, tendo sido submetido a colecistectomia urgente. Por apresentar anemia severa (hemoglobina 6,8 g/dL) foi pedido estudo endoscópico, tendo sido identificadas na endoscopia digestiva alta múltiplas lesões vasculares arredondadas e com relevo dispersas pelo estômago, sugestivas de SK. O exame anatomopatológico confirmou este diagnóstico após identificação de células positivas para HHV8. A serologia do HHV8 foi negativa. O doente acabou por desenvolver quadro de sépsis com ponto de partida em loca sub-esplénica, acabando por morrer após impossibilidade de reversão do quadro séptico.

Discussão: Com estes dois casos as autoras pretendem demonstrar diferentes expressões clínicas do SK e ainda salientar a importância do eventual desenvolvimento de neoplasias nos doentes transplantados pulmonares.

Palavras chave: Transplante pulmonar. Sarcoma de Kaposi. Infecção. Neoplasia.

P-084. APRESENTAÇÃO RARA DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIA NÃO-TUBERCULOSA

P. Dionísio, A. Castro, T. Mourato, M.C. Gomes

Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches.

Introdução: *Mycobacterium lentiflavum*, uma micobactéria não-tuberculosa (MNT) de crescimento lento, é uma causa rara de doença pulmonar. Raramente foi descrita em doentes imunocomprometidos e a sua associação com *Staphylococcus aureus* em doentes com bronquiectasias é pouco frequente. Por outro lado, esta MNT raramente é isolada em amostras respiratórias de doentes com fibrose quística (FQ), uma doença predominantemente diagnosticada em idade precoce.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de uma doente do sexo feminino, 64 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de síndrome depressivo e sinusite crónica. Referenciada à nossa consulta por história de tosse produtiva crónica, com expectoração purulenta, anorexia, cansaço fácil, hipersudorese e perda ponderal não quantificada. No passado a doente tinha tido uma infecção respiratória a *Mycobacterium xenopi*, tratada com antibioterapia combinada e dirigida, um derrame pleural com isolamento de um agente fúngico, tratado com fluconazol, e desde essa altura com colonização crónica do tracto respiratório por *Staphylococcus aureus*. A tomografia computadorizada torácica mostrava bronquiectasias,

impactação mucóide e múltiplas áreas de nódulos centrilobulares com morfologia “tree-in-bud”. Foram colhidas novamente amostras de expectoração, onde foi isolado *Mycobacterium lentiflavum* em três amostras sucessivas. Analiticamente não havia alterações relevantes e foram excluídas imunodeficiência primária ou secundária. A investigação subsequente de bronquiectasias mostrou uma deficiência de alfa-1-antitripsina (60 mg/dL) com genótipo PiMM, bem como dois testes de suor com resultado borderline. A doente iniciou terapêutica antibiótica, com melhoria clínica.

Discussão: Neste resumo, os autores apresentam um caso extremamente raro de isolamento de *Mycobacterium lentiflavum* a partir de amostras respiratórias de um doente imunocompetente, colonizado cronicamente por *Staphylococcus aureus*, com um déficit de alfa-1-antitripsina, apesar de ter um genótipo normal, e com possível diagnóstico de FQ de início tardio. Este caso sugere que nos humanos o *Mycobacterium lentiflavum* possa ser um agente responsável por infecções respiratórias que podem estar relacionadas com outras doenças pulmonares pouco comuns, para as quais a marcha diagnóstica tem um papel preponderante.

Palavras chave: *Micobactérias não tuberculosas. Fibrose quística.*

P-085. NOCARDIOSE TORÁCICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Rodrigues, M. Valério, T. Costa

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

Introdução: A nocardiose é uma infeção localizada ou disseminada, provocada por bactérias Gram+, género *Nocardia*. Este microrganismo oportunista atinge sobretudo imunodeprimidos, sendo o atingimento pulmonar o mais comum. Tanto a apresentação clínica como a imagiológica são muito variáveis, condicionando um largo espectro de diagnósticos diferenciáveis. Os autores apresentam um caso clínico de nocardiose torácica num doente com bronquiectasias e alterações fibróticas secundárias a siderose pulmonar, e ainda de adenocarcinoma do recto.

Caso clínico: Homem de 61 anos, com antecedentes de siderose pulmonar (biópsia pulmonar cirúrgica em 2006). Imagiologicamente apresentava bronquiectasias cilíndricas e varicosas e ainda padrão em favo de mel; estudo funcional respiratório inicial sem alterações de relevo. Em 2013 foi-lhe diagnosticado adenocarcinoma do recto, tendo sido submetido a ressecção anterior do recto com radio e quimioterapia neoadjuvante, tendo mantido *follow-up* sem necessidade de terapêutica adicional. Do ponto de vista respiratório verificou-se ligeiro agravamento progressivo de dispneia de esforço e, em Outubro de 2015, iniciou queixas de hemoptise de volume moderado, associado a sensação de ferverilh torácico. Microbiológico de expectoração negativo para aeróbios e micobactérias. A tomografia computadorizada torácica de alta resolução mostrou duas cavitações irregulares no lobo superior esquerdo, a maior com 3x2 cm, com opacidade no interior, compatíveis com aspergilomas, para além das alterações já observadas anteriormente. Realizou broncofibroscopia, que evidenciou sinais inflamatórios moderados na mucosa brônquica em B esquerdo e b1+2 esquerdo. Citologia do lavado broncoalveolar (LBA) com macrófagos, células inflamatórias, abundantes polimorfonucleares (PMN's) e ausência de células neoplásicas. Biópsias brônquicas sugeriram envolvimento brônquico por processo inflamatório crónico, sem aspetos sugestivos de infeção por *Aspergillus* ou de infiltração neoplásica. Microbiologia do LBA identificou *Nocardia spp*, tendo iniciado terapêutica com cotrimoxazol. Por toxicidade cutânea ao cotrimoxazol este foi substituído por linezolide. Apesar da terapêutica adequada, verificou-se aumento das lesões cavitadas em controlo imagiológico e persistência de hemoptises, pelo que foi proposto para ressecção

cirúrgica, tendo sido submetido a lobectomia superior esquerda, com melhoria clínica.

Discussão: A existência de lesões pulmonares sequelares e/ou fibróticas constituem um nicho ideal para o alojamento e proliferação de diversos microrganismos patogénicos, como as bactérias, fungos e micobactérias. Por outro lado, devido ao número crescente de casos de imunossupressão, patológica ou iatrogénica, temos cada vez mais indivíduos susceptíveis a processos infecciosos. No caso apresentado, a conjugação das alterações parenquimatosas favoráveis à colonização, e o estado de imunossupressão do doente, constituíram factores determinantes à infeção por *Nocardia*. Com este trabalho, autores pretendem chamar a atenção para a nocardiose no diagnóstico diferencial de pneumonias em doentes imunodeprimidos, sobretudo que cursem com necrose, abscesso ou cavitação. O grau de suspeição elevado adquire particular importância dado o crescimento lento deste microrganismo, devendo a cultura ser prolongada até aos 30 dias. A primeira abordagem terapêutica consiste no tratamento antibiótico, reservando-se o tratamento cirúrgico nos casos de falência à antibioterapia.

Palavras chave: *Nocardiose torácica. Nocardia. Infeção pulmonar. Abscesso pulmonar. Imunossupressão.*

P-086. NOCARDIOSE PULMONAR: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

J.P. Silva, P. Crespo, J. Correia, T. Abrantes, M. Sousa, V. Melo, A. Campos, S. Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A infeção pulmonar por *nocardia* pode manifestar-se de forma aguda, subaguda ou crónica, geralmente em indivíduos imunocomprometidos. A apresentação clínica é inespecífica, encontrando-se na literatura casos de pneumonia acompanhada de cavitação, abscesso, derrame pleural e empiema bem como casos de lesões inflamatórias com crescimento endobrônquico.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, que desenvolve quadro de tumefação da parede lateral esquerda do tórax, febre e toracalgia ipsilateral com 3 semanas de evolução. Analiticamente apresentava anemia normocítica e elevação de parâmetros inflamatórios. Hemoculturas negativas. Realizou ecografia torácica a nível da linha médio-axilar esquerda que mostrou coleção líquida em topografia profunda sob o plano muscular, melhor caracterizada por tomografia computadorizada (TC) como lesão hipodensa com captação à periferia e parede espessa com 5,3 cm de maior diâmetro. Identificados ainda vários infiltrados no lobo superior direito, vagamente nodulares com broncograma aéreo e de contornos irregulares. Realizada biópsia aspirativa da lesão da parede torácica cujo exame microbiológico foi positivo para *Nocardia spp*. A broncofibroscopia não apresentou alterações significativas da árvore traqueobrônquica e o lavado dirigido foi negativo para células neoplásicas. O doseamento sérico de marcadores tumorais foi normal. Foram pesquisadas causas de imunossupressão. A antibioterapia empírica em curso foi dirigida para nocardiose pulmonar com boa resposta clínica e analítica. Houve resolução da lesão da parede torácica e dos infiltrados pulmonares na TC de reavaliação após 3 meses. A diabetes mellitus de longa data, mal controlada, foi a única causa de imunossupressão diagnosticada.

Discussão: Pelo menos 40% dos pacientes com nocardiose disseminada têm envolvimento pulmonar, sendo que a apresentação clínica pode ser dominada pelos sintomas pulmonares. Estima-se que 90% dos casos de nocardiose pulmonar são curáveis se instituída a antibioterapia adequada.

Palavras chave: *Infeção. Nocardia. Pulmão.*

P-087. DOENÇA PULMONAR SUBAGUDA NO DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO: DO ANTIBIÓTICO AO DIAGNÓSTICO

M. I. Costa, F. Videira Santos, C. Ferrão, P. Leuschner, M. França, F. Farinha, J. Correia

Centro Hospitalar do Porto-Hospital Geral de Santo António.

Introdução: Em doentes imunocomprometidos, o aparecimento de infiltrados pulmonares justifica frequentemente a prescrição de cursos empíricos de antibioterapia com espectros alargados a agentes oportunistas. Em face da necessidade premente de racionar a utilização de antimicrobianos, apresenta-se dois casos clínicos em que essa estratégia não parece ter alterado o prognóstico.

Casos clínicos: Caso 1: homem de 58 anos, com cirrose hepática a VHC e álcool, abstinente e com carga viral suprimida 6 meses após terapêutica com ledispavir + sofosbuvir + ribavirina. Pioderma gangrenoso (PG) em tratamento desde 2011 com corticoterapia e previamente refratário a múltiplos esquemas imunossuppressores. No decorrer de internamento motivado pelo PG apresentou expectoração purulenta e hemoptises; elevação de marcadores inflamatórios e insuficiência respiratória (IR) tipo 1. Radiografia de tórax evidenciou múltiplas hipotransparências bilaterais que a TC revelou corresponder a áreas de consolidação pulmonar. Não se identificou qualquer agente nos diversos estudos microbiológicos da expectoração e do lavado broncoalveolar (LBA). Criobiopsia transbrônquica de uma consolidação compatível com pneumonia organizativa. Por pirose e disfagia persistentes após tratamento de candidíase, realizou endoscopia digestiva alta que documentou várias erosões/úlceras superficiais pleomórficas de histologia inespecífica, sem identificação de agentes infecciosos. Estudo imunológico revelou elevação de fator reumatóide e crioglobulinas IgA, IgM e IgG de características policlonais que, em presença de infecção pelo VHC e lesões de órgão compatíveis (pneumonia organizativa no pulmão, atingimento vasculítico da pele e esófago), permite afirmar o diagnóstico de crioglobulinemia tipo 2. Desde que iniciou terapêutica dirigida a esta entidade (ciclofosfamida), o doente apresentou melhoria sustentada da clínica respiratória, resolução das lesões esofágicas e estabilização das lesões cutâneas. Caso 2: homem de 60 anos, fumador de 40 UMAs, com diagnóstico há cerca de um ano de linfoma B agressivo, que respondeu satisfatoriamente à QT - 1 ciclo com ciclofosfamida, vincristina e prednisolona (CVP) seguido de 4 ciclos de rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona (R-CHOP). Apresentou agravamento progressivo da dispneia crónica mMRC 2 até grau 4, ao longo dos ciclos de QT, sem história de febre, tosse ou expectoração. Sem evidência clínica ou ecocardiográfica de insuficiência cardíaca ou hipertensão pulmonar, imagem de tórax e broncoscopia a excluir envolvimento pulmonar por doença linfoproliferativa e infecção. TC tórax, requisito para excluir TEP, evidenciou padrão de pneumonia intersticial usual que, dado o contexto clínico e a evolução paralela, foi filiada à pneumotoxicidade da quimioterapia. Iniciou corticoterapia com melhoria escassa e manteve IR tipo 1 grave a necessitar de alto débito de O₂ suplementar (4 l/min em repouso e 10 l/min em deambulação). Evolução clínica desfavorável com necessidades crescentes de O₂. Sem critérios para orientação para transplante pulmonar dado a ausência de esquemas de quimioterapia modificadores de prognóstico com bom perfil de segurança pulmonar. Decaimento rápido e progressivo da função respiratória com internamentos posteriores por agravamento de IR, acabando por falecer em Julho de 2016.

Discussão: Estes casos demonstram que, mesmo em doentes imunossuprimidos, a antibioterapia empírica pode não se justificar em quadros arrastados e na ausência de manifestações sistémicas de infecção. Os diferentes outcomes estão dependentes do prognóstico das patologias identificadas.

Palavras chave: Crioglobulinemia tipo II. Pneumonia organizativa. Fibrose pulmonar iatrogénica.

P-088. FATORES PREDITIVOS DE ISOLAMENTO DE AGENTES MULTIRESISTENTES EM DOENTES INTERNADOS NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA POR PNEUMONIA

J. Silva, M. Brandão, R. Mendes, C. Pinto

Serviço de Pneumologia, Hospital de Vila Real-CHTMAD.

Introdução: O isolamento de microorganismos multirresistentes (MMR) nas infeções respiratórias tem vindo a aumentar, o que se pensa estar relacionado com o frequente contacto dos doentes com os cuidados de saúde. A pneumonia associada aos cuidados de saúde (PACS) foi apresentada como nova entidade nosológica que veio preencher esta lacuna. No sentido de avaliar os fatores preditivos de isolamento de agentes multirresistentes e o outcome dos doentes internados por Pneumonia, os autores desenvolveram o presente estudo.

Métodos: Análise longitudinal retrospectiva de doentes internados num serviço de Pneumologia 01/01/2013 a 31/12/2015 por Pneumonia. Foram incluídos os doentes com isolamento microbiológico. Os doentes foram categorizados em 2 grupos, MMR e sem MMR, tendo sido classificados como MMR os isolamentos de *Pseudomonas*, agente Gram negativo ESBL, *Acinetobacter Baumannii* e MRSA. Compararam-se as características clínicas, radiológicas, scores de gravidade, tempo de internamento e mortalidade entre os 2 grupos. Foram utilizados os testes χ^2 e Fisher's Exact Test para a comparação das variáveis categóricas. Assumiu-se PACS quando pelo menos um dos critérios da ATS/IDSA estavam presentes.

Resultados: Obteve-se isolamento microbiológico em 120 (32,9%) dos 365 doentes internados com o diagnóstico de Pneumonia. Destes, 31,7% (n = 38) apresentou isolamento MMR. O grupo MMR tinha idade média 72,8 ± 9,7 anos e o grupo sem MMR de 64 ± 15,5 anos (p = 0,002). Não se observou associação com o género (masculino n = 84, 70%; p = 0,34). Os doentes totalmente dependentes (10,8%) não apresentaram maior proporção de isolamentos MMR. A imunossupressão (14,17%; p = 0,002), insuficiência cardíaca (25%; p = 0,041) e doença renal crónica (7,5%; p = 0,002) apresentaram-se em maior proporção no grupo MMR, ao contrário da DPOC (24,2%; p = 0,080), diabetes mellitus (14,2%; 0,829) e neoplasia do pulmão (14,2%, p = 0,829). O derrame pleural (15%, p = 0,042) e a admissão em unidade de cuidados intermédios/intensivos (11,7%; p = 0,037) apresentaram associação negativa; as pneumonias com PSI > 3 não apresentaram associação. A PACS (38,3%) teve associação (p = 0,003), contudo, os seus critérios tiveram diferentes graus de relevância: hospitalização ≥ 2 dias nos últimos 90 dias (26,7%; p < 0,001), residência em Lar/UCC (8,3%; p = 0,04) e antibioterapia endovenosa nos últimos 30 dias (18,3%; p < 0,001) tiveram associação, ao contrário da quimioterapia (7,5%, p = 0,462). O tempo de internamento (mediana = 13,5 (21); 12 (10); p = 0,378) e a mortalidade (p = 0,002) foram superiores no grupo MMR.

Conclusões: Apesar de se tratar de uma amostra relativamente pequena de doentes internados com isolamentos microbiológicos, foi claro que a classificação em PACS por si só não é o suficiente para prever o isolamento de MMR (ou seja, a diferença entre tratar estes doentes como pneumonia nosocomial ou não). Apenas a hospitalização ≥ 2 dias nos últimos 90 dias, residência em Lar/UCC e o uso de antibioterapia endovenosa nos últimos 30 dias poderão estar associados aos isolamentos MMR, indo de encontro com a literatura internacional. Existe maior associação entre pneumonia por MMR com a idade avançada e presença de mais comorbidades (ICC e a imunossupressão), devendo ser estes os fatores principais a ter em conta na escolha da antibioterapia empírica.

Palavras chave: Pneumonia. Pneumonia associada aos cuidados de saúde. Multiresistência.

P-089. *CANDIDA* - INFEÇÃO OU COLONIZAÇÃO. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Fernandes, M. Marques

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

Introdução: A pneumonia por *Candida* é rara, sendo geralmente limitada a indivíduos imunocomprometidos. É uma entidade clínica de difícil caracterização, dado que a presença de culturas positivas não permite distinguir entre infecção e colonização ou mesmo contaminação da amostra. No entanto, deve ser considerada como diagnóstico diferencial na presença de pneumonia resistente à antibioterapia.

Caso clínico: Mulher de 61 anos, com antecedentes de síndrome depressivo, excesso de peso, não fumadora, doméstica, foi transferida dum hospital privado para os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) por dispneia, tosse produtiva com expectoração purulenta, pieira e febre com duas semanas de evolução. Foi medicada previamente com levofloxacina 750 mg de 24/24h em ambulatório. Ao 5º dia de antibioterapia, por agravamento do quadro clínico, foi internada nesse hospital privado, medicada com piperacilina/tazobactam 4.500 mg IV de 8/8h, sem apresentar, no entanto, melhoria, motivo pelo qual foi transferida para os HUC 4 dias após o internamento. No Serviço de Urgência, encontrava-se hemodinamicamente estável, com temperatura auricular de 37,8 °C, taquipneia sob O₂ a 2L/min por óculos nasais, com Sat O₂ de 91%. À auscultação pulmonar, eram audíveis crepitações inspiratórias ápico-caudais no hemitórax esquerdo e na metade inferior do hemitórax direito. Analiticamente, apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e a gasimetria arterial evidenciava insuficiência respiratória parcial, com alcalose respiratória. A teleradiografia do tórax mostrava infiltrados pulmonares algodono- sós ápico-caudais bilaterais. Iniciou antibioterapia empírica com meropenem 1.000 mg IV de 8/8h e vancomicina 1.000 mg IV de 12/12h. Para esclarecimento da etiologia da infecção, realizou, ao 4º dia de internamento, videobroncofibroscopia e o estudo citológico do aspirado brônquico demonstrou a presença de abundantes hifas e esporos de fungos tipo *Candida*, sugestivo de infecção por este microrganismo. Na tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TCAR) eram visíveis áreas em vidro despolido dispersas por todos os lobos pulmonares de predomínio periférico, em relação com processo infeccioso. As provas funcionais respiratórias demonstravam diminuição da TLCO (4,03 mmol/min/KPa; 60,1%), sem outras alterações. Dado tratar-se de uma pneumonia resistente à antibioterapia previamente instituída, com ausência de isolamento de outro agente causal em hemoculturas e nas culturas das secreções respiratórias, associado à manutenção de alterações radiológicas, optou-se por iniciar fluconazol 400 mg de 24/24h, que cumpriu durante duas semanas. Foram excluídas causas de imunodeficiência primária ou secundária. Foi reavaliada em consulta, apresentando-se assintomática, com TCAR de controlo após dois meses demonstrando marcada redução do padrão de infiltração parenquimatosa e das imagens em “vidro despolido”, bem como normalização da TLCO.

Discussão: Apesar do diagnóstico de pneumonia por *Candida* ser sugerido pelo achado deste fungo na análise citológica do aspirado brônquico, o diagnóstico definitivo requer habitualmente a confirmação histopatológica. Não obstante da melhoria clínica e imagiológica significativa, continuamos a interrogar-nos se a colonização/ infecção foi etiologia ou tão somente a consequência duma antibioterapia prévia de largo espectro e/ou um marcador de gravidade de pneumonia.

Palavras chave: Infecção. *Candida*.

P-090. ABCESSOS PULMONARES. REVISÃO DE 10 ANOS DE INTERNAMENTO

M. Valério, D. Rodrigues, E. Dias, C. Ferreira

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

Introdução: O abcesso pulmonar constitui uma complicação infecciosa com necrose e supuração do parênquima pulmonar. O quadro clínico costuma ser indolente. O diagnóstico de abcesso pulmonar cursa com necessidade de longos períodos de antibioterapia de largo espectro e com internamentos prolongados.

Objetivos: Caracterização dos doentes internados no Serviço de Pneumologia B do CHUC, com diagnóstico de abcesso pulmonar, em termos clínicos, epidemiológicos, microbiológicos, radiológicos e de abordagem terapêutica, nos últimos 10 anos.

Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes internados com o diagnóstico de abcesso pulmonar, entre Janeiro de 2006 e Maio de 2016, com posterior análise estatística descritiva.

Resultados: Foram incluídos 28 doentes (26 homens/2 mulheres), com idade média de 60 ± 18 anos. A sintomatologia mais frequentemente referida à entrada foi tosse (71%), expectoração purulenta (54%), emagrecimento (46%), toracalgia (42%), febre (32%) e dispneia (28%). As principais co-morbilidades identificadas foram neoplasia pulmonar (29%), diabetes *mellitus* tipo 2 (21%), doença pulmonar obstrutiva crónica (18%), hipertensão arterial (18%) e dislipidémia (11%). Cerca de 75% tinham exposição ao fumo do tabaco, 42% hábitos alcoólicos significativos e 4% exposição toxifílica. Todos os doentes realizaram radiografia do tórax, com imagem compatível com abcesso em 82% dos casos. Cerca de 79% realizaram TC torácica, sendo a localização dos abcessos maioritariamente nos lobos inferiores direito (25%) e esquerdo (25%), com os restantes no lobo superior direito (18%), lobo superior esquerdo (14%), lobo médio (14%) e língula (4%). Somente 42% dos doentes obtiveram isolamento do agente causal: MRSA (14%), *Acinetobacter baumannii* (11%) e *Klebsiella pneumoniae* (7%), sendo que 14% dos doentes tiveram isolamento de mais do que um agente. Todos os doentes realizaram terapêutica antibiótica, a maioria com piperacilina - tazobactam (68%), levofloxacina (43%), clindamicina (36%), vancomicina (21%), sulfametoxazol + trimetoprim (14%) e linezolid (11%). A duração média da antibioterapia foi de 39 dias. Apenas 5 doentes necessitaram de terapêutica cirúrgica. A média da duração do internamento foi de 18 dias. Dois doentes necessitaram de re-internamento. Verificaram-se 6 óbitos (idade média 73 anos), 5 dos quais com diagnóstico de neoplasia pulmonar concomitante. Os restantes doentes apresentaram boa evolução com alta para domicílio.

Conclusões: Tal como nas séries de casos publicadas, no nosso grupo a sintomatologia do abcesso foi inespecífica e predominantemente associada ao sexo masculino, numa grande percentagem fumadores e com co-morbilidades associadas. Houve uma preponderância de abcessos localizados à direita. A antibioterapia efetuada foi predominantemente de largo espectro, por dificuldade de isolamento do agente responsável, sendo esta prolongada. A maioria dos doentes apresentou boa evolução, sem necessidade de terapêutica cirúrgica, sendo que os óbitos corresponderam, neste estudo, quase exclusivamente a doentes com patologia neoplásica pulmonar e idade avançadas.

Palavras chave: Abcessos pulmonares. Infecção. Tratamento.

P-091. ABCESSO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

E. Dias, M. Valério, M. Braz, A.C. Ferreira, F. Teixeira, F. Barata

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Pólo Hospital Geral.

Introdução: O abcesso pulmonar consiste numa coleção de tecido necrosado e supurativo localizado no parênquima pulmonar. O seu

desenvolvimento reflete infecção por elevada carga de microrganismos e/ou déficit dos mecanismos de depuração do trato respiratório. A aspiração é a causa mais comum de abscesso pulmonar. As manifestações clínicas são as típicas de uma infecção respiratória. A radiografia do tórax mostra geralmente um infiltrado, com ou sem cavitação. A tomografia computadorizada torácica permite definir melhor a localização e o tamanho do abscesso pulmonar. A identificação do microrganismo causador é muito importante e constitui um desafio em muitos casos. A cultura da expectoração, sangue e líquido pleural, também são importantes. É de extrema importância obter as amostras antes do início da antibioterapia. O uso da broncofibroscopia com lavagem broncoalveolar ou escovado é controverso. A broncofibroscopia é útil para excluir a presença de obstrução da via aérea, neoplasia ou infecção por micobactérias. O diagnóstico diferencial de abscesso pulmonar é variado e inclui neoplasia, enfarte pulmonar e bolhas infectadas. O abscesso pulmonar é causado, sobretudo, por microrganismos anaeróbios (89%). O tratamento baseia-se no uso da antibioterapia adequada, sempre que possível de acordo com o teste de sensibilidade antibiótica (TSA). Esta entidade clínica exige períodos prolongados de antibioterapia. Contudo, existem fatores de mau prognóstico como a má nutrição, idade avançada e imunossupressão.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 72 anos, institucionalizada, totalmente dependente, com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada, anorexia e quadro demencial. Enviada ao serviço de urgência por quadro de dispneia em contexto de colocação de sonda nasogástrica no lar por recusa alimentar. Objetivada insuficiência respiratória parcial, analiticamente com proteína C reativa de 1,53 mg/dL. Radiologicamente com condensação na base pulmonar direita. Diagnosticada pneumonia de aspiração e iniciou empiricamente amoxicilina/ácido clavulânico 2,2 g iv. Foi internada no Serviço de Medicina Interna. Por insuficiência terapêutica com agravamento da insuficiência respiratória e temperaturas febris, mudou-se a antibioterapia para piperacilina/tazobactam. Foi repetido estudo imagiológico com visualização de pneumonia abcedada, pelo qual foi solicitada TC torácica: “cavitação com realce parietal e com níveis hidroaéreos com cerca de 7 x 5 cm de eixos axiais”. Manteve agravamento da clínica respiratória, tendo-se associado Vancomicina. O caso foi discutido com a pneumologia. Realizou broncofibroscopia e aspirado brônquico, onde se isolaram *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*. Decidiu-se, com apoio da pneumologia, suspensão de piperacilina/tazobactam e associação de colistina durante 6 semanas. Fez reavaliação radiológica após 6 semanas com melhoria da opacidade abcedada. A doente teve alta, com orientação para consulta de pneumologia. Manteve antibioterapia com ciprofloxacina no domicílio.

Discussão: Sendo os abscessos pulmonares um entidade com terapêutica antibiótica prolongada, é de extrema importância a identificação dos microrganismos em causa e TSA. O presente caso clínico serve para ilustrar a importância da discussão inter-disciplinar do doente entre diferentes especialidades. Apesar da má-nutrição no contexto de anorexia, como fator de mau prognóstico, a doente recuperou favoravelmente.

Palavras chave: Abscesso pulmonar. Antibioterapia. Imagiologia.

P-092. ABCESSO PULMONAR MASCARADO

J. Carvalho, C. Guimarães, M. Fradinho, F. Martins, L. Oliveira, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: Os abscessos pulmonares manifestam-se tipicamente por queixas indolentes de infecção pulmonar e doença sistémica crónica, surgindo no contexto de pneumonia de aspiração. Muitas vezes estas infecções são polimicrobianas (≈40% casos) incluindo tanto bactérias anaeróbias como aeróbias, nomeadamente *Streptococcus*

ococcus spp, frequentemente do grupo *anginosus* (que apresentam a tendência característica de formar abscessos). A necrose resultante destas infecções pode também levar à formação de empiema, por fístula bronco-pleural ou extensão direta da infecção ao espaço pleural. A TC Torácica é útil na distinção destas duas entidades, que apresentam diferentes abordagens terapêuticas.

Caso clínico: Homem de 66 anos, autónomo, ex-fumador (60 UMAs), com história de etanolismo crónico. Sem medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 2 meses de evolução de tosse, inicialmente seca e posteriormente com expectoração purulenta, apresentando hemoptises de pequeno volume no dia da admissão. Referia ainda toracalgia pleurítica direita, ortopneia, astenia e perda ponderal não intencional de 20 Kg em 3-4 meses. Ao exame objetivo destacava-se: doente emagrecido, pálido, taquicárdico, subfebril, sem hipotensão nem hipoxémia; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular abolido na metade inferior do hemitórax direito e discretas crepitações no 1/3 médio da face anterior. Analiticamente salientava-se anemia de doença crónica, hipoalbuminémia e elevação marcada de parâmetros inflamatórios; gasimetria em ar ambiente normal. Na radiografia torácica identificou-se hipotransparência em toalha ocupando a quase totalidade do campo pulmonar direito, ecograficamente revelando-se volumoso derrame pleural. Realizada toracentese diagnóstica, aspirando-se líquido espesso, purulento e fétido, compatível com empiema. Colocou-se drenagem torácica e iniciou antibioterapia empírica (piperacilina-tazobactam e clindamicina). Foi internado no serviço de Pneumologia. Realizou TC torácica, observando-se imagem sugestiva de empiema (derrame pleural coletado à direita, com espessamento pleural), sem outras alterações. Dos exames microbiológicos realizados, houve apenas isolamento de *Streptococcus constellatus* (grupo *S. anginosus*) multissensível no líquido pleural, admitindo-se infecção polimicrobiana (líquido pleural com características típicas de infecção por anaeróbios). Durante o internamento instalou-se fuga de ar pela drenagem torácica concomitantemente com o líquido purulento. Admitiu-se desenvolvimento de fístula bronco-pleural, tendo repetido TC torácica, que revelou: volumosa loca cavitada à direita, de parede espessa e anfractuosa e conteúdo maioritariamente gasoso, com pequeno nível hidroaéreo (observando-se dreno em localização intralesional), comprimindo o parênquima adjacente, compatível com volumoso abscesso pulmonar; sem trajeto fistuloso bronco-pleural. Concluiu-se diagnóstico definitivo de volumoso abscesso pulmonar polimicrobiano (anaeróbios e *S. constellatus*), pelo que foi prolongada antibioterapia durante 5 semanas, removendo-se dreno torácico (tendo em conta processo radiologicamente em resolução). Apresentou evolução clínica, analítica e imagiológica favoráveis (TC torácica à data da alta com redução das dimensões da cavitação e do espessamento pleural, não se documentando fístula brônquica). Foi orientado para consultas de Pneumologia e Cirurgia Torácica, mantendo programa de fisioterapia respiratória.

Discussão: Apresenta-se este caso por traduzir uma situação infrequente de volumoso abscesso pulmonar de difícil diagnóstico, tendo-se clínica e radiologicamente confundido com empiema, mesmo na TC Torácica, acabando por ser drenado percutaneamente de forma incidental. Destaca-se ainda o facto de se ter conseguido um isolamento etiológico (possível apenas em metade dos casos).

Palavras chave: Abscesso pulmonar. Empiema. *Streptococcus anginosus*. Drenagem torácica.

P-093. EXACERBAÇÃO AGUDA DE BRONQUIECTASIAS - REALIDADE DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

J.N. Machado, J.C. Costa, F. Costa, T. Costa

Serviço de Pneumologia, Hospital Geral-CHUC.

Introdução: O termo bronquiectasias (BQ) significa genericamente uma dilatação patológica e irreversível das vias aéreas. Supõe-se

que depois da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e da asma as BQ serão a terceira doença inflamatória crónica das vias aéreas. O conceito de exacerbação aguda de BQ é fundamentalmente essencialmente em critérios clínicos e é genericamente descrito como aumento do volume, consistência e purulência da expectoração, com ou sem hemoptises e associada ou não outros sintomas ou alterações analíticas e imagiológicas.

Objectivos: Caracterizar os doentes internados nos últimos 5 anos por exacerbação aguda de BQ e comparar aqueles com 1 única exacerbação com aqueles com 2 ou mais exacerbações.

Métodos: Estudo retrospectivo, com análise dos processos clínicos de todos os doentes internados no Serviço de Pneumologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2015 com diagnóstico de exacerbação aguda de bronquiectasias e com necessidade de internamento. Foram analisados os dados demográficos, comorbilidades e variáveis clínicas utilizando o SPSS®. De seguida, dividiu-se a amostra em dois grupos com base no número de exacerbações: um constituído pelos doentes com uma exacerbação e o outro com 2 ou mais exacerbações.

Resultados: A amostra foi constituída por 63 indivíduos, 52,4% do sexo masculino, com média de idades de 73,4 anos. De patologia respiratória de base verificou-se a presença de 20,6% de doentes com DPOC, 19% asmáticos, 19% com sequelas de tuberculose pulmonar e 1,6% com défice de alfa-1 antitripsina. As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial em 30,2% dos indivíduos, insuficiência cardíaca em 20,6%, diabetes, fibrilhação auricular e doença neuro-psiquiátrica em 11,1% respetivamente. Relativamente à terapêutica, 44,4% estavam medicados com terapêutica inalatória tripla (corticoide, anticolinérgico e agonista beta de longa ação) sendo que, isoladamente ou em associação, 60,3% faziam corticoide inalado. Do total, 4,8% estava com antibioterapia inalada, 9,5% sob ventilação não invasiva domiciliária e 39,7% sob oxigenoterapia de longa duração. Verificou-se colonização bacteriana em 17,5% dos doentes. No total, ocorreram 165 exacerbações com necessidade de internamento nos 5 anos do estudo, 47,6% dos doentes teve apenas 1 exacerbação e 52,4% teve 2 ou mais. Verificou-se que os doentes com mais exacerbações (≥ 2) eram aqueles que utilizavam ventilação não invasiva ($p = 0,016$), oxigenoterapia de longa duração ($p = 0,02$) e que eram colonizados ($p = 0,005$). Não se verificou diferença estatisticamente significativa para o uso de corticoterapia inalada.

Conclusões: Da análise conclui-se que, para esta amostra, os doentes mais exacerbadores apresentam diferença estatisticamente significativa nas variáveis ventilação não invasiva domiciliária, oxigenoterapia de longa duração e colonização. Da literatura disponível sabe-se que a colonização participa de forma relevante nas exacerbações o que, juntamente com os resultados obtidos, enfatiza a necessidade de procura ativa da mesma e respetiva adequação terapêutica. Os doentes sob ventilação não invasiva e oxigenoterapia são tendencialmente mais graves, o que também se coaduna com os resultados obtidos.

Palavras chave: Bronquiectasias. Exacerbação aguda.

P-094. DESAFIO DIAGNÓSTICO DE ASPERGILOSE PULMONAR

A.F. Matos, A.S. Oliveira, L. Carvalho, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A aspergilose é a mais frequente entre as micoses pulmonares conhecidas. Representa um grupo de doenças que sendo provocadas pelo mesmo agente etiológico apresentam patogénese variável. A aspergilose pulmonar invasiva (IPA) é uma pneumonia potencialmente fatal caracterizada por invasão e necrose do parênquima pulmonar. O factor de risco clássico é neutropenia e a probabilidade de desenvolvimento está relacionada com a gravidade da

mesma. Número crescente de estudos tem documentado diagnósticos de IPA em doentes sem os factores de risco clássicos (doentes com DPOC e doentes críticos em unidades de cuidados intensivos). Evidência crescente sugere que a DPOC é um factor de risco para desenvolver IPA, embora a incidência nestes doentes esteja precariamente documentada. A aspergilose crónica necrotizante (CNA), também chamada semi-invasiva, é um processo indolente de infecção cavitada do parênquima pulmonar secundário à invasão local por espécies de *Aspergillus*. Afecta predominantemente doentes de meia-idade e idosos com alterações das defesas locais, secundárias a patologia respiratória crónica. A invasão ou disseminação para outros órgãos é incomum.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente de 72 anos, caucasiana, fumadora (carga tabágica 100 UMA). Diagnósticos prévios de neoplasia da mama, síndrome depressivo e DPOC. Quadro clínico com 8 dias de evolução de letargia, dispneia, aumento da intensidade da tosse e produtividade da expectoração. Perda ponderal de 6 Kg nas três semanas prévias. Analiticamente, elevação de parâmetros inflamatórios de fase aguda. Hipotransparência do campo pulmonar direito na radiografia posteroanterior do tórax, compatível com consolidação parenquimatosa. Internada no serviço de pneumologia com diagnóstico inicial de pneumonia. Dada a extensão radiológica da lesão e factores de risco individuais realizou TC de tórax onde se destaca consolidação com broncograma aéreo e áreas quísticas no lobo médio, lobo inferior direito e segmento interno do lobo superior esquerdo, além de lâmina de derrame pleural. Foi efectuada broncofibroscopia (sinais inflamatórios). O lavado broncoalveolar foi positivo para pesquisa de galactomanan 1,04 (normal $< 0,5$). Os restantes exames culturais (séricos e amostras do trato respiratório inferior) foram todos negativos. Anticorpos para *Aspergillus* e teste galactomanan sérico igualmente negativos. A evolução clínica precária com a antibioterapia instituída associada à apresentação imagiológica e resultados laboratoriais, colocou a hipótese de aspergilose pulmonar (invasiva/semi-invasiva). A melhoria clínica e radiológica com a associação de terapêutica antifúngica (voriconazol) reforçou a hipótese proposta, assumindo-se IPA pelo tempo de evolução. Não se pode no entanto excluir estarmos perante uma pneumonia bacteriana sem isolamento de agente ou sobreinfecção bacteriana de um processo de CNA, a justificar a apresentação mais aguda.

Discussão: O diagnóstico de IAP em doentes com DPOC é um desafio. Requer um elevado índice de suspeição, sendo o principal sinal clínico em doentes com DPOC a existência de pneumonia com resposta precária à antibioterapia empírica e exacerbação da dispneia. A literatura recomendada realização precoce de TC torácica aquando da suspeita de IPA e a pesquisa de galactomanan no LBA parece promissora na investigação diagnóstica. Dada a gravidade e elevada taxa de mortalidade, em caso de alterações compatíveis, o tratamento da IPA deve se iniciado previamente aos procedimentos diagnósticos para correcta classificação.

Palavras chave: Aspergilose. DPOC. Galactomanan.

P-095. ENVOLVIMENTO PULMONAR NA CRIPTOCOCOSE: UM CASO RARO EM DOENTE VIH NEGATIVO

N. China Pereira, A. Mendes, R. Marçoa, R. Monteiro, T. Shiang, A. Oliveira, C. Ribeiro, M. Vanzeller, A. Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Apesar da alta prevalência do *Cryptococcus neoformans* no ambiente, infecções criptocócicas em humanos são incomuns, excepção feita a doentes imunodeprimidos. A meningoencefalite é a manifestação mais encontrada da criptococose, porém a porta de entrada do *Cryptococcus neoformans* é por via inalatória e lesões do parênquima pulmonar são ocasionalmente encontradas. A história natural da infecção criptocócica pulmonar varia de doença

localizada e autolimitada a doença progressiva e severa, frequentemente observada em hospedeiros imunodeprimidos.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um doente de 65 anos, sexo masculino, ex-fumador. Antecedentes de tuberculose pulmonar, sífilis e alcoolismo crónico. Internado para estudo após admissão no Serviço de Urgência por quadro constitucional com perda ponderal, astenia, cefaleias bitemporais, ataxia e candidíase orofaríngea exuberante. Imagiologicamente, apresentava em telerradiografia de tórax, hipotransparência no terço superior do hemotórax direito, com esboço de perda de substância, e tênue hipotransparência no terço médio do hemitórax esquerdo; em tomografia computadorizada (TC) do crâneo não apresentava alterações de relevo. O exame directo da expectoração para micobactérias era negativo. Deste modo, iniciou empiricamente terapêutica antibiótica e antifúngica com piperacilina/tazobactam e fluconazol 100 mg/dia. Do estudo realizado em internamento a destacar: vírus da imunodeficiência humana (VIH) negativo; TC do tórax que mostrou consolidação no lobo superior direito com imagem de cavitação com 34 mm no seu interior e, no segmento apical do lobo superior esquerdo, consolidação subsegmentar com pequenas cavitações associadas, a maior de 15 mm; broncofibroscopia (BFC) com lavado bronco-alveolar que evidenciou, em exame citológico, estruturas esféricas com marcada coloração periférica pela coloração histoquímica Grocott, compatíveis com estruturas fúngicas (cuja morfologia não permitiu estabelecer a natureza ou caracterização) e restantes exames micobacteriológicos, bacteriológico e citológicos negativos. Dado estes resultados, foi realizada nova BFC com biópsia através de mini-sonda, onde se obtiveram resultados compatíveis com infecção por *Cryptococcus neoformans*, sensível a fluconazol, tendo o doente tido alta com indicação para tomar fluconazol 400 mg/dia durante 6 a 12 meses. Em reavaliação em consulta, apesar de melhoria clínica, dado valor serológico de antígeno criptocócico de 1:1.280 e prévios sintomas neurológicos, foi realizada punção lombar que evidenciou proteinorráquia, pleocitose e exame cultural compatíveis com infecção disseminada para o sistema nervoso central, pelo que se optou por iniciar terapêutica endovenosa com anfotericina B (0,7 a 1 mg/Kg/dia) mais flucitosina (100 mg/kg/dia) por um período de quatro semanas, seguido de fluconazol oral 400 mg por 8 semanas e 200 mg por 6 a 12 meses.

Discussão: Apresenta-se este caso de modo a evidenciar a dificuldade de diagnóstico da pneumonia criptocócica dado o curso indolente da doença e a similaridade de sintomas com outras infecções pulmonares ou doenças neoplásicas. O diagnóstico torna-se desafiante e exige, não raras vezes, o recurso a técnicas invasivas e exames histológicos. Procura-se também realçar a necessidade de a colocar como diagnóstico diferencial mesmo em doentes não infectados pelo VIH e ter em mente a possibilidade de disseminação do agente, dado o elevado risco de recidiva nestes casos após tratamento em doses subterapêuticas.

Palavras chave: *Cryptococcus neoformans*. Pulmão. VIH negativo. Mini-sonda.

P-096. PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIA A *CITROBACTER KOSERI* E MRSA NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

V. Clérigo, L. Fernandes, P. Barradas, C. Bárbara

Unidade de Pneumologia Oncológica, Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (SAMR) continua a ser um dos principais microrganismos resistentes causadores de infecções graves associadas aos cuidados de saúde. As infecções a *Citrobacter* tipicamente ocorrem em ambiente de cuidados de saúde, em doentes com múltiplas comorbilidades, e raramente causam doença em doentes da comunidade. O *Citro-*

bacter koseri é uma causa rara e grave de septicemia esporádica e epidémica, e meningite em recém-nascidos e lactentes jovens, especialmente imunocomprometidos. Todavia, na literatura, não há relatos de pneumonia associada aos cuidados de saúde (PACS) num doente adulto imunocompetente secundária a vários microrganismos, incluindo *Citrobacter koseri*.

Caso clínico: Um doente do sexo masculino, imunocompetente, de 78 anos de idade, com doença pulmonar obstrutiva crónica GOLD D de etiologia tabágica e síndrome da obesidade-hipoventilação, foi admitido no nosso hospital com queixas de dispneia, tosse produtiva e expectoração mucopurulenta. O doente foi hospitalizado como um caso de pneumonia grave, com factores de risco para PACS, consistente com a semiologia respiratória, analítica, gasométrica e achados radiológicos. Uma broncoscopia flexível foi realizada com o intuito de isolar os potenciais microrganismos patogénicos. O lavado bronco-alveolar revelou *Citrobacter koseri* e SAMR com testes de susceptibilidade antimicrobiana (TSA) distintos. Com a instituição de uma dupla antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e cotrimoxazol, com base em ambos os dados culturais, verificou-se uma evolução favorável, embora lenta, do ponto de vista clínico, analítico, gasométrico e imagiológico. Assim, um diagnóstico de PACS secundária a *Citrobacter koseri* e MRSA foi admitido. Uma possível colonização respiratória a *Citrobacter koseri* foi equacionada, mas somente o tratamento dirigido do microrganismo ditou a evolução favorável registada durante o internamento.

Discussão: O *Citrobacter* é uma bactéria Gram-negativa pertencente à família das *Enterobacteriaceae*, e assume-se como uma causa rara de patologia pulmonar infecciosa. Embora as estirpes de *Citrobacter*, que colonizam o trato gastrointestinal humano, serem convencionalmente consideradas de baixa virulência, podem ser a fonte de múltiplos tipos de infecções, nomeadamente do sistema respiratório. Em doentes adultos, apesar de incomuns, as infecções a *Citrobacter* comumente ocorrem em doentes com comorbilidades ou imunossupressão subjacentes. No presente caso, o doente era um adulto imunocompetente com significativas comorbilidades, tornando este um caso clínico incomum uma vez que este microrganismo afeta regularmente recém-nascidos e lactentes imunocomprometidos. O presente caso destaca o *Citrobacter koseri* como uma causa rara de PACS em associação com um microrganismo largamente conhecido. Uma revisão da literatura revelou que do ponto de vista respiratório, anteriormente, apenas um caso de pneumonia adquirida na comunidade e empiema causado somente por *Citrobacter koseri* em um doente adulto imunocompetente foi relatado.

Palavras chave: *Pneumonia associada aos cuidados de saúde. Citrobacter koseri. MRSA.*

P-097. PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO COM INVASÃO MEDIASTÍNICA: UM DESAFIO CIRÚRGICO

J.E. Reis, J. Santos Silva, F. Palma Martelo

Cirurgia Torácica, Hospital da Luz.

Introdução: O pseudotumor inflamatório, também designado por tumor miofibroblástico inflamatório, é uma entidade rara, que corresponde a cerca de 0,7% dos tumores pulmonares. A sua apresentação clínica e radiológica pode ser variada. A cirurgia tem um papel fundamental na sua terapêutica e a abordagem cirúrgica depende da localização e das estruturas adjacentes eventualmente envolvidas.

Caso clínico: Descrevemos o caso clínico de uma jovem de 22 anos, natural e residente em Angola que apresentava um quadro com tosse persistente, expectoração hemoptóica e emagrecimento de 7 Kg. Após investigação radiológica por TC identificou-se uma massa no lobo superior direito, invadindo por contiguidade com extensão ao segmento apical do lobo inferior direito. Tinha 6,2 × 8 cm, colapso da veia ázigos, estava associada a adenopatias para-traque-

ais e sub-carinais, sem plano de clivagem com o mediastino. Fez BATT que foi compatível com tumor miofibroblástico inflamatório. Face à ineficácia de outras terapêuticas neste tipo de patologia, foi decidida intervenção cirúrgica. Esta iniciou-se por esternotomia mediana, com extensa disseção para libertação do tumor do tronco arterial braquio-cefálico, do tronco venoso, da veia sub-clávia direita e da veia cava superior e traqueia, encontrando-se esta última adjacente à massa. O ramo direito da artéria pulmonar foi controlado por via intrapericárdica. Após destacar o tumor do mediastino, procedeu-se ao encerramento da esternotomia. Durante o mesmo tempo anestésico, após reposicionamento da doente, procedeu-se a toracotomia direita, completando-se a lobectomia superior direita, em bloco, com resseção atípica do LID. Realizou-se também uma frenoplicatura. Após um pós-operatório complicado, e a doente teve alta ao 21º dia após a cirurgia. A histologia confirmou tratar-se de pseudotumor inflamatório com coincidência da lesão nas margens cirúrgicas do mediastino. As adenopatias tinham apenas características inflamatórias. Nove meses após a cirurgia, a doente encontra-se clinicamente bem, sem sinais de recidiva.

Discussão: Como já tivemos oportunidade de apresentar em trabalhos anteriores, no espectro desta doença podem existir nódulos solitários ou nódulos múltiplos do pulmão. No entanto, esta pode manifestar-se com massas volumosas, de crescimento agressivo, com invasão mediastínica. A excisão cirúrgica completa da lesão é o melhor factor de prognóstico nestes doentes. Por isso, mesmo que isso implique uma cirurgia agressiva com excisões alargadas, este é o procedimento indicado nesta patologia.

Palavras chave: Pseudotumor inflamatório. Cirurgia torácica. Desafios cirúrgicos.

P-098. MESOTELIOMA PLEURAL PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.R. Costa, J.E. Reis, J. Santos Silva, P. Baptista, I. Bravo
Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospital Santa Marta.

Introdução: Os doentes submetidos a transplante de órgãos sólidos apresentam elevado risco de neoplasias pós-transplante relacionadas com imunossupressão prolongada. Como descrito na literatura, as neoplasias mais frequentemente diagnosticadas nos casos após transplante hepático são as neoplasias cutâneas não-melanoma, linfomas e neoplasias colo-rectais. O mesotelioma pleural é uma doença maligna rara, insidiosa, de mau prognóstico. A exposição aos asbestos representa o principal factor de risco associado a esta patologia, e a sua associação com o transplante de órgãos sólidos é rara mas descrita na literatura.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um homem de 67 anos, camionista de pesados, submetido a transplante hepático em Abril de 2004 por DHC etanólica, com fígado de um doente com poli-neuropatia amiloidótica familiar (PAF), tendo como comorbilidades associadas história de tabagismo e IRC em hemodiálise, sem antecedentes pessoais ou familiares de exposição a asbesto. Cerca de 10 anos após o transplante, e de uma forma progressiva, o doente inicia queixas de dispneia e cansaço fácil. A primeira evidência de espessamento pleural esquerdo surgiu em Março de 2014 e o derrame pleural esquerdo foi diagnosticado cerca de 4 meses depois. Foi realizada toracocentese com evacuação de conteúdo serohemático. Por agravamento do derrame foi colocada drenagem torácica com saída de conteúdo hemático. O doente foi submetido a videotoracosopia esquerda para remoção de coágulos e pelo aspecto suspeito da pleura foram realizadas biopsias pleurais. A anatomia patológica revelou a presença de mesotelioma epitelioide. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e decidida palição. O doente faleceu cerca de 5 meses após o diagnóstico por progressão da doença.

Discussão: Foi descrito este ano o primeiro e único caso na literatura de mesotelioma pós-transplante hepático com provável asso-

ciação à imunossupressão. Como no presente caso, o doente não apresentava antecedentes pessoais ou familiares de exposição a asbestos, nem imagiologia típica de asbestose. Para concluir, este caso vem realçar a importância da suspeição e vigilância dos doentes imunossuprimidos pós transplantação, uma vez que mesmo tumores mais raros como o mesotelioma podem surgir mais frequentemente nestes doentes.

Palavras chave: Mesotelioma. Transplante hepático. Imunossupressão.

P-099. ANEURISMA ABERRANTE NUM SEQUESTRO PULMONAR DO TIPO ADULTO. CASO CLÍNICO

S. Lareiro¹, P. Fernandes¹, M. Guerra¹, F. Guedes², M. França², A. Araújo², J. Miranda¹, L. Vouga¹

¹Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Serviço de Pneumologia e Oncologia, Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: O sequestro pulmonar é uma malformação que consiste em parênquima pulmonar não funcional irrigado por uma artéria da circulação sistémica, geralmente com origem na aorta descendente. No sequestro pulmonar do tipo adulto, os vasos pulmonares estão sujeitos durante décadas a uma pressão arterial sistémica muito superior à circulação pulmonar normal. Os vasos podem degenerar sob uma pressão arterial tão elevada e tornarem-se aneurismáticos. A laqueação cirúrgica da artéria aneurismática é delicada e acarreta riscos de hemorragia ou disseção no pós-operatório. Estas complicações podem ser evitadas através de estratégias que visam controlar o fluxo sanguíneo sistémico antes da resseção da malformação. Os autores descrevem o caso de um sequestro pulmonar intralobar, com uma artéria sistémica aberrante com um aneurisma gigante, diagnosticado por angio-tomografia computadorizada e encaminhado para o nosso hospital para tratamento cirúrgico.

Caso clínico: Homem de 45 anos enviado ao nosso serviço com história de “aneurisma” no lobo inferior direito, diagnosticado há 10 anos e sem tratamento, e com queixas de tosse persistente há um mês. Não fumador e sem antecedentes pessoais de relevo, ao exame físico apresentava crepitações no lobo inferior direito. Realizou uma telerradiografia do tórax que mostrou uma massa calcificada no lobo inferior direito. A angio-tomografia computadorizada revelou uma lesão fusiforme volumosa, 15,0 × 8,2 cm, com ligeira densificação do parênquima pulmonar do lobo inferior direito. A imagem demonstrou que a “massa” era uma artéria anómala acentuadamente dilatada, com uma parede difusamente calcificada, com origem no lado esquerdo da aorta torácica descendente e com ramificações distais para o lobo inferior direito. O doente foi submetido a uma toracotomia bilateral: a toracotomia esquerda para laqueação do grande vaso sistémico de alimentação e uma toracotomia direita para resseção da lesão (aneurisma) e segmentectomia atípica da base do pulmão direito. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências e o doente teve alta no terceiro dia pós-operatório. O exame anátomo-patológico revelou um sequestro broncopulmonar intralobar. O aneurisma apresentava alterações arterioscleróticas marcadas e colapso da túnica íntima arterial com o lúmen totalmente ocupado por trombos em organização.

Discussão: O sequestro do tipo adulto pode ser acompanhado por uma artéria anómala degenerada exposta a uma pressão arterial elevada. A laqueação arterial durante a cirurgia é perigosa devido à fragilidade da parede, havendo o risco de rutura da artéria aneurismática. Tais riscos são evitáveis com controlo da artéria sistémica na sua origem na aorta descendente. Neste caso foi necessária uma intervenção contralateral para controlar a origem do vaso aneurismático (esquerda) antes da resseção do sequestro (direita).

Palavras chave: Sequestro pulmonar. Aneurisma de vaso anómalo.

P-100. ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO - 2 CASOS CLÍNICOS COM TRATAMENTO CIRÚRGICO

L. Ribeiro¹, A.L. Vieira², S. Laeiro³, P. Fernandes³, M. Guerra³

¹Serviço de Pneumologia, CHTMAD Vila Real. ²Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ³Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, CHVNG/E.

Introdução: O enfisema ou hiperinsuflação lobar congénito é uma malformação rara do trato respiratório inferior, de etiologia desconhecida, caracterizada pela hiperinsuflação de um ou mais lobos pulmonares, que pode levar à compressão do pulmão adjacente ou estruturas mediastínicas. Os sintomas surgem geralmente no período neonatal ou infância precoce, sendo mais frequente no género masculino e lobos superiores. O tratamento ideal em doentes sintomáticos é a ressecção cirúrgica.

Casos clínicos: Caso 1: homem, ex-fumador, obeso. Aos 15 anos, após ida ao serviço de urgência por quadro de dispneia para esforços e toracalgia, iniciou investigação na consulta de pediatria. A radiografia do tórax não apresentava alterações relevantes e a investigação de atopia foi negativa. A espirometria mostrou alteração ventilatória obstrutiva ligeira com resposta ao broncodilatador. A tomografia computadorizada (TC) torácica foi sugestiva de enfisema lobar congénito na vertente posterior do lobo inferior direito (LID). Foi excluída malformação cardíaca associada, assim como obstrução brônquica. Realizou cintigrafia de ventilação/perfusão (V/Q) com defeito parcialmente concordante de V/Q no segmento posterior do LID. Foi discutido o caso com a cirurgia torácica e decidida atitude conservadora. Por agravamento clínico e funcional (alteração ventilatória obstrutiva moderadamente grave e alterações compatíveis com fenómeno de “air trapping”, com difusão de CO (monóxido de carbono) normal), foi novamente avaliado por cirurgia torácica aos 23 anos e aceite para lobectomia inferior direita. O pós operatório complicou-se com suspeita de fístula broncopulmonar com necessidade de reintervenção cirúrgica e infeção da ferida cirúrgica. Apresentou reversão da dispneia e melhoria funcional. Caso 2: mulher, não fumadora. Aos 7 anos, por queixas de dispneia de esforço, inicia investigação noutra instituição. A radiografia do tórax mostrou hiperinsuflação e rarefação parenquimatosa a nível do lobo superior esquerdo (LSE). As provas funcionais respiratórias mostraram alterações compatíveis com “air trapping” com difusão de CO normal. A TC do tórax foi sugestiva de enfisema lobar congénito do LSE. A broncofibroscopia excluiu obstrução brônquica mas mostrou que a divisão superior do LSE apresentava apenas 2 orifícios (provável agenesia do B1 direito). Realizou cintigrafia de V/Q com defeito da V/Q no LSE e região apical do LIE. Foi referenciada aos 14 anos à consulta de cirurgia torácica, no entanto abandonou a mesma. Foi novamente referenciada aos 23 anos por manutenção da dispneia de esforço, sendo aceite para lobectomia superior esquerda. O pós operatório complicou-se com hidropneumotórax com necessidade de reintrodução de dreno torácico, ficando com uma loca pleural apical sequelar. Apresentou melhoria clínica.

Discussão: Apesar de se tratar de uma entidade rara, o enfisema lobar congénito deve ser considerado na investigação etiológica de dispneia em recém-nascidos, crianças ou até mesmo adolescentes, como no primeiro caso descrito. A TC é um exame essencial ao diagnóstico. Em doentes pouco sintomáticos pode-se optar por uma atitude conservadora, no entanto há uma tendência ao agravamento clínico e funcional, sendo a cirurgia a única opção curativa.

Palavras chave: Enfisema congénito. Cirurgia.

P-101. BRONQUIOLITE FOLICULAR: UMA APRESENTAÇÃO RARA

T. Calado, M. Alvoeiro, C. Torres, C. Rodrigues, F. Félix

Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente-CHLN.

Introdução: A bronquiolite folicular constitui uma doença linfoproliferativa benigna caracterizada pelo desenvolvimento de foliculos linfóides com centros germinativos reactivos nas paredes das pequenas vias aéreas. Como resultado do estreitamento bronquiolar, existe uma bronquite purulenta com pneumonite subsequente. Esta doença pode ser idiopática/primária ou ocorrer em associação com distúrbios do tecido conjuntivo, como a artrite reumatóide, síndromes de imunodeficiência, incluindo AIDS, infecções pulmonares, ou reações de hipersensibilidade mal definidas. A bronquiolite folicular secundária é uma doença relativamente comum e pode ocorrer em qualquer idade, enquanto a forma idiopática é rara e mais comumente visto em doentes de meia-idade e idosos. Os sintomas pulmonares são inespecíficos e incluem tosse, dispneia, febre, pneumonias de repetição, perda de peso ou fadiga. As características mais comuns da bronquiolite folicular na tomografia computadorizada de alta resolução consistem em nódulos centrolobulares bilaterais e difusamente distribuídos (1 a 12 mm de diâmetro), que podem estar associados a nódulos peribrônquicos e a áreas irregulares de opacidade em vidro despolido. Na bronquiolite folicular secundária, o tratamento é normalmente dirigido à condição subjacente. O prognóstico da forma idiopática é geralmente favorável, mas não existem ainda guidelines terapêuticas. No entanto, têm sido utilizados corticosteróides e macrólidos no tratamento de forma idiopática, com melhoria sintomática.

Caso clínico: Apresentamos um caso de um doente de 71 anos, sexo masculino, não fumador e com história de infecções respiratórias recorrentes nos últimos 4 anos, que apresentava em tomografia computadorizada de rotina uma lesão nodular espiculada, com 10 mm, no lobo inferior esquerdo. Por suspeita de neoplasia pulmonar, o doente realizou PET-TC, que não mostrou nenhum foco hipermetabólico. Após discussão, optou-se por submeter o doente a ressecção em cunha do LIE por videotoracoscopia, de forma a obter um diagnóstico definitivo. O exame histopatológico foi compatível com bronquiolite folicular. Visto o doente apresentar-se assintomático e com função pulmonar normal, e após excluir a presença de doença subjacente, foi decidido não realizar terapêutica. No entanto, o doente mantém seguimento regular em consulta de Pneumologia.

Palavras chave: Doença linfoproliferativa. Bronquiolos. Nódulo pulmonar. Idiopática.

P-102. QUISTO HIDÁTICO PULMONAR COMPLICADO

T. Calado¹, L. Santos², M. Alvoeiro¹, C. Torres¹, C. Rodrigues¹, P. Esteves³, L. Carreiro⁴, F. Félix¹

¹Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente-CHLN.

²Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal.

³Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente-CHLN.

⁴Fundação Champalimaud.

Introdução: O quisto hidático é uma doença causada pela fase larvar do parasita *Echinococcus granulosus*, continuando a ser um problema em áreas endémicas. Os humanos (hospedeiro intermediário) contraem a doença através do consumo da água ou de alimentos ou por contacto directo com cães (hospedeiros definitivos). Em adultos, os quistos ocorrem com mais frequência no fígado, seguido pelos pulmões. Os quistos hidáticos pulmonares são frequentemente assintomáticos e sendo descobertos incidentalmente na radiografia de tórax. Os sintomas clínicos ocorrem quando os quistos crescem o suficiente para comprimir as estruturas adjacentes ou desenvolver complicações, como ruptura, infecção secundária, pneumotórax e supuração. A ruptura de quistos pode ocorrer espontaneamente ou como resultado de um trauma ou infecção secundária, e pode ser associado ao aparecimento súbito de dor torácica, tosse, febre, hemoptise ou reacções anafiláticas. O diagnóstico, na maioria dos casos, é realizado por avaliação imagiológica, confirmada por serologia. A cirurgia é a principal abordagem terapêutica no quisto

hidático pulmonar podendo a terapêutica médica com benzimidazoles ser útil.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 50 anos, sexo feminino, empresária e não-fumadora, com história arrastada de tosse, febre e hemoptise com 2 meses de evolução. Apesar dos múltiplos ciclos de antibioterapia, a doente não apresentou qualquer melhoria. A radiografia de tórax revelou uma opacidade homogênea ocupando dois terços do hemitórax esquerdo. A tomografia computadorizada mostrou uma lesão cística de 9 cm condicionando atelectasia de lobo superior esquerdo e a PET-CT revelou acentuada captação na lesão conhecida (SUV 8,3). A doente foi submetida a broncofibroscopia, que revelou um material membranoso esbranquiçado no orifício de B4 e manifestou serologia positiva para *Echinococcus*. Com base nestes resultados, foi realizado o diagnóstico de quisto hidático e a doente foi submetida a cirurgia torácica (lobectomia superior esquerda e empiemectomia) e iniciou terapêutica médica com albendazol. O exame anatomopatológico e a cultura do líquido pleural foram compatíveis com quisto hidático sobreinfectado por *Actinomyces* spp. O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente teve alta assintomática e medicada com albendazol e penicilina.

Discussão: O diagnóstico de quisto hidático pulmonar complicado pode representar um desafio clínico, pois esta patologia pode simular tuberculose, neoplasia pulmonar, empiema ou abscesso. A identificação e tratamento precoces (intervenção cirúrgica e terapêutica médica no peri-operatório) podem melhorar o prognóstico. Assim, em áreas endêmicas, deve-se ter sempre um elevado índice de suspeita para esta patologia.

Palavras chave: *Echinococcus granulosus*. *Quisto complicado*. *Lobectomia*. *Empiema*. *Actinomyces* spp.

P-103. LOBECTOMIA POR TORACOSCOPIA VÍDEO-ASSISTIDA POR PORTA ÚNICA COM DOENTE AWAKE

T.R. Velho, N. Junqueira, A. Sena, N. Guerra, J. Caldeira, D. Gonzalez-Rivas, J. Gallego, A. Nobre

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospital de Santa Maria-CHLN.

Introdução: A cirurgia vídeo-assistida (VATS) por porta única é uma abordagem disseminada e validada na área da cirurgia torácica. Recentemente, a técnica evoluiu com a introdução de procedimentos sem intubação orotraqueal. Neste caso clínico apresentamos um caso de uma doente submetida a uma lobectomia inferior esquerda por VATS por porta única sem intubação orotraqueal (*awake*).

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 78 anos, com antecedentes pessoais de dislipidemia, osteoporose e neoplasia do recto, submetida a quimio-radioterapia neoadjuvante após o diagnóstico em 2014, com ressecção anterior do recto em 2015. Na tomografia computadorizada de tórax de follow-up realizada em 2016 foi detectado um nódulo no lobo inferior do pulmão esquerdo. Realizou uma PET-scan que revelou hiperaptação (4,3-4,8 SUV) do nódulo do lobo inferior esquerdo. A doente foi proposta para ressecção atípica do nódulo. O procedimento foi realizado por VATS com porta única, com uma incisão cutânea de 3 cm, ao nível do 5.º espaço intercostal. Intra-operatoriamente procedeu-se a uma lobectomia inferior esquerda pela dimensão e localização do nódulo, sem intercorrências. Não foi utilizada intubação orotraqueal, tendo sido realizada em regime *awake*, apenas com sedação. Foi colocada uma drenagem 28F à esquerda. Drenou 400 cc de líquido sero-hemático pelo dreno torácico nas primeiras 24 horas de pós-operatório, tendo drenado 700 cc no total. Retirou a drenagem ao 3.º dia pós-operatório, com total expansão pulmonar na radiografia do tórax de controlo. O controlo da dor foi realizado com analgesia controlada pelo paciente (ACP) com perfusão de ropivacaína, apresentando-se a doente sempre sem dor (grau 0 segundo a escala visual analógica de dor). A terapêutica com ropivacaína foi descalada para terapêutica oral com paracetamol e metamizol. O pós-operatório decorreu sem in-

tercorrências. Teve alta para o domicílio ao 4.º dia pós-operatório. Na radiografia de tórax de follow-up a uma semana após a alta clínica o pulmão apresentava-se totalmente expandido, sem evidência de hemo ou pneumotórax.

Discussão: O procedimento VATS *awake* é uma técnica eficaz e segura no tratamento cirúrgico de doenças do pulmão e mediastino. Face às técnicas que implicam intubação orotraqueal, os procedimentos *awake* apresentam vantagens na recuperação dos doentes no período pós-operatório. Resultados preliminares de estudos com cirurgias *awake* demonstram melhoria no tempo de recuperação pós-operatória, com diminuição do tempo médio de internamento tanto em Unidades de Cuidados Intensivos como na Enfermaria, e uma menor taxa de complicações globais. Esta técnica torna-se essencial em doentes críticos ou com patologia neuromuscular, cuja intubação orotraqueal se revela deletéria e pode atrasar a recuperação. No entanto, são necessários mais estudos uma vez que os resultados a longo prazo (benefícios e vantagens a longo prazo e sobrevivência) são desconhecidos, principalmente na área da cirurgia torácica oncológica.

Palavras chave: *Cirurgia torácica*. *Oncologia*. *Pulmão*. *Awake*.

P-104. LOBECTOMIA RVATS (ROBOTIC VIDEOASSISTED THORACIC SURGERY): UM CASO CLÍNICO

C. Carvalho, A. Sena, R. Ferreira, J. Cruz

Unidade de Pulmão, Fundação Champalimaud.

Introdução: A cirurgia robótica torácica está a dar os primeiros passos em Portugal, estando já no final da sua primeira década de existência. Os resultados iniciais desta técnica vão de encontro aos bons resultados das técnicas vídeoassistidas praticadas nos últimos vinte anos. Apresenta-se um caso clínico de lobectomia RVATS.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 71 anos de idade, ex-fumadora há cerca de 5 anos (28 UMA), assintomática, com nódulo do pulmão do LID (lobo inferior direito) detectado em exames de rotina. TC (tomografia computadorizada) de tórax com nódulo no LID e micronódulos subpleurais bilaterais. PET (tomografia de emissão de positrões) com lesão no LID (SUV (standardized uptake values) 10), adenopatia subcarinal (SUV 3) e micronódulos subpleurais bilaterais que não marcam. PFR (provas de função respiratória) sem alterações de relevo. Realizada PATT (punção aspirativa trans-torácica) do nódulo do LID que revelou ADC (adenocarcinoma) de tipo acinar. Tentativa de punção de nódulo à esquerda sem sucesso. Realizada ressecção de nódulos do LSE (lobo superior esquerdo) e do LIE (lobo inferior esquerdo) e esvaziamento ganglionar mediastínico com a técnica *single port*: sem tecido neoplásico. Em reunião multidisciplinar decide-se realização de lobectomia à direita. Realizada lobectomia inferior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico RVATS. Pós-operatório sem complicações. Drenagem de 400 cc de líquido sero-hemático durante as primeiras 24 horas. Dreno torácico retirado ao 2.º dia de pós-operatório. Alta para o domicílio ao 3.º dia de pós-operatório. Dor controlada, com máximo de dor grau 2 na Escala Visual Analógica de dor no 1.º dia de pós-operatório. A histologia definitiva da peça de lobectomia revelou ADC moderadamente diferenciado (G2) de tipo acinar, ressecção R0, um ganglio para-esofágico com metástase de carcinoma (pT1bN1). Iniciou quimioterapia adjuvante 4 semanas após a cirurgia (cisplatina + perimetrexedo).

Discussão: A cirurgia robótica torácica não deve ser considerada um procedimento experimental, com resultados semelhantes aos da VATS (VideoAssisted Thoracic Surgery) a ser publicados em todo o mundo, mantendo todas as vantagens descritas como menor dor, mais rápida recuperação e retoma da vida activa e baixa taxa de complicações. O caso apresentado não é excepção, com pós-operatório sem complicações, alta precoce e possibilidade de início de terapêutica adjuvante a curto prazo. Vale ressaltar que a inovação tecnológica que surge com resultados comparáveis a técnicas já

estabelecidas tende a superar a tecnologia prévia com o passar dos anos, com a aquisição de maior experiência.

Palavras chave: *Cirurgia torácica. Robótica. Cancro do pulmão. Lobectomia.*

P-105. UM TUMOR POUCO FREQUENTE COM UMA COMPLICAÇÃO RARA. A PROPÓSITO DE UM CASO DE EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO QUASE TOTAL

A.S. Machado, C. Torres, T. Abreu, M. Alvoeiro, A. Cysneiros, F. Paula, F. Froes, F. Félix

Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

Introdução: Tumores de Pancoast representam < 5% das neoplasias broncopulmonares, apresentando uma abordagem cirúrgica com potencial de complicações motivadas pela complexidade da técnica, das relações anatómicas do *inlet* torácico e da realização prévia de quimiorradioterapia que condiciona alterações desta anatomia. Acrescentam-se às complicações possíveis da cirurgia pulmonar maior (hemorragia, fuga aérea, infecção e disritmias) as específicas para o tumor de Pancoast (síndrome de Horner, lesão do plexo braquial e fístula de líquido cefalo-raquidiano).

Caso clínico: Homem, 58 anos, fumador até há 9 meses, linfoma não-Hodgkin da zona marginal esplénico em Out/2010 (status pós esplenectomia laporoscópica e 8 ciclos de quimioterapia), hepatite C crónica. Iniciou quadro com 3 meses de evolução de dor no hemitórax direito, associada a omalgia homolateral com irradiação para o braço, parestesias na sua extremidade distal e hiperhidrose unilateral (face e membro superior direito). TC torácica: massa sólida ao nível do vértice pulmonar direito com invasão da pleura e destruição da vertente posterior do 2º arco costal. Diagnóstico em Maio/2015 por punção aspirativa transtorácica: Adenocarcinoma do pulmão. Realizou tratamento neoadjuvante com radioterapia (total de 60 Gy) e quimioterapia (vionelbina, cisplatina e carboplatina), com boa resposta por redução da massa tumoral (6 a 4,5 cm). Admitiu-se deste modo tumor de Pancoast em estágio cT3N0M0. Realizou toracotomia de Paulson: Ressecção em bloco do lobo superior direito e retalho da parede englobando a vertente posterior dos 1º ao 4º arcos costais. Esvaziamento ganglionar mediastínico. Inicialmente apresentou boa evolução clínica mantendo-se hemodinamicamente estável. Ao 8º dia pós operatório, em que se mantiveram as drenagens torácicas pela existência de fuga aérea, em regressão, o doente apresentou episódio de síncope, com queda amparada, sem factor desencadeante identificado, tendo sido de imediato admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por apresentar alteração do estado de consciência (desorientação e discurso incoerente), hipotensão grave (64/34 mmHg), taquicárdia (103 bpm), má perfusão periférica, palidez da pele e mucosas, hiperlactacidémia (5,4 mmol/L) e drenagem hiperfuncionante para sangue vivo com tubuladura quente (saída de 850 mL imediatos). Foi colocado acesso venoso central e o doente foi ressuscitado com componentes sanguíneos e fluidos, tendo sido admitido imediatamente no bloco operatório para revisão de hemóstase, por hemotórax maciço. Foi constatada hemorragia activa de vaso de pequeno calibre emergente da artéria subclávia em contacto com esquirola/topo ósseo da 1ª costela. Procedeu-se à laqueação de vaso sangrante. Perdas totais estimadas de 4.000 mL de sangue (1.500 mL antes da cirurgia e 2.500 mL no bloco operatório), tendo feito no total 6U concentrado de eritrócitos, 2U de plasma, 2 g de fibrinogénio e 1 pool plaquetas. Após a cirurgia o doente manteve-se sempre hemodinamicamente estável, com boa evolução clínica e de parâmetros sanguíneos, com hemoglobina de 11,2 g/dL à data da alta 11 dias depois.

Discussão: Os autores apresentam um caso de exsanguíneo-transfusão quase total por uma complicação tardia, raramente descrita na literatura e nunca previamente diagnosticada na casuística do nosso hospital que motivou uma abordagem multidisciplinar (Cirurgia

torácica, Anestesia, Imunohemoterapia, Intensivos) de actuação rápida com resolução eficiente da situação clínica.

Palavras chave: *Tumor de Pancoast. Complicação pós-operatória tardia. Hemotórax maciço.*

P-106. LOBECTOMIA E “SLEEVE BRÔNQUICO” POR CIRURGIA TORÁCICA VÍDEO ASSISTIDA POR PORTA ÚNICA

A. Sena, R. Ferreira, C. Carvalheiro, J. Cruz

Unidade do Pulmão, Fundação Champalimaud.

Introdução: A lobectomia por cirurgia torácica vídeo assistida por porta única (CTVA-PU) foi iniciada por Diego Gonzalez-Rivas e seus colaboradores em 2010. Em 2013, a mesma equipa publicou o primeiro caso de lobectomia com “sleeve brônquico” por CTVA-PU e nos dois últimos anos este procedimento tem vindo a ser iniciado por outras equipas cirúrgicas. Nesta apresentação, reportamos a primeira lobectomia com “sleeve brônquico”, via CTVA-PU, realizada pela nossa equipa.

Caso clínico: Uma mulher de 31 anos, sem comorbilidades e não fumadora, foi diagnosticada (através de TC tórax e biopsia por broncofibroscopia) com um tumor carcinóide, de 23 mm, na origem do brônquio do lobo superior esquerdo. Após discussão multidisciplinar, decidiu-se tratamento cirúrgico. Utilizando uma abordagem por CTVA-PU, isolaram-se as estruturas hilares esquerdas e procedeu-se à secção do brônquio do lobo superior esquerdo, e parte do brônquio principal, para isolamento do tumor; de seguida efetuou-se a broncoplastia dos brônquios principal e do lobo inferior; completou-se a lobectomia superior esquerda e por fim procedeu-se ao esvaziamento ganglionar mediastínico. O tempo cirúrgico foi de 310 minutos e a única complicação consistiu numa pequena laceração vascular durante o isolamento das estruturas hilares, controlada com tamponamento local e um ponto de sutura simples. O pós-operatório não teve complicações, tendo a doente ficado internada 6 dias e realizado antibioterapia profilática. O resultado anatomopatológico final foi tumor neuroendócrino grau I (carcinóide), sem invasão de gânglios linfáticos. Após a alta, a paciente foi seguida regularmente em consulta, não havendo intercorrências a reportar até à data.

Discussão: A abordagem dos tumores brônquicos requer, em grande parte dos casos, uma ressecção com “sleeve brônquico”. Dada a complexidade do procedimento, foram considerados contra-indicações para cirurgia torácica vídeo-assistida. Atualmente, com os avanços técnicos e a experiência em cirurgia vídeo-assistida, este procedimento tornou-se possível, com segurança, por CTVA-PU, sendo agora efetuado por rotina em centros com grande experiência nesta técnica. Em Março de 2016, após 3,5 anos de experiência em CTVA-PU, decidimos realizar o nosso primeiro “sleeve brônquico” por CTVA-PU, tendo sido um sucesso. Tanto quanto é do nosso conhecimento, este é o primeiro caso reportado de “sleeve brônquico” realizado por CTVA-PU por uma equipa de cirurgia torácica portuguesa.

Palavras chave: *Lobectomia. Sleeve. Cirurgia torácica vídeo assistida. Porta única.*

P-107. TRAUMATISMO PENETRANTE TORÁCICO: TC TORÁCICA FUNDAMENTAL!

F. Teixeira Lopes¹, M. Alvoeiro¹, T. Calado¹, S. Lucas¹, T. Pereira¹, F. Froes², F. Félix¹

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

Introdução: O trauma penetrante torácico é uma situação rara, estimando-se uma incidência inferior a 4% de todos os eventos trau-

máticos na Europa. As estruturas lesadas vão depender do trajecto do instrumento utilizado podendo envolver parede torácica, pulmões e árvore traqueo-brônquica, coração e grandes vasos entre outras. As lesões pulmonares ocorrem com pneumotórax, hemotórax, contusão ou laceração pulmonar. As manifestações clínicas variam com a extensão e localização da ferida, podendo o doente estar clinicamente estável e oligossintomático ou com grande instabilidade hemodinâmica e necessidade de suporte avançado de vida. O tratamento depende da gravidade da situação e pode ir de vigilância activa, intervenção conservadora ou a toracotomia de emergência.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 43 anos, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Admitida no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria após situação de violência doméstica com arma branca, tendo sofrido uma ferida penetrante torácica no hemitórax esquerdo. Referia ainda traumatismos cranio-encefálicos, cervicais e abdominais. À entrada encontrava-se vigil e orientada com Glasgow Coma Score de 15, hemodinamicamente estável e eupneica em ar ambiente. Sem engurgitamento jugular. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular ligeiramente diminuído no campo pulmonar esquerdo. Auscultação cardíaca sem alterações. Evidência de ferida incisa com cerca de 5 cm na região para-esternal esquerda ao nível do 4º espaço inter-costal. A exploração da ferida não aparentava violação da cavidade pleural. Dos exames complementares realizados à admissão destacavam-se gasometria arterial em ar ambiente e ecocardiograma transtorácico sem alterações. TC toraco-abdomino-pélvica com pequena lâmina de derrame pleural esquerdo, pequena lâmina de pneumotórax e trajecto de laceração pulmonar atingindo o lobo superior esquerdo. Mediastino e grandes vasos sem alterações. TC cranio-encefálica e da coluna cervical com ténue hematoma epicraniano frontal à direita, sem outras alterações. Optou-se por realizar sutura da incisão cutânea e não foi considerada a indicação para drenagem torácica. A doente foi transferida para o Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente onde esteve 48 horas em vigilância e de onde teve alta sem evidência de complicações.

Discussão: As feridas penetrantes torácicas são pouco frequentes em Portugal podendo contudo provocar grandes danos dependendo da sua localização. A observação clínica é de maior importância na avaliação do doente mas não dispensa a caracterização das lesões por ecocardiograma e TC torácica. A TC Torácica no presente caso foi fundamental para a visualização da laceração do parênquima pulmonar com pneumotórax associado e sem envolvimento mediastínico, justificando uma estratégia terapêutica conservadora.

Palavras chave: Trauma penetrante. Laceração pulmonar.

P-108. PNEUMECTOMIA NA DOENÇA BENIGNA - A CINTIGRAFIA COMO ELEMENTO DE DECISÃO

M. Alvoeiro, T. Calado, C. Torres, C. Rodrigues, F. Félix

Hospital Pulido Valente, CHLN.

Introdução: A pneumectomia é uma ressecção pulmonar major e está relacionada com valores de mortalidade e morbidade de cerca de 0 a 25% e 23 a 63%, respectivamente, atingindo números superiores quando realizada em contexto de urgência. Realizada habitualmente em casos de cancro do pulmão pode também ser um recurso em doentes com patologia benigna. A indicação mais comum na doença benigna é o pulmão destruído por sequelas de tuberculose, nos países em que esta é endémica. Outras indicações para esta cirurgia são as bronquiectasias, a doença supurativa crónica, as infecções oportunistas e as neoplasias benignas em topografia hilar. São também indicações situações de emergência como o grande trauma pulmonar, a hemoptise maciça e a fístula broncovascular, apesar de rara na nossa prática. A maioria dos casos não emergentes estão associados a um curso de doença prolongado, com diminuição da qualidade de vida relacionada com as

complicações recorrentes como a pneumonia, empiema, hemoptise e a sépsis. Estes doentes apresentam habitualmente uma função pulmonar diminuída à custa da destruição pulmonar causada pela doença. As provas de função respiratória (PFR) demonstram valores diminuídos de CTF, VEMS e DLCO, sendo que apenas a cintigrafia de ventilação/perfusão (V/Q) objectiva a contribuição relativa de cada pulmão para a função global. Alguns estudos mostram ainda que a cintigrafia V/Q é comparável às PFR na predição da função pulmonar pós-operatória.

Casos clínicos: Revimos retrospectivamente dois casos de pneumectomia por doença benigna. Caso 1: homem de 38 anos, internado por pneumonia hipoxemiante e diagnóstico posterior de tuberculose pulmonar. Completou 9 meses de terapêutica antibacilar com negatificação das culturas das secreções e foi referenciado ao Serviço de Cirurgia Torácica apresentando pulmão esquerdo destruído como seqüela da infecção. Caso 2: homem de 41 anos, com história conhecida de tuberculose pulmonar há 10 anos e quadro de infecções respiratórias de repetição, sendo referenciado ao Serviço de Cirurgia Torácica por doença supurativa crónica e agravamento da sua condição clínica. A TC de tórax mostrava uma cavidade do lobo superior direito e bronquiectasias saculares do lobo médio e lobo inferior direito. O doente iniciou programa de reabilitação respiratória com o objectivo de melhorar a drenagem das secreções e aumentar a reserva funcional. Ambos apresentavam diminuição da CVF, VEMS e DLCO pelo que foi realizada cintigrafia V/Q para aferição da contribuição relativa para a função pulmonar global. Em ambos os casos, o pulmão afectado apresentava função marginal com uma perfusão de 10 e 3%, respectivamente. Os dois doentes foram submetidos a pneumectomia de acordo com o racional de que a ressecção cirúrgica proposta não iria agravar a função pulmonar. Não se registaram complicações no pós-operatório.

Discussão: O seguimento destes doentes é complexo e a decisão terapêutica deve envolver uma equipa multidisciplinar. A cintigrafia V/Q pode ajudar a decidir a favor da cirurgia nestes doentes com função pulmonar diminuída, apesar da mortalidade de morbidade conhecidas para o procedimento. A optimização do estado clínico e a investigação cuidada da função pulmonar é de extrema importância de forma a minimizar as complicações pós-operatórias.

Palavras chave: Pneumectomia. Cintigrafia. Doença benigna.

P-109. IMPACTO DA CLASSE DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM CIRCUITO, NA DOENÇA PULMONAR

S. Clemente, A. Borges, D. Galvao, V. Pinto

Hospital Beatriz Angelo.

A reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção fulcral nos doentes respiratórios, sendo inequívocos os seus benefícios no alívio sintomático, melhoria da qualidade de vida e da tolerância ao exercício. Apesar dos benefícios demonstrados, as desistências dos programas de RR ainda atingem valores elevados, variando entre 10 e 32%. Propusemo-nos a avaliar o impacto de um programa de RR com sessões em grupo na taxa de desistências. Os autores incluíram 12 doentes num grupo de trabalho conjunto, com 12 doentes do sexo masculino e com a média etária de 71.4 anos. O grupo incluía 11 doentes ex fumadores e um não fumador. As patologias respiratórias identificadas foram, DPOC, sarcoidose, bronquiectasias, fibrose pulmonar idiopática, silicose, HTP (*S. Rendu-Osler-Weber*) e parésia diafragmática por lesão parcial do n. frénico. Os doentes foram avaliados clinicamente em Consultas de Pneumologia e de Medicina Física e de Reabilitação. No início, e no final do programa foi avaliada a função respiratória em repouso, a capacidade funcional pela prova de marcha de seis minutos de marcha e aplicados instrumentos de avaliação para avaliar o status funcional de cada um e o perfil psicológico face à doença: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD), Índice de Dispneia Basal Modificado de Mahler, London Chest Activity of Daily Living (LCADL) e

o questionário Euro-Qol 5 Dimensões. Foram também avaliadas as características antropométricas da amostra (idade, peso e altura). O programa decorreu durante 8 semanas, com 2 classes semanais, com a duração de 1 hora. A metodologia do treino foi em circuito englobando o ensino, o treino de resistência, treino cardiovascular por séries, treino de força, treino de membros superiores, treino de flexibilidade e treino do padrão ventilatório. Os resultados da metodologia aplicada pela equipa coincidem com os da literatura geral, constatando-se melhoria da dispneia, da qualidade de vida, comprovando que existiu uma taxa de desistências inferior à documentada na literatura (8,33%). Concluímos que a criação de grupos de trabalho em classes pode constituir uma estratégia para aumentar a motivação e diminuir a taxa de desistências do programa.

Palavras chave: Reabilitação. Fisioterapia. Circuito. DPOC. Exercício.

P-110. RESULTADOS DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NUM CENTRO ESPECIALIZADO PARA DOENTES EM AMBULATÓRIO

J. Santos, L. Morais, A. Cunha, L. Borges, M. Vasconcelos, P. Abreu, A. Pinto, A. Carvalheira

AIR Care Centre-Centro Reabilitação Respiratória da Linde Saúde.

Introdução: A reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção que visa melhorar a condição física e psicossocial dos doentes com doença respiratória crónica e promover a adesão a longo prazo de comportamentos promotores de saúde. Existe forte evidência científica de benefícios ao nível da capacidade de exercício, qualidade de vida, redução dos sintomas e dos custos em saúde, e aumento da sobrevida. A taxa de doentes em reabilitação respiratória em Portugal não ultrapassa os 1-2% dos doentes que dela necessitam e existe quase exclusivamente no meio hospitalar. O AIR Care Centre® é o primeiro Centro de Reabilitação Respiratória da Linde Saúde e abriu em Lisboa em Abril 2014. Este Centro presta um conjunto de serviços orientado para a reabilitação integrada e interdisciplinar do doente respiratório crónico, baseada em três pilares: avaliação e controlo clínico, treino de exercício e educação. É sustentada por uma equipa experiente composta por médicos (pneumologista, fisiatra e cardiologista), fisioterapeutas, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional e cardiopneumologista.

Objetivos: Apresentar os resultados clínicos relativos à capacidade funcional, dispneia e qualidade de vida, de uma amostra de doentes que realizaram reabilitação respiratória no AIR Care Centre® entre 2014 e 2016. Dar a conhecer o modelo de intervenção de um centro especializado em reabilitação respiratória fora do contexto hospitalar.

Métodos: Estudo de cohort, prospetivo, constituído por uma amostra de 54 indivíduos (31 mulheres, mediana de 71 anos) com várias patologias (DPOC - 67%, fibrose pulmonar - 17% e outras 17%). Dos 36 doentes com DPOC 11 são GOLD A, 5 B, 10 C e 10 D. O programa de reabilitação individualizado teve a duração mínima de 6 semanas, mas na maioria dos doentes essa duração foi superior a 10 semanas (67%). Todos os doentes realizaram treino de exercício (aeróbico - contínuo e/ou intervalado, força e flexibilidade), educação (em grupo com sessões estruturadas ou individualmente), fisioterapia respiratória (ex. exercícios respiratórios, técnicas de higiene brônquica, entre outras), e 30% tiveram intervenção da psicologia e 50% da nutrição. Para medir a capacidade funcional foi utilizada a prova de Marcha dos 6 minutos (PM6M), para a dispneia o Questionário modificado do *Medical Research Council* (mMRC) e para a qualidade de vida dos doentes com DPOC o *COPD Assessment Test* (CAT).

Resultados: Na PM6M (n = 54) 87% dos doentes percorreram na 2ª avaliação uma distância igual ou superior a 30 metros (diferença mínima clinicamente importante (DMCI) entre 25 e 33 metros). No mMRC 55% (21/38) dos doentes atingiram pós programa de RR a

DMCI (1 ponto de redução). No CAT 73% (22/30) dos doentes atingiram a DMCI (redução ≥ 2 pontos).

Conclusões: Os resultados obtidos na amostra de doentes acompanhados no AIR Care Centre® estão de acordo com os apontados pela investigação e são um forte indicador de que devem ser desenvolvidos mais Centros com este nível de especialização para aumentar a oferta a cuidados de reabilitação respiratória diferenciados, multidisciplinares e que seguem as melhores práticas preconizadas pelas guidelines atuais.

Palavras chave: Reabilitação respiratória. Capacidade funcional. Qualidade de vida. Dispneia. Resultados clínicos.

P-111. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA FALÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA HIPERCÁPNICA EM DOENTES COM DPOC

F. Aguiar, R. Pereira, C. Pacheco, J. Cruz, J. Cunha

Hospital de Braga.

Introdução: A ventilação não invasiva (VNI) é uma importante ferramenta para o tratamento da falência respiratória aguda hiper-cápnica (FRAH) em doentes com exacerbação de Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Os doentes com DPOC que sobrevivem a um episódio de FRAH, têm pior prognóstico. Os benefícios exatos da VNI domiciliária a longo prazo, após um evento de FRAH em doentes com DPOC são um tema em estudo. Estudos como o de Ankjaergaard et al e Budweiser et al demonstram que a realização de VNI a longo prazo tem vantagens como são a diminuição do número de reinternamentos e o aumento de sobrevida.

Objetivos: Avaliação do eventual benefício da VNI domiciliária, em termos de redução do número de reinternamentos, após um internamento por FRAH em doentes com DPOC.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes internados no Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga durante o ano de 2014, com o diagnóstico de exacerbação de DPOC e FRAH que realizaram VNI à admissão e sobreviveram ao internamento. O *follow up* destes doentes foi efectuado até julho de 2016.

Resultados: Foram incluídos 39 doentes, divididos em 3 grupos: aqueles que já realizavam VNI domiciliária previamente ao internamento considerado (Grupo A - VNI prévia ao internamento: n = 19), aqueles que tiveram alta do internamento com VNI sem a fazerem anteriormente (Grupo B - VNI *de novo* após alta: n = 11) e, por último, aqueles que não tiveram alta com VNI ou que suspenderam a sua utilização (Grupo C - sem VNI após alta: n = 9). A média das idades desta população era de 71,41 anos \pm 12,6. Existia predominância de doentes do sexo masculino (66,7%). O valor de FEV1 médio prévio ao internamento era de 36,9% \pm 12,4. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros gasimétricos avaliados (pH, paCO₂, lactatos) antes e 1 hora após instituição de VNI entre o Grupo A (VNI prévia ao internamento) e os grupos B e C. A duração do internamento foi em média 13,85 dias \pm 7,32. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na duração do internamento entre os diferentes grupos em relação à duração do internamento. Os doentes do Grupo A (VNI prévia ao internamento), apresentaram maior número de reinternamentos por exacerbação de DPOC em 2014, não apenas comparativamente ao Grupo B (VNI *de novo* após a alta) (p = 0,014), mas também ao Grupo C (sem VNI após alta) (p = 0,006). A média de reinternamentos por exacerbação de DPOC em 30 dias (número obtido pelo cálculo de reinternamentos por 30 dias, tendo em conta a sobrevivência global do doente) da população total foi de 0,2. Não houve diferenças estatisticamente significativas do número de reinternamentos por 30 dias entre os grupos.

Conclusões: A realização de VNI domiciliária prévia a um episódio FRAH não influencia os valores de hipercapnia e de acidemia e não diminui a duração do internamento. Neste estudo, a VNI domiciliária instituída após FRAH decorrente de exacerbação de DPOC,

não mostrou benefício em relação ao número de reinternamento futuros.

Palavras chave: Ventilação não invasiva. Falência respiratória aguda hipercápnica. Doença pulmonar obstrutiva crônica.

P-112. FLUXO CONTÍNUO NO CONCENTRADOR PORTÁTIL E OXIGÉNIO LÍQUIDO NA DEAMBULAÇÃO. SERÃO EQUIPARÁVEIS? AVALIAÇÃO ATRAVÉS DA PROVA DE MARCHA DE 6 MINUTOS

A. Frade, I. Alves, S. Rodrigues, L. Gomes, J. Rosa, S. Clemente, S. Furtado, F. Bom, M. Alvarenga

Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: Os doentes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) não mantêm sempre os mesmos níveis de PaO₂ ao longo do dia, apresentando, por vezes, dessaturações acentuadas durante atividades da vida diária. Para essa avaliação e aferição, a prova de marcha de 6 minutos (PM6) é o exame eleito. Existem vários modelos de oxigénio de deambulação no mercado, sendo que os mais utilizados são o oxigénio líquido (OL) e o concentrador portátil (POC). **Objectivos:** Pretende-se saber se existem diferenças significativas na distância percorrida e na saturação mínima atingida, comparando os sistemas de OL e POC.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu 35 doentes com o diagnóstico de DPOC e indicação para utilização de oxigenoterapia de deambulação. Foram selecionadas as provas de marcha realizadas entre Janeiro de 2015 e Julho de 2016, com débitos de 1 e 2 L/min e 1 e 2 *settings*, em modo de fluxo contínuo. Foram excluídos doentes com outras patologias associadas. A amostra foi dividida em dois grupos: “Grupo oxigénio líquido” (GOL) composto por 20 doentes e “Grupo POC” (GPOC), composto por 15 doentes. Comparou-se a distância percorrida e a saturação mínima registada através de oxímetro transcutâneo portátil nos dois grupos. O teste utilizado foi o t-Student.

Resultados: O GOL foi composto maioritariamente por indivíduos do sexo masculino e com média etária de 69,7 anos. A distância percorrida média foi de 306,1 metros e a saturação mínima de oxigénio média foi de 87,15%. O GPOC foi, igualmente, composto maioritariamente por indivíduos do sexo masculino e média etária de 68,9 anos. Percorreram uma distância média de 311,33 metros e atingiram a saturação de oxigénio mínima média de 86,06%. Na comparação dos grupos não se observou diferença estatisticamente significativa relativamente aos metros percorridos ($p = 0,86$) e à dessaturação registada ($p = 0,48$).

Conclusões: Os dois modelos de oxigénio de deambulação (OL e POC), nestes dois grupos de doentes com DPOC e com indicação para oxigenoterapia na deambulação, mostraram-se equivalentes relativamente à distância percorrida e à saturação de oxigénio mínima.

Palavras chave: DPOC. Concentrador portátil. Prova de marcha de 6 minutos. Oxigénio líquido.

P-113. VAPORES PERIGOSOS

F. Semedo, C. Cruz, C. Braço Forte, I. Fernandes, M. Bonnet, S. Sousa, S. Carreira, F. Diaz, P. Duarte

Serviço de Pneumologia, Hospital de São Bernardo-Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Introdução: O ácido fosfórico é um ácido forte habitualmente utilizado como químico industrial na constituição de fertilizantes e detergentes e ainda no tratamento de águas. Concentrações de 10 a 25% de ácido fosfórico podem desencadear irritação da pele e mucosas e concentrações superiores são consideradas corrosivas. O contacto com a pele pode causar queimaduras químicas; a inalação

é habitualmente não nociva exceptuando se o ácido se encontrar aquecido e liberte vapores. Nestas condições, pode desencadear tosse, ardor retroesternal, disфонia, dispneia, sibilância e eventualmente pneumonite química. O ácido fosfórico pode ser absorvido por ingestão, inalação ou contacto cutâneo, distribuindo-se sistemicamente como fosfato. Embora escassos os casos descritos e na sua maioria referentes a ingestão, o aumento da concentração de fosfato pela absorção de ácido fosfórico pode desencadear hipocalcemia, hipotensão e acidose. A hipocalcemia ocorre pela inibição da 1-hidroxilase, reduzindo a produção de 1,25-hidroxivitamina D3. O aumento de iões hidrogénio provoca acidose metabólica que agrava a hipocalcemia.

Caso clínico: Mulher de 46 anos, funcionária na cozinha de um hospital, com história clínica de asma na infância, fumadora 28 UMA, foi admitida no SU após exposição accidental a vapor a 90° de solução de ácido fosfórico utilizada como desincrustante (Sonaril LDC®, pH: 1,5, 30% ácido fosfórico) em máquina de lavar loiça industrial. Não utilizava no momento proteção ocular ou facial. Iniciou de imediato dispneia ligeira, tosse intensa, ardor retroesternal, sensação de calor facial, tonturas e fraqueza. O exame objetivo revelou eritema da face, polipneia (32 cpm), tiragem intercostal, spO₂ 88% e sibilos dispersos com broncospasmo. Pressão arterial e frequência cardíaca normais. A gasometria arterial (GSA) com O₂ 3L/min revelou pH 7,40, pO₂ 56, pCO₂ 39, sat: 89%, HCO₃: 24,3, Lactato: 1,3. A terapêutica com broncodilatadores de curta ação, corticosteróides inalados e endovenosos e FiO₂ de 60% resultaram em melhoria clínica ligeira. Após algumas horas, a GSA revelou: pH: 7,45; pCO₂: 26; pO₂: 69, HCO₃: 18,1, lactato: 5,5. A radiografia de tórax na admissão mostrava discreta acentuação reticular bilateral nos lobos médio e inferior. Na avaliação analítica: leucocitose com PCR normal. Durante o internamento no Serviço de Pneumologia, foi prescrita metilprednisolona (40 mg *bid*, EV). Após 6 dias foi alterada para prednisolona (20 mg *bid*, PO). A sintomatologia foi progressivamente atenuando, bem como a acidose metabólica e a hipoxémia. A TAC tórax revelou bilateralmente opacidades em vidro despolido com densificações basais posteriores. A doente teve alta ao 8° dia de internamento, sem dispneia ou sinais de dificuldade respiratória, com GSA normal. Foi submetida a desmame da corticoterapia oral, mantendo corticoterapia inalada e *follow-up* em Consulta Externa.

Discussão: As alterações típicas na TAC tórax assim como no exame objetivo permitiram concluir pneumonite química e lesão pulmonar aguda por inalação de vapor de ácido fosfórico. A GSA revelou absorção pulmonar que condicionou acidose metabólica. O atempado diagnóstico e instituição terapêutica na pneumonite química foram essenciais para evitar possível mortalidade. Eventuais sequelas a longo prazo devem, no entanto, ser monitorizadas em consulta de seguimento. Foi reforçada a obrigatoriedade da utilização de equipamento de proteção apropriado em contexto laboral.

Palavras chave: Ácido fosfórico. Inalação. Pneumonite química. Acidose metabólica.

P-114. AFOGAMENTO NÃO FATAL EM ÁGUA SALGADA: INDICAÇÃO PARA OXIGENOTERAPIA DE ALTO DÉBITO POR HIGH FLOW NASAL CANNULA?

A. Dias, F. Teixeira Lopes, A. Cysneiros, V. Durão, F. Paula, F. Froes

Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

Introdução: A submersão por afogamento origina hipoxémia através da aspiração de água ou do laringospasmo que ocorre aquando do contacto da água com as vias aéreas inferiores. Para além dos efeitos a nível pulmonar, há complicações neurológicas, cardiovasculares, renais, hidro-electrolíticas e da coagulação.

Caso clínico: Mulher, 44 anos, não fumadora, sem patologia pulmonar conhecida, com história de síndrome depressivo, epilepsia (seguimento irregular) e anemia (a esclarecer). Medicada com bro-

mazepam, olanzapina e valproato de sódio. Levada ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Torres Vedras na sequência de afogamento não fatal em água do mar. Tinha-se deslocado à praia, entrando no mar e permanecendo a flutuar, sem memória do sucedido posteriormente. Ao ser resgatada, apresentava sinais de dificuldade respiratória e teve convulsão presenciada pelos bombeiros. Ao exame objectivo, no SU, apresentava-se normotérmica, hemodinamicamente estável, sem arritmias mas com insuficiência respiratória parcial grave (PaO₂/FiO₂ 68). Aspirado conteúdo líquido espumoso através da entubação nasogástrica, compatível com água do mar. Na TC tórax apresentava condensações bilaterais nos segmentos dependentes e infiltrados algodonosos dispersos, mais extensos à direita. Fez TC-CE que era normal, manteve a terapêutica anticonvulsivante habitual e não voltou a ter convulsões. Analiticamente, sem desequilíbrios iónicos, alterações da coagulação ou evidência de rabdomiólise. Foi então transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgicos (UCIMC) do Hospital Pulido Valente. Iniciou oxigenoterapia de alto débito por *High Flow Nasal Cannula* (HFNC), com melhoria rápida da insuficiência respiratória parcial. Fez broncofibroscopia com aspiração de líquido espumoso. Iniciou antibioterapia com piperacilina-tazobactam, com diminuição progressiva dos parâmetros inflamatórios. Os exames microbiológicos (hemoculturas, antigenúrias de pneumococo e *Legionella*, exame bacteriológico do lavado brônquico) foram negativos. A TC tórax de controlo às 48 horas de evolução, mostrava melhoria das lesões pulmonares, mantendo ainda condensação bilateral, menos extensa. Durante o internamento na UCIMC não se observaram outras complicações e a doente foi transferida para o HTV ao 3º dia de internamento sem aporte adicional de oxigénio, GSA: pH 7.49, pCO₂ 39, pO₂ 75, HCO₃ 25.3, SO₂ 95%, PO₂/FiO₂ 357.

Discussão: Nos casos de afogamento é essencial a vigilância das complicações multiorgânicas e a correcção atempada da hipoxémia. A oxigenoterapia por HFNC é eficaz em doentes com insuficiência respiratória parcial, podendo contribuir para a diminuição da taxa de ventilação mecânica e mortalidade. Neste caso, possibilitou uma melhoria célere e acentuada da hipoxemia. Quando há suspeita de pneumonia, a antibioterapia empírica deve cobrir agentes presentes na água como *Pseudomonas* ou *Aeromonas*.

Palavras chave: Afogamento. Oxigenoterapia alto débito.

P-115. AVALIAÇÃO FUNCIONAL NO EXERCÍCIO EM SOBREVIVENTES DE SÍNDROME DE DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA: PROVA DE MARCHA 6 MINUTOS VERSUS CICLOERGOMETRIA

D. Apolinário, M. Brandão, I. Ferradosa, A. Vale, A. Loureiro, B. Conde, A. Afonso

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

Introdução: A síndrome de disfunção respiratória aguda (ARDS) é uma patologia que causa frequentemente sequelas a nível pulmonar nos seus sobreviventes. O impacto funcional no exercício físico está pouco estudado, nomeadamente naqueles com estudo funcional respiratório em repouso normal, desconhecendo-se qual o melhor método para a sua avaliação.

Objectivos: Determinação da capacidade de exercício e da dessaturação induzida pelo exercício em sobreviventes de ARDS, através da prova de marcha de 6 minutos (PM6M) e do teste de exercício cardiopulmonar (TECP) em cicloergómetro.

Métodos: Estudo prospetivo, resultante de um protocolo de seguimento dos doentes sobreviventes de ARDS desde dezembro de 2010. Neste trabalho foram apenas incluídos os doentes com avaliação funcional respiratória normal em repouso. Os critérios de exclusão foram o diagnóstico prévio de patologia pulmonar, história de tabagismo, incapacidade de caminhar e/ou pedalar ou contraindicação/recusa para realização dos testes de exercício. Os doentes realizaram uma PM6M e um TECP, com intervalo máximo de 3 me-

ses. A monitorização da saturação do oxigénio (SatO₂) foi realizada continuamente durante a PM6M através de um oxímetro de pulso de dedo portátil, e no TECP foi avaliada a cada 30 segundos com um oxímetro de orelha. Foram recolhidos dados demográficos, clínicos (razão PaO₂/FiO₂, SAPS II e APACHE II, tratamento e demora média) e funcionais. Foi efetuada uma análise descritiva.

Resultados: Dos 47 doentes incluídos no protocolo até fevereiro de 2015, apenas 8 cumpriram os critérios de inclusão. Todos eram mulheres, com média de idade de 53,1 ± 11 anos. As comorbilidades mais frequentes foram a obesidade (n = 3), a dislipidemia (n = 3) e a hipertensão arterial (n = 2). Todos tinham sido admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos, 3 com ARDS ligeira, 3 moderada e 2 grave. A média do índice de gravidade APACHE II foi de 20,5 ± 8 e, do SAPS II, de 32,3 ± 11. Todos foram ventilados mecanicamente por insuficiência respiratória aguda (paO₂/FiO₂ média de 169,5 ± 62), 7 com recurso a ventilação mecânica invasiva por um tempo mediano de 6 dias, e 1 exclusivamente por ventilação não invasiva. Em 3 doentes utilizaram-se corticóides sistémicos, 2 necessitaram de *prone position* e 1 de ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation*). A capacidade de exercício avaliada pelo TECP estava diminuída em 3 doentes, 2 dos quais também apresentaram uma diminuição da estimativa da capacidade de exercício na PM6M. Os motivos identificados foram obesidade (n = 2), doença intersticial pulmonar (n = 1) e descondicionamento físico (n = 1). Não foi identificada uma relação entre a diminuição da capacidade de exercício e a gravidade da ARDS. Relativamente à dessaturação induzida pelo exercício, foi exclusivamente identificada na PM6M em 5 doentes, exclusivamente no TECP em 1 caso e em ambos os testes em 1 doente.

Conclusões: Embora o tamanho amostral limite a elação de conclusões, verificamos que estes doentes apresentam dessaturação com o exercício, mais frequentemente detetada na PM6M, e independentemente da gravidade do ARDS e da avaliação funcional em repouso normal.

Palavras chave: ARDS. Função respiratória. Dessaturação no exercício. Testes de exercício.

P-116. DOENTES COM FIBROSE PULMONAR ADMITIDOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS

I. Sales Ribeiro, C. Lopes, C. Teles Martins, I. Claro, E. Fragoço, P. Azevedo, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR)-CHLN.

Introdução: A admissão de doentes com fibrose pulmonar, com necessidade de suporte ventilatório em UCI constitui um dilema clínico, dada a irreversibilidade da sua falência respiratória, o mau prognóstico associado e a falta de critérios de admissão em UCI que contemplem esta patologia.

Objectivos: Caracterizar a população de doentes admitidos por falência respiratória agudizada no contexto de fibrose pulmonar e comparar o benefício do suporte ventilatório invasivo (VMI) versus não invasivo (VNI), nomeadamente, no que concerne a mortalidade e complicações.

Métodos: Estudo retrospectivo realizado através da revisão dos processos clínicos dos doentes admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR), entre Janeiro/2012 e Dezembro/2015, com diagnóstico de fibrose pulmonar, submetidos a VMI e/ou VNI, sendo excluídos os doentes não ventilados. Parâmetros analisados: demográficos, etiologia, PaO₂/FiO₂, APACHE II, tipo de ventilação, causa de descompensação, duração do internamento, complicações e mortalidade.

Resultados: Admitidos 45 doentes (3,9% do total), 53% do sexo masculino, idade média 67,6 ± 12,1 anos. Etiologias: pneumonia intersticial idiopática 57,8%, doença do colagénio 20%, sarcoidose 6,7%, pneumonia de hipersensibilidade 6,7%, toxicidade pulmonar

a fármacos 6,7% e silicose 2,2%. À admissão na UCIR, a relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ média era $165,9 \pm 104,4$, APACHE II médio $24,7 \pm 8,8$. Necessitaram de VNI 28 doentes, destes, em 20 (44,4%) foi decidido limitar a intervenção terapêutica. Foram submetidos a VMI 17 (37,8%) doentes, 6 dos quais por falência da VNI. A relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ foi significativamente superior no grupo de VNI ($198,9 \pm 107,3$ vs $111,6 \pm 74,1$). Quanto ao APACHE II, a média foi maior no grupo de doentes submetidos a VMI $28,8 \pm 10,7$ vs $22,1 \pm 6,3$ (OR = 0,9 com IC95%: 0,82-0,99). Relativamente às causas atribuídas à agudização da falência respiratória: infecção 46,7%, insuficiência cardíaca 17,8%, exacerbação da doença intersticial 28,9%, pneumotórax, trombose e neoplasia em 2,2%. A média de dias de internamento foi $14,9 \pm 18,2$ sendo mais elevada no grupo VMI vs VNI ($24,4 \pm 25,9$ vs $9,14 \pm 7,3$ dias). Registaram-se 14 (82,4%) óbitos, no grupo VMI, 6 dos quais por choque séptico e 4 por insuficiência cardíaca, tendo os restantes falecido na sequência de complicações trombóticas, doença neoplásica ou progressão da doença intersticial; faleceram 20 (71,4%) doentes submetidos a VNI, sobretudo por progressão da fibrose pulmonar (60%). A VMI associou-se a maior mortalidade (OR = 7,78 com IC95%: 1,2-51,9).

Conclusões: Nesta população verificou-se uma elevada mortalidade (75,6%), ainda mais elevada no grupo da VMI, mas isso, pode estar relacionado com a gravidade da doença de base. O suporte ventilatório invasivo não parece melhorar o prognóstico, sendo as causas de morte similares nos 2 grupos. Dada a reduzida dimensão da amostra e a sua heterogeneidade, não foi possível subdividir a análise segundo a etiologia da fibrose pulmonar. Tendo em conta os resultados obtidos, a admissão destes doentes deve limitar-se ao grupo em que seja possível identificar uma causa reversível para a insuficiência respiratória aguda, sendo fundamental a elaboração de critérios de admissão em UCI que reflitam este pressuposto.

Palavras chave: Fibrose pulmonar. Ventilação mecânica. Falência respiratória.

P-117. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

R. Oliveira Silva, J. Cardoso, E. Dias, R. Tjeng, V. Branco

Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: Em Portugal, estima-se que a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) afete cerca de 14,2% das pessoas com mais de 40 anos, com maior prevalência no género masculino. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002 a DPOC foi a quinta causa mais frequente de morte a nível mundial. Estima-se que em 2030 seja a terceira causa de morte a nível mundial. A região da Covilhã tem fatores laborais que propiciam o desenvolvimento de DPOC (região rural e agrícola, com um passado recente de importante indústria de lanifícios e mineira). Assim, a DPOC, pela morbi-mortalidade associada, torna-se uma patologia importante também na população admitida em UCI.

Métodos e resultados: Foram analisados os processos clínicos dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) entre 1 de Maio de 2014 e 31 de Maio de 2016. Foram identificados 69 processos clínicos com diagnóstico de DPOC. A idade média dos doentes é de 76 anos e a maioria (64%) é do género masculino. A DPOC esteve relacionada com o motivo de internamento em 24 doentes (35%), a maioria devida a agudização de etiologia infecciosa e com agravamento da insuficiência respiratória (16 doentes); os restantes foram devidos a pneumotórax (2 doentes), choque séptico de ponto de partida respiratório (3 doentes) e insuficiência respiratória agravada por mau cumprimento terapêutico (3 doentes). Foi diagnosticada infecção do trato respiratório em 34 doentes: 28 doentes com pneumonia e 6 com traqueobronquite. Foram feitas colheitas de expectoração em 17 doentes (com identificação de agente em 6 doentes) e 11 colheitas de secreções brônquicas (com identificação de agente em 6 doentes); 2 doentes fizeram colheitas de expectoração

e secreções brônquicas com identificação de agente. Foi utilizada ventilação não invasiva (VNI) em 20 doentes, dos quais 5 já faziam VNI em ambulatório; foi necessária ventilação invasiva em 25 doentes, com duração mínima inferior a 1 dia e máxima de 27 dias, sendo que apenas 1 destes doentes foi submetido a traqueostomia. A taxa de mortalidade foi de cerca de 19%; nos doentes em que a DPOC esteve relacionada com o motivo de internamento a mortalidade foi de 7%. Apenas 42% dos doentes tinham acompanhamento em Consulta de Pneumologia previamente ao internamento.

Conclusões: Neste trabalho pretendeu-se conhecer melhor os doentes internados com DPOC, qual o impacto da doença no motivo de admissão e evolução. Verificou-se que mesmo não estando relacionada com o motivo de internamento, cerca de metade dos doentes tiveram diagnóstico de infecção do trato respiratório, a maioria com estudo microbiológico. A taxa de mortalidade destes doentes foi mais elevada do que da população em geral admitida na UCI neste período de tempo. Assim, foi realçado o papel importante da DPOC nos doentes admitidos na UCI que têm este diagnóstico prévio, realçando o impacto que tem a nível da mortalidade dos doentes.

Palavras chave: DPOC. UCI.

P-118. TUBERCULOSE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Guerreiro¹, L. Pires², A. Baptista², G. Cabral Campello²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar do Algarve.

Introdução: Em 2014, verificou-se uma redução de 5% na taxa de incidência de tuberculose (TB) no nosso país face aos dados do ano 2013. Contudo, o Algarve persiste ainda como um distrito de incidência intermédia. Apesar da existência de tratamento curativo, subsiste ainda uma percentagem importante de casos que necessitam de internamento hospitalar, sendo 1-3% dos casos de TB admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Nestes a mortalidade intra-hospitalar é elevada.

Objetivos: Caracterizar os doentes com TB admitidos em UCI, bem como identificar factores associados à mortalidade intra-hospitalar.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo no qual foram incluídos todos os doentes admitidos num Serviço de Medicina Intensiva com diagnóstico confirmado de TB pulmonar e/ou disseminada (à admissão ou no decurso do internamento) entre 2010 e 2015. Foram colhidos e analisados dados relativos a aspectos demográficos, comorbilidades, sintomatologia inicial, padrão imagiológico, gravidade e evolução.

Resultados: Durante o período avaliado foram identificados e analisados 8 casos com diagnóstico confirmado de TB, tendo-se verificado um predomínio do género masculino (87,5%). A média etária à data do diagnóstico foi de $45,8 \pm 15,6$ anos. A imunossupressão encontrava-se presente em 75% dos casos, sendo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana a comorbilidade mais frequentemente registada (37,5%). 25% correspondiam a formas disseminadas de TB. Em média, verificou-se uma duração de sintomas de 34 ± 15 dias, tendo predominado a sintomatologia sistémica (50%), seguida pela dispneia (25%) e hemoptise (25%). Em termos radiológicos, 50% apresentava padrão consolidativo, 25% apresentava cavitação e 25% expressava padrão com distribuição miliar. A necessidade de suporte ventilatório ditou a admissão em 87,5% dos casos, com critérios de ARDS em 42%. O índice APACHE II médio na admissão foi de $19,3 \pm 6,9$ e o índice SAPS médio foi de $37,4 \pm 14,2$. A mortalidade em UCI foi de 50%. Quando comparados com os sobreviventes, os casos de óbito correspondiam a doentes com idade superior (50 ± 21 vs $41,7 \pm 9$) e com maior gravidade aquando da admissão (APACHE II $23,3 \pm 9,2$ vs $16,2 \pm 3,3$ e SAPS 47 ± 18 vs $30,2 \pm 5,4$). Verificou-se evolução desfavorável em 66% dos casos de ARDS assim como nos doentes que apresentavam cavitação na radiografia de tórax.

Conclusões: A presença de imunossupressão, sobretudo no contexto de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, tem sido reconhecida como um importante factor de risco para a ocorrência de formas graves de tuberculose. Nesta série, a mortalidade associou-se à presença de doença cavitária assim como ao desenvolvimento de ARDS. As formas graves de tuberculose tendem a apresentar um pior prognóstico quando comparadas com as infeções respiratórias graves de etiologia não tuberculosas, devendo ser equacionada esta entidade em todo o doente crítico sobretudo se em contexto de imunossupressão.

Palavras chave: Tuberculose. ARDS. Imunossupressão. Cuidados Intensivos.

P-119. VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA NO DESMAME VENTILATÓRIO E REDUÇÃO DO TEMPO DE VENTILAÇÃO INVASIVA

F. Ramalho Fernandes, C. Teles Martins, E. Fragoso, I. Claro, C. Lopes, P. Azevedo, J. Monteiro, C. Bárbara

Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Hospital Santa Maria-Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A ventilação mecânica não invasiva (VNI) providencia suporte ventilatório sem a necessidade de uma entubação traqueal. A VNI parece ser uma estratégia promissora na redução do tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI) em doentes selecionados candidatos a desmame ventilatório.

Objectivos: Avaliar o impacto da VNI na redução do tempo de ventilação e demora média, comparando a extubação directa para VNI vs VNI na prevenção da falência da extubação após desmame clássico, em doentes admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR).

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2015, submetidos a VMI e que realizaram VNI após a extubação. Foram excluídos os doentes com demora média inferior a 24 horas, com extubação não planeada e aqueles em que a VNI foi considerada limite máximo de intervenção após a extubação. Foram criados dois grupos: G1 - Doentes extubados para VNI após desmame clássico e "trial" de respiração espontânea (VNI para prevenção da falência da extubação); G2 - Doentes sob VMI com extubação directa para VNI (VNI para redução do tempo de ventilação). Critérios de falência da extubação: necessidade de reintubação ou morte nas primeiras 48 horas após uma extubação planeada. Foram analisadas variáveis demográficas, comorbilidades, APACHE II, demora média, tempo de VMI e VNI, modalidade de VNI, parâmetros gasométricos, falência da extubação e mortalidade.

Resultados: N = 81 doentes; G1: n = 61 (75,3%); G2: n = 20 (24,7%). Idade média (anos): 65 ± 15 (G1) vs 66 ± 16 (G2), p = ns. APACHE II: 23 ± 9 (G1) vs 21 ± 8 (G2), p = ns. Comorbilidades: doença pulmonar obstrutiva crónica - 13 (21,3%) doentes (G1) vs 4 (20%) doentes (G2); insuficiência cardíaca - 31 (50,8%) doentes (G1) vs 12 (60%) doentes (G2); p = ns. Demora média (dias): 26 ± 17 (G1) vs 24 ± 14 (G2), p = ns. Duração média de VMI (dias): 13 ± 10 (G1) vs 16 ± 14 (G2), p = ns. Duração média de VNI (dias): 8 ± 10 (G1) vs 6 ± 5 (G2), p = ns. Modalidade VNI: Modo ST - 50 (82%) doentes (G1) vs 10 (53%) doentes (G2); Modo AVAPS - 11 (18%) doentes (G1) vs 9 (47%) doentes (G2); p = 0,01. PaO₂/FiO₂ na admissão: 185 ± 107 (G1) vs 168 ± 67 (G2), p = ns. PaO₂/FiO₂ pré-extubação: 263 ± 89 (G1) vs 263 ± 79 (G2), p = ns. PaO₂/FiO₂ pós-extubação, após início de VNI: 272 ± 100 (G1) vs 246 ± 59 (G2), p = ns. Falência da extubação em apenas um caso (G2). Mortalidade: 6 (10%) doentes (G1) vs 2 (10%) doentes (G2), p = ns.

Conclusões: Na nossa amostra não houve diferenças entre as duas estratégias de desmame ventilatório, embora os resultados possam ter sido afectados pelo número reduzido de doentes incluídos. A extubação directa para VNI não foi inferior em termos de falência

de extubação ou mortalidade, sendo uma estratégia a considerar para extubação precoce de doentes selecionados que não reúnam os critérios standard de extubação.

Palavras chave: Ventilação mecânica invasiva. Ventilação mecânica não invasiva. Desmame ventilatório.

P-120. PNEUMONIAS NOSOCOMIAIS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA: ESTUDO PROSPECTIVO DE UM ANO

R.D. Costa¹, J.P. Baptista², R. Freitas², J. Pimental²

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu. ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A pneumonia nosocomial (PN) é a infecção mais frequente dos doentes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) aumentado a sua morbi-mortalidade. Conhecer as suas características clínicas e etiologia microbiológica permite melhorar a sua prevenção e tratamento.

Objectivos: Descrição e análise das características demográficas, da prevalência, dos factores de risco, da etiologia microbiológica e do prognóstico de todos os episódios de PN durante o período de 1 ano (2014) num Serviço de Medicina Intensiva.

Métodos: Estudo prospectivo e observacional numa UCI Polivalente com 20 camas de um Hospital Universitário Terciário (CHUC, Coimbra, Portugal). Foram avaliados 513 doentes. A PN foi definida de acordo com as guidelines nacionais SPP/SPCI. Considerou-se que o agente microbiológico era o responsável pela PN quando foi isolado em amostras de secreções respiratórias nas 48 horas que que precederam ou sucederam o momento de diagnóstico. Avaliou-se a presença de factores de risco para microrganismos organismos multi-resistentes (MMR).

Resultados: Sessenta doentes incluídos (11,7%), dos quais 35 (58,3%) com pneumonia associada ao ventilador (PAV) adquirida na UCI - 6,9 casos/1.000 dias de intubação (PN "primária"). Os restantes 25 casos apresentavam critérios de diagnóstico de PN antes da sua admissão na UCI (PN "extra-UCI"). A maioria eram homens (81,7%), a mediana do tempo de internamento foi 22 dias (12-18) e a mediana da relação PaO₂/FiO₂ era 212 (148-275). A principal causa de admissão na UCI foi trauma (41%). No momento da admissão, 26 doentes (43,3%) apresentavam choque séptico. Factores de risco (FR) para MMR estavam ausentes em 17% dos doentes, um FR estava presente em 60%, 2 FR em 20% e 3 FR em 3%. Curso de antibioterapia prévia presente em 75% dos doentes. Foram isolados 62 microrganismos em amostras respiratórias de 45 doentes. Os mais frequentes: *S. aureus* (27,4%), *P. aeruginosa* (20,9%) e *A. baumannii* (11,2%). Choque séptico no momento da admissão reflectiu-se num aumento da mortalidade (23 vs 12%). A estratégia de antibioterapia empírica foi microbiologicamente apropriada em 61% dos doentes. A mortalidade geral foi de 18,3% (11 doentes). Na admissão na UCI, os sobreviventes apresentavam valores mais reduzidos de lactato sérico (1,0 vs 1,9 mM/L, p < 0,05) e de Score de Charlson (3 vs 10, p < 0,05). Os doentes cuja causa de admissão foi a PN apresentaram um risco de mortalidade 5 vezes superior (*odds ratio* 5,3; IC95%; 1,2 a 22,9; p = 0,02).

Conclusões: A PN e a PAV são patologias frequentes nos doentes internados em Medicina Intensiva e associam-se a maior duração de internamento. O factor de risco mais frequente para isolamento de MMR foi a existência de antibioterapia prévia. Lactato sérico baixo e menor Score de Charlson na admissão parecem estar associados a uma menor mortalidade. Quando a PN é a causa principal de admissão na UCI, existe um risco acrescido relevante na mortalidade (superior a 5 vezes).

Palavras chave: Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. Pneumonia. Pneumonia nosocomial.

P-121. FUMAR NO RECINTO HOSPITALAR EXTERIOR - UM ESTUDO OBSERVACIONAL

S.B. Ravara, A. Lima

Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, CHCB Hospital Universitário, Covilhã.

Introdução: Apesar de ser proibido fumar no interior das instalações dos Serviços de Saúde, a legislação portuguesa actual não regulamenta o comportamento de fumar no recinto exterior, como o campus hospitalar. Deste modo, urge caracterizar o comportamento de fumar nas áreas exteriores do hospital, bem como a opinião dos utentes relativamente ao mesmo.

Objectivos: Explorar e descrever o comportamento de fumar nos espaços exteriores contínuos ao Hospital Pêro da Covilhã através da observação directa; Avaliar a percepção e as atitudes dos utentes relativamente a este comportamento.

Métodos: Estudo descritivo transversal: 1) aplicação de um questionário por entrevista directa aos utentes da consulta externa do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), entre Maio e Dezembro de 2014; 2) observação directa segundo um protocolo estruturado e uma abordagem sistematizada em cada uma das entradas do hospital. Realizou-se uma análise descritiva univariável e bivariável, tendo sido utilizados os testes estatísticos de chi quadrado e McNemar para variáveis categóricas.

Resultados: 1) Participantes: 310 utentes, 68,7% do sexo feminino e com uma idade média de $48,1 \pm 15,3$ anos. A esmagadora maioria (93,2%) já presenciou pessoas a fumarem nas entradas do hospital. Dos participantes, 58,1% concordava com a proibição de fumar na entrada exterior do hospital, embora apenas 16,8% concordassem com a proibição em todo o recinto hospitalar. Apesar disso, 68,1% referiram que apoiavam a proibição caso fosse implementada. Uma maior probabilidade de concordância relativamente à proibição de fumar foi observada em não fumadores, utentes mais velhos e com menor instrução. 2) Foram realizadas observações nas diferentes entradas, no total de 8 dias, observando-se 1005 actos de fumar. Não houve diferenças entre os géneros e 52,8% dos fumadores correspondiam a funcionários do hospital, sendo o grupo mais prevalente os auxiliares. As entradas com maior prevalência de fumadores foram a consulta externa e a entrada principal.

Conclusões: Fumar nas entradas do hospital é um comportamento comum e é percebido como tal pelos utentes. A maioria dos utentes concorda com uma regulamentação do comportamento de fumar em áreas seleccionadas do espaço exterior adjacente ao hospital (entradas) e apoiaria uma proibição de fumar em todo o recinto hospital se esta for implementada. É prioritário avançar para um hospital 100% livre de fumo, estendendo a proibição de fumar a todo o campus hospitalar.

Palavras chave: Fumar. Recinto hospitalar. Políticas livres de fumo.

P-122. COMPARAÇÃO DO CONHECIMENTO E IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À CESSAÇÃO TABÁGICA ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL CENTRAL DE ACORDO COM O TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

J. Carvalho, A. Alves Santos, R. Campanha, I. Ribeiro, I. Oliveira, C. Guimarães, M. Fradinho, C. Matos, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: O tabagismo constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade evitável no mundo. O papel crucial dos profissionais de saúde na promoção da cessação tabágica tem motivado um incremento crescente nos últimos anos na formação pré e pós-graduada sobre este tema.

Objectivos: Comparar a importância atribuída, a atitude e o conhecimento relativos à cessação tabágica entre profissionais de saúde de um Hospital Central com menos e mais de 10 anos de experiência profissional.

Métodos: Estudo transversal realizado em médicos e enfermeiros de um hospital central. Foi aplicado um questionário de autopreenchimento por participantes voluntários, com vista a recolher dados epidemiológicos e sobre a importância atribuída, comportamento e conhecimento relativos à cessação tabágica. Realizada subsequentemente uma análise estatística (recurso a SPSS statistics IBM e Microsoft Excel 2013) com vista a comparar as diferenças entre os profissionais de saúde com menos e mais de 10 anos de experiência profissional.

Resultados: Amostra total de 101 participantes (44,55% médicos e 55,45% enfermeiros), dos quais 74,25% (n = 75) apresentavam < 10 anos de experiência profissional (49,33% médicos e 50,67% enfermeiros) e 25,74% (n = 26) mais de 10 anos de experiência (30,77% médicos e 69,23% enfermeiros). A maioria dos profissionais de saúde reconheceu a importância dos hábitos tabágicos dos seus doentes (96% dos indivíduos com < 10 anos de experiência e 92,3% dos com > 10 anos de experiência profissional atribuem-lhe uma importância média ou alta) e aborda esta questão junto dos doentes (89,33% e 80,77% dos profissionais, respetivamente). Ambos os grupos receberam formação sobre cessação tabágica no seu percurso pré ou pós-graduado (58,67% vs 61,54%), não se verificando diferenças estatisticamente significativas no conhecimento relativo à cessação tabágica entre os 2 grupos (a pontuação média obtida num questionário de 10 perguntas de avaliação deste item foi de 68,93% e 67,69%). No entanto, verificaram-se lacunas tanto no conhecimento acerca das abordagens comportamentais para cessação tabágica (76% e 65,38% dos indivíduos desconhecem-nas), como na experiência dos médicos na prescrição de fármacos para cessação (apenas 10,81% dos jovens profissionais e 25% dos mais antigos estão familiarizados). A maioria dos profissionais de ambos os grupos (92% e 84,62%) manifestou interesse em participar numa ação de formação em cessação tabágica. Verificou-se maior referenciação dos doentes adequados à consulta de cessação tabágica nos médicos com > 10 anos de experiência profissional (75,0% vs 51,35%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos de profissionais em nenhum dos parâmetros avaliados, nem mesmo quando comparados separadamente médicos e enfermeiros.

Conclusões: Na amostra estudada o tempo de atividade profissional não influenciou a importância atribuída, comportamento ou conhecimento relativos à cessação tabágica dos profissionais de saúde. Apesar das lacunas no conhecimento identificadas em ambos os grupos, a maioria dos profissionais reconheceu a importância desta temática e interesse em participar em ações formativas, o que deve fomentar a sua realização no sentido de melhorar os cuidados prestados aos doentes. Estes resultados devem ser validados com estudos subsequentes.

Palavras chave: Cessação tabágica. Conhecimento. Atitudes. Profissionais de Saúde. Hospital Central.

P-123. RASTREIO DOS HÁBITOS TABÁGICOS, AVALIAÇÃO ESPIROMÉTRICA E DOSEAMENTO DO CO NA POPULAÇÃO DA USF DAS DESCOBERTAS - UMA OPORTUNIDADE PARA INTERVIR

R. Campanha¹, C. Guimarães¹, R. Lemos², C. Matos¹, F. Nogueira¹

¹*Pulmonology Department, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.*

²*Public Health Resident-ACES Lisboa Ocidental.*

Introdução: O tabagismo é das principais causas de morbilidade e mortalidade e foi definido como um dos problemas prioritários para o Plano Local de Saúde do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras (triénio 2014-2016). Neste âmbito, realizou-se a 17 de Novembro de 2015 uma ação de sensibilização e rastreio espirométrico na Unidade de Saúde Familiar (USF) das Descobertas sob o lema: "É fumador? Avalie a sua saúde respiratória. Respire por si e pelos outros." **Objectivos:** Alertar e sensibilizar a população local para os malefícios do tabaco.

Métodos: A ação de sensibilização foi previamente publicitada na USF (cartazes e folhetos). A equipa de profissionais era constituída por três pneumologistas (1 especialista e 2 internas), uma interna de saúde pública e uma de medicina geral e familiar. Aos utentes rastreados era aplicada um questionário anónimo que incluía dados demográficos e hábitos tabágicos. Os fumadores respondiam ao Teste de Fagerstrom e todos respondiam ao questionário da GOLD “Poderá ser DPOC?”. Procedia-se ao doseamento do monóxido de carbono (CO) no ar exalado e realizava-se espirometria. Era feita uma curta abordagem relativa à cessação tabágica, fornecidos folhetos informativos e os casos com indicação eram encaminhados para a consulta de apoio intensivo.

Resultados: Dos 25 utentes rastreados, 52% eram do sexo feminino, com idade média de 53,4 anos. Os fumadores eram 60% e idade média de iniciação 17,8 anos. Os ex-fumadores e não fumadores eram 20% respetivamente. Os fumadores (n = 15), maioritariamente do sexo masculino (53,3%), tinham média de idade 49,1 anos. A dependência de nicotina foi baixa em 46,7%, média em 20% e elevada em 33,3%. Referiram tosse 33,3%, expectoração 20% e dispneia 40%. A média de CO quantificado foi 12,3 ppm. Tinha critérios espirométricos de DPOC 57,1%. Os ex-fumadores (n = 5), maioritariamente do sexo masculino (80,0%), tinham média de idade de 61,0 anos. Todos apresentaram critérios espirométricos de DPOC. Os não fumadores (n = 5), eram todos do sexo feminino, com idade média de 60,0 anos. Apresentaram critérios espirométricos de DPOC 40,0%. Tanto os não fumadores como os ex-fumadores referiram: tosse 20%, expectoração 20% e dispneia 60%. A média de doseamento de CO foi de 1,2 ppm.

Conclusões: O número de rastreios realizados foi inferior ao expectável. Pouca publicidade e meios de comunicação inadequados podem justificar este facto para ser corrigido futuramente. A percentagem de doentes com critérios espirométricos para DPOC foi superior no grupo dos ex-fumadores e fumadores realçando o impacto do tabagismo na génese desta doença. Nos não fumadores, a percentagem de utentes rastreados com critérios espirométricos de DPOC foi superior à da população em geral, mas apresentavam também mais queixas respiratórias. A média de CO foi significativamente superior no grupo dos fumadores (12,3 vs 1,2 ppm) sendo um bom parâmetro para monitorizar os hábitos tabágicos. As espirometrias apresentaram critérios de reprodutibilidade e aceitabilidade, no entanto foram realizadas por uma interna de pneumologia e não por um técnico de cardiopneumologia. Ações que abordem o impacto negativo do tabagismo na saúde são uma oportunidade para rastreio de patologia pulmonar, sensibilização e promoção de hábitos saudáveis.

Palavras chave: Cessação tabágica. DPOC. Espirometria.

P-124. RELAÇÃO ENTRE TABAGISMO E NÍVEIS DE ANSIEDADE/DEPRESSÃO EM FUMADORES EM PROGRAMA DE APOIO INTENSIVO EM FARO

T. Branco, D. Torrado

Centro de Saúde de Faro.

Introdução: Em Portugal, estima-se que a prevalência de tabagismo seja de 20%, de acordo com o INS (2014). No mesmo ano, a DGS publicou o relatório “Saúde Mental em Números”, que indica que ansiedade e depressão são as perturbações psiquiátricas mais prevalentes. Em ambas, o tabagismo é muito prevalente.

Objectivos: Este estudo tem como objetivo estudar a relação entre ansiedade, depressão e tabagismo em utentes da consulta de apoio intensivo à cessação tabágica (CAICT) do Centro de Saúde de Faro (CSF), nos anos 2013, 2014 e 2015.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional retrospectivo em que foram incluídos os utentes que realizaram a primeira CAICT do CSF nos anos referidos. Foram utilizadas a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), que permitem estimar a probabilidade

de sofrer ansiedade e/ou depressão; o teste de Fagerström, que permite avaliar a dependência nicotínica, e o teste de Richmond que avalia a vontade para deixar de fumar. As variáveis consideradas foram: pontuação na HADS, Fagerström e Richmond, idade, género, situação laboral, nível de formação, consumo de cafés/dia, nível de monóxido de carbono (CO) expirado, número de cigarros fumados por dia, carga tabágica e patologia psiquiátrica prévia.

Resultados: A amostra foi de 151 utentes. Verificou-se que a patologia psiquiátrica prévia mais comum é a depressão e o nível de dependência nicotínica se correlaciona positivamente com a escala de ansiedade da HADS. O grau de dependência nicotínica e o grau de motivação para deixar de fumar mais prevalentes foram o moderado (teste de Fagerström e Richmond, respetivamente). Não existiu correlação entre a idade do primeiro cigarro e o nível de CO ou a pontuação na escala de depressão e ansiedade HADS. Verificou-se uma correlação negativa entre motivação para deixar de fumar e pontuação da escala de depressão da HADS, o que indica que a motivação para deixar de fumar diminui à medida que aumenta a depressão.

Conclusões: A dependência nicotínica e a pontuação na escala de ansiedade da HADS aumentam de forma diretamente proporcional. A elevada prevalência de ansiedade parece estar diretamente relacionada com a dependência nicotínica.

Palavras chave: Ansiedade. Consulta de cessação tabágica. Depressão. Dependência nicotínica. Fagerström. HADS. Richmond. Tabagismo.

P-125. CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA: CASUÍSTICA DE SEIS ANOS E MEIO

C. Dias, F. Mina

Centro de Saúde do Santo da Serra, SESARAM, EPE.

Introdução: O tabagismo constitui uma fonte de preocupação para os profissionais de saúde pelas doenças, comorbilidades e incapacidades que causa e pelos custos elevados inerentes aos internamentos e tratamentos de doenças associadas. É um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e, sendo estas a principal causa de incapacidade e morte em Portugal, torna-se urgente combater esta epidemia. A cessação tabágica é a medida preventiva mais eficaz a curto prazo, na redução da morbimortalidade associada ao tabaco.

Objectivos: Caracterização e análise dos fumadores inscritos na consulta especializada de cessação tabágica num centro de saúde de 02/02/2010 a 31/07/2016.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional e transversal cuja amostra foram os doentes inscritos na consulta. Foram analisadas as variáveis: género, idade, nº de consultas, antecedentes patológicos, índice de massa corporal (IMC), grau de dependência (teste de Fagerstrom), grau de motivação (Escala Visual Analógica), idade de início dos hábitos, carga tabágica (unidades-maço-ano), taxa de sucesso e de abandono, instituição ou não de medidas farmacológicas e respetiva monitorização de efeitos adversos e *outcome*. Os dados foram codificados, registados e analisados no *software* Microsoft Excel 2013.

Resultados: Em seis anos e meio de prática foram observados 273 fumadores, 77% (n = 211) do género masculino, com média de idades de 38 anos (mínimo 16, máximo 77) num total de 1750 consultas (média de 6 consultas/fumador). Os antecedentes patológicos prevalentes foram o alcoolismo, a dislipidemia e a hipertensão arterial e 19% (n = 52) dos fumadores eram previamente saudáveis. Apresentavam IMC médio de 25, grau de dependência médio de 5 (moderado), grau de motivação de 8,5, idade de início média de 16 anos e carga tabágica média de 37UMA. A taxa de sucesso (fumadores que deixaram de fumar há pelo menos 6 meses sem recaídas) foi de 26% (n = 70) e a taxa de abandono foi de 39% (n = 107). Atualmente, 5% (n = 15) abandonaram os hábitos tabágicos há menos de 6 meses e

30% (n = 81) ainda mantém hábitos. Todos os fumadores efetuaram terapia comportamental e foi iniciada terapêutica farmacológica a 48% (n = 131): 66% com vareniciclina, 34% com terapêutica de substituição com nicotina e 6% com bupropiona. Registou-se intolerância à vareniciclina em 2% (n = 2). No período analisado registaram-se 2% (n = 5) de óbitos, em 80% dos casos por doenças diretamente relacionadas com o tabaco.

Conclusões: Após seis anos e meio de experiência verificou-se que a taxa de sucesso atingida está dentro dos valores do panorama nacional (cerca de 25%) Os casos de insucesso foram prevalentes nos grupos etários mais jovens possivelmente porque argumentos como a saúde ou questões financeiras não os atingem diretamente (a maioria são saudáveis e muitos dependem financeiramente de terceiros). Há que repensar estratégias de abordagem para este grupo em particular. Com este trabalho as autoras pretendem salientar a cooperação e união entre a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar ao serviço do doente, que neste caso em particular foi um exemplo e uma mais-valia para alcançar os objetivos a que nos propusemos ao implementar esta consulta.

Palavras chave: *Tabagismo. Consulta. Cessação tabágica.*

P-126. AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL CENTRAL SOBRE CESSAÇÃO TABÁGICA

I. Sales Ribeiro, R. Campanha, J. Carvalho, A. Santos, C. Matos, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

O consumo de tabaco é um grave problema de saúde pública com repercussões em fumadores e não fumadores. É consensual que os fumadores devem ser ativamente encorajados e ajudados a deixar de fumar, devendo ser-lhes oferecidas as modalidades de tratamento consideradas eficazes. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a cessação tabágica. Foram avaliados 101 profissionais (médicos e enfermeiros) de um hospital central. Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos indivíduos eram do sexo feminino (64,4%), com idade média de 33 (\pm 8,9) anos, correspondendo 44,6% a médicos. A maioria dos profissionais correspondiam à especialidade de Medicina Interna (73,3%). Em relação aos hábitos tabágicos, 70,3% eram não fumadores. Apenas 39,6% teve formação sobre cessação tabágica durante o percurso clínico mas 65,3% atribuiu muita importância aos hábitos tabágicos dos doentes. Desconhecem as abordagens comportamentais usadas no programa de cessação tabágica 73,3% dos inquiridos e apenas 7,9% tem experiência na prescrição de terapêutica. Um número significativo de profissionais de saúde desconhece a existência de testes fundamentais na avaliação clínica do fumador (teste de Fargenström) ou método de avaliação do monóxido de carbono no ar expirado, 84,2% e 73,3%, respetivamente. Outras questões sobre conhecimentos específicos dos profissionais de saúde nesta área demonstraram a existência de lacunas. A maioria dos inquiridos (90,1%) gostaria de participar numa formação específica sobre abordagens utilizadas na cessação tabágica. Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e prestar cuidados preventivos, sendo fundamental a sua formação na cessação tabágica.

Palavras chave: *Tabaco. Cessação. Conhecimento.*

P-127. PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO ENTRE INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO VIH EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO PORTUGUESA

A. Espírito Santo, A.C. Pereira, C.I. Monteiro, F. Antunes

ACES de Cascais e Centro Hospitalar de Setúbal-Hospital de São Bernardo.

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que 21% da população portuguesa era fumadora em 2010, sendo 30,6% homens e 12,3% mulheres. A maior taxa de tabagismo entre os homens regista-se no grupo etário 25-39 e entre as mulheres no grupo etário 15-24. Nos EUA a prevalência do tabagismo em indivíduos seropositivos pelo VIH é cerca de 5 vezes mais do que a da população geral. Os seropositivos pelo VIH, fumadores, apresentam um maior índice de mortalidade devido ao tabagismo do que pelo VIH. O cancro do pulmão, em populações infetadas pelo VIH, é a mais comum malignidade não associada à SIDA, na era da terapêutica altamente eficaz com anti-retrovirais (TARV). Nos fumadores seropositivos pelo VIH esta patologia aparece em idade mais jovem, é geralmente diagnosticada num estágio mais avançado e tem uma evolução clínica mais agressiva. A OMS definiu para 2025 o objetivo global de redução de 30% no consumo de tabaco, prevendo que Portugal apenas reduzirá 15%, o que significa ter nessa data 18% da população fumadora, 26% homens e 10% mulheres.

Objectivos: Determinar a prevalência do consumo de cigarros em seropositivos pelo VIH e comparar com os dados de 2010 registados pela OMS relativos à população portuguesa.

Métodos: Baseia-se num estudo transversal com uma amostra de conveniência de 535 adultos, obtida a partir de uma população de 2.500 adultos seropositivos pelo VIH, seguidos no Centro Hospitalar Lisboa Norte, em 2010-2011. Os dados com o estágio da infecção VIH e a carga viral foram colhidos a partir dos respectivos processos individuais, de acordo com o sistema de classificação de adultos e adolescentes infectados pelo VIH (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), complementados por uma entrevista que incluiu perguntas sobre a situação demográfica, socioeconómica, terapêutica TARV, status de tabagismo e consumo diário de cigarros.

Resultados: Da amostra, com idades entre 20 e 80 anos e média de 44,6 anos, 72,5% eram homens e 27,5% mulheres. Como factores de risco para cancro do pulmão a amostra apresentou 45,2% com VIH diagnosticado há mais de 11 anos; 17,6% com CDC-B e 47,7% com CDC-C; 49,2% apresentavam células TCD4 \geq 500/ μ l, 40,9% mostravam células TCD4 entre 200-499/ μ l e 9,9% registavam células TCD4 < 200; 34% com mais de 40 cópias de VIH RNA/ml e 83,9% estavam sob TARV; 46,9% consumiam cigarros. Dos fumadores 24,2% encontravam-se desempregados, pensionistas ou recebiam subsídio de inserção social e 22,2% empregados. Ainda, 58,7% não recebiam rendimento ou tinham rendimentos inferiores a 501€ mensais. No grupo-fumadores 48,61% apresentaram 6 anos ou menos de educação e 28,3% 9 anos de educação. A maior taxa de tabagismo entre ambos os sexos foi o grupo etário 40-54 (49,4%) e faixa etária 25-39 (43%). A média do consumo de cigarros por dia foi de 18,82 e 43,8% fumavam 20 cigarros por dia. Na variável consumo diário de cigarros, 16,3% eram fumadores leves, 22,3% eram fumadores moderados e 61,4% eram fumadores pesados. A maior taxa de tabagismo entre homens e mulheres foi no grupo de fumadores pesados (67,6% e 44,9%).

Conclusões: As elevadas taxas de consumo de tabaco apresentaram uma necessidade urgente de intervenções de controlo do tabaco específicas da população infectada pelo VIH, a qual apresenta uma maior prevalência de factores de risco para o cancro do pulmão. Caso não haja uma política incisiva a este problema Portugal não irá atingir a redução de tabagismo alvo da OMS, especialmente nesta população de risco.

Palavras chave: *Cigarro. Tabagismo. Tabaco. Cancro do pulmão. VIH.*

P-128. VALIDAÇÃO DA ESCALA OSA50 EM PACIENTES REFERENCIADOS POR SUSPEITA DE SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

T. Pequito, M. Pereira, A.C. Lutas, S. Furtado, R. Staats, J. Valença, M. Grafino

Serviço de Pneumologia, Hospital da Luz Lisboa.

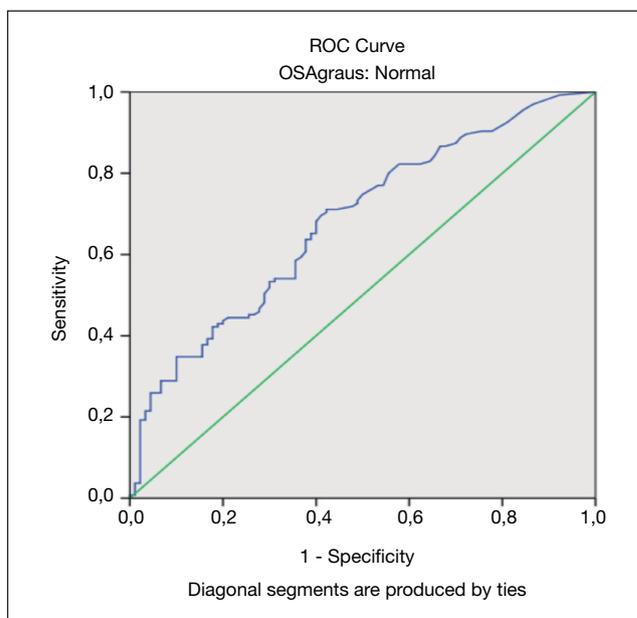
Introdução: A SAOS é uma patologia com elevada prevalência associada a uma redução da qualidade de vida, ao aumento da morbidade de múltiplas doenças cardiovasculares assim como ao aumento da mortalidade e de acidentes rodoviários e laborais. A utilização de escalas para avaliar a predisposição para o desenvolvimento de SAOS tem como objetivo simplificar o diagnóstico desta patologia. A escala OSA50 é uma escala com um máximo de 10 pontos baseada em 4 fatores: Perímetro abdominal (homens > 102 cm e mulheres > 88 cm) - 3 pontos. Ressonar - 3 pontos. Apneias - 2 pontos. Idade superior a 50 anos - 2 pontos.

Objectivos: O presente estudo pretende verificar a validade da escala OSA50 como preditor de SAOS através da correlação estatística com os resultados obtidos no RPSCR.

Métodos: Estudo retrospectivo compreendendo uma amostra de 832 indivíduos com queixas sugestivas de SAOS e/ou sinais indiretos de presença de patologia (p.e. HTA noturna), sendo seguidamente avaliados através de RPSCR entre Outubro 2014 e Setembro de 2015. No tratamento estatístico utilizaram-se o teste de *Pearson* e curvas ROC, com o auxílio da ferramenta informática IBM SPSS Statistics 21, para avaliar a correlação entre as variáveis, com um nível de significância $\alpha < 0.001$.

Resultados: A amostra foi composta por 61,4% de indivíduos do sexo masculino e 38,6% do sexo feminino. A média de IMC foi de 31,22 kg/m², de perímetro abdominal foi de 105,1 cm e de perímetro do pescoço foi 40,9 cm. Aproximadamente 66,0% da amostra apresentou um RPSCR positivo (266 registos de gravidade ligeira, 149 moderada e 134 grave), com IAH médio de 15,23/h, IAH em decúbito dorsal médio de 22,02/h. O índice de dessaturação médio foi de 14,38/h e a percentagem média do T90 foi de 9,74%. No que diz respeito à escala OSA 50 foi encontrada correlação positiva fraca com o IAH, assim como acontece no caso da ESS e do questionário STOP-BANG. A escala OSA50 correlaciona-se de forma positiva principalmente com o IAH em decúbito dorsal e ID. Após se ter categorizado o IAH (normal, SAOS ligeira, SAOS moderada e SAOS grave), observou-se valores da escala OSA50 abaixo de 5 apresentam uma correlação positiva fraca com a ausência de SAOS.

Correlação de IAH com	Valor p	Coefficiente R
OSA 50	0,001	0,147
Epworth Sleep Scale	0,001	0,148
Escala STOP-BANG	0,001	0,418
Correlação de OSA50 com	Valor p	Coefficiente R
IAH decúbito dorsal	0,001	0,130
ID	0,001	0,180
T90	0,002	0,109
IAH normal	0,001	0,216
SAOS ligeira	0,216	0,076
SAOS moderada	0,010	0,211
SAOS grave	0,861	-0,015
Area Under de Curve ^a		
Test Result Variable(s): IAH		
Area	Std. Error ^b	Asymptotic Sig. ^c
0.681	0.036	0.000
Asymptotic 95% Confidence interval		
0.610-0.751		
The test result variable(s): IAH has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistic may be biased ^a . ^a OSA50: normal. ^b Under the nonparametric assumption. ^c Null hypothesis: true area: 0.5.		



Conclusões: Na amostra com provável SAOS avaliada através de RPSCR, a escala OSA50 não apresenta um valor preditivo significativo com nenhum dos parâmetros estudados. Resultados negativos apresentam uma correlação positiva com a ausência de patologia, e por isso, podem ser úteis a distinguir doentes que tenham de realizar estudos mais completos para a esclarecimento dos sintomas.

Palavras chave: OSA50. Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Registo poligráfico do sono cardio-respiratório (RPSCR). Índice de massa corporal (IMC). Perímetro abdominal. Perímetro do pescoço. Epworth Sleep Scale (ESS). Questionário de STOP-BANG. Índice de apneia-hipopneia (IAH). Índice de dessaturação (ID). Percentagem do tempo total de sono com saturação inferior a 90% (T90).

P-129. IMPACTO DO TRATAMENTO COM PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NA VIA AÉREA NOS PARÂMETROS ERITROCITÁRIOS E PLAQUETÁRIOS NOS DOENTES COM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

R. Marçôa¹, R. Linhas¹, A. Feliciano², A. Cysneiros², R.P. Basto², C. Martinho², E. Nabais², P. Pinto^{2,3,4}, D. Penque⁵, C. Bárbara^{2,3,4}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ⁴Instituto de Saúde Ambiental. ⁵Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) está associada a um risco cardiovascular aumentado, que diminui com o tratamento com pressão positiva contínua na via aérea (CPAP). O volume plaquetário médio (MPV), a dispersão dos volumes plaquetários (PDW) e a dispersão dos volumes eritrocitários (RDW) têm sido associados a um risco cardiovascular. A informação sobre a influência do tratamento com CPAP nestes parâmetros é limitada. O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito do tratamento com CPAP nos parâmetros eritrocitários e plaquetários dos doentes com SAOS. **Métodos:** Realizou-se um estudo prospetivo que incluiu homens com SAOS diagnosticada por polissonografia nível 1 e que foram submetidos a tratamento com CPAP. Registaram-se e compararam-se os parâmetros eritrocitários e plaquetários antes do CPAP e 6 meses após tratamento com CPAP.

Resultados: Incluíram-se 48 doentes (idade média 47 ± 10 anos), 23 com SAOS ligeira/moderada e 25 com SAOS grave. Verificou-se uma redução na média dos níveis de hemoglobina, contagem eritrocitária, hematócrito e contagem plaquetária nos 6 meses após tratamento com CPAP em comparação com a avaliação base ($p < 0,0001$; $p < 0,0001$; $p = 0,001$; $p < 0,0001$; respetivamente). Os valores médios da contagem eritrocitária, hematócrito e contagem plaquetária diminuíram significativamente após tratamento com CPAP tanto no grupo dos doentes com SAOS ligeira/moderada ($p = 0,004$; $p = 0,031$; $p = 0,002$; respetivamente), como naqueles com SAOS grave ($p = 0,005$; $p = 0,008$; $p = 0,018$; respetivamente). Após 6 meses de CPAP verificou-se um aumento na média do RDW nos dois grupos de gravidade de SAOS e uma diminuição na média do PDW e do MPV nos doentes com SAOS grave; embora sem significado estatístico.

Conclusões: Verificou-se uma alteração significativa a nível dos parâmetros eritrocitários e plaquetários após 6 meses de tratamento com CPAP nos doentes com SAOS, que pode estar relacionada com o efeito cardioprotector do CPAP. Os parâmetros referidos são fáceis de obter e podem ser usados no seguimento de doentes com SAOS sob CPAP.

Palavras chave: Parâmetros eritrocitários. Parâmetros plaquetários. SAOS. CPAP.

P-130. APLICABILIDADE E ADAPTAÇÃO A DOIS NOVOS MODELOS DE INTERFACE PARA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIA. ESTUDO PILOTO

E. Padrão, M.R. Gonçalves, M. Drummond

Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A taxa de sucesso da ventilação não invasiva domiciliária (VNI) está relacionada com a tolerância à interface, que inclui a prevenção de lesões faciais e o controlo eficaz de fugas. Deste modo, é fundamental o desenvolvimento de novos modelos de interfaces.

Objectivos: Testar a aplicabilidade e eficácia de 2 novos modelos de interface para VNI recentemente disponibilizados no mercado. Avaliar o grau de satisfação e aceitação destes modelos por parte de um grupo de doentes sob VNI.

Métodos: Estudo prospetivo, para o qual foram consecutivamente selecionados doentes sob VNI > 8 h/dia, que apresentavam alguma complicação ou intolerância relacionada com a interface instituída. Foi proposta a alteração do tipo de interface para 2 novos modelos com *design* e forma inovadores: *DreamWear*[®] (máscara nasal, de contacto mínimo através de almofada sob o nariz) e *Amara View*[®] (máscara facial, de contacto mínimo sob o nariz). Para cada parâmetro de conforto e adaptação ao novo modelo de interface, o grau de satisfação foi avaliado em 4 níveis: muito insatisfeito (MI), insatisfeito (I), satisfeito (S), muito satisfeito (MS). Foi ainda avaliada a fuga de ar e a percepção estética da máscara (sim/não).

Resultados: Foram incluídos 14 doentes, com idade mediana de 50,5 anos (mínimo de 13 e máximo de 83), sendo 57,1% ($n = 8$) do sexo masculino. 71,4% ($n = 10$) apresentavam doença neuromuscular e os restantes apresentavam mucopolissacaridose tipo IV, síndrome pterígios múltiplos tipo escobar, défice grave de alfa 1-antitripsina e bronquiectasias. A mediana do tempo sob VNI foi de 39,5 meses (IIQ 54,3), sendo que 6 doentes (42,9%) se encontravam sob VNI contínua e os restantes com mediana de uso diário de 13 horas (adesão: 100% dos dias). A IPAP e EPAP média foi de $22,6 (\pm 4,7)$ cmH₂O e $6 (\pm 1,5)$ cmH₂O, respetivamente. Média de SatO₂ noturna sob VNI foi de $94,8 (\pm 1,7)\%$, com tempo médio $< 90\%$ de $2,8 (\pm 3)\%$. 11 doentes (78,6%) revelaram presença de lesão no dorso do nariz e verificou-se a existência de fuga significativa em 5 pacientes (35,7%). Foi alterada a máscara para o modelo *DreamWear*[®] ($n = 9$) e para a *Amara View*[®] ($n = 5$). Todos os doentes se mostraram muito satisfeitos com o conforto e leveza da máscara. Em relação aos

restantes parâmetros a percepção mantém-se com elevado grau de satisfação - conforto do arnés: $n = 10$ MS, $n = 4$ S; estabilidade da máscara: $n = 6$ MS, $n = 8$ S; vedação proporcionada: $n = 10$ MS, $n = 4$ S; facilidade no ajuste da máscara; $n = 8$ MS, $n = 6$ S; facilidade de limpeza: $n = 7$ MS, $n = 5$ S; $n = 2$ I; interferência no campo de visão: $n = 12$ MS, $n = 2$ S. Nenhum doente referiu fuga significativa com a nova interface e todos a consideraram esteticamente atrativa. Não houve registo de lesões nasais ou outras complicações relacionadas com a nova interface (tempo médio de $3,1 \pm 1,7$ meses).

Conclusões: Apesar da grande heterogeneidade de diagnósticos e amplo espectro de idade desta amostra de doentes, estas interfaces revelaram ter uma excelente aceitação por parte dos doentes dependentes de VNI, bem como eficiente aplicabilidade, mesmo em doentes totalmente dependentes de VNI. Assim, poderá ser possível uma melhor tolerância, com menor risco de complicações nesta população.

Palavras chave: Ventilação não invasiva. Interface.

P-131. ESTUDO PROSPETIVO PARA AVALIAR A ACUIDADE DO AUTOCAPAP A CORRIGIR O ESFORÇO RESPIRATÓRIO: AUTOCAPAP VS CPAP

M. Sousa, M. Ferreira, F. Teixeira, J. Moita

Centro Hospitalar Tondela Viseu, Centro de Medicina do Sono.

Introdução: Nas últimas décadas, o AutoCPAP assumiu um papel de destaque, apoiado na assunção de que teria uma eficácia semelhante ao CPAP com pressão fixa, com a vantagem de administrar pressões mais baixas, tornando-o mais confortável e melhorando a adesão e os benefícios a longo prazo. Contudo, alguns estudos demonstraram que o AutoCPAP apresenta falhas na deteção e controlo da apneia de sono em alguns doentes. Na prática clínica, nós observamos empiricamente que, em alguns doentes, particularmente no subgrupo com predomínio de esforço respiratório, o AutoCPAP apresenta falhas na correção de eventos e no controlo da sintomatologia. Na literatura, não existe ainda evidência a sustentar esta observação. O algoritmo do modelo S9 do AutoCPAP, segundo os fornecedores, tem a capacidade de detetar e corrigir este tipo de eventos respiratórios. Neste sentido, e com o objetivo de perceber qual a acuidade do AutoCPAP em controlar o esforço respiratório, desenvolveu-se um estudo prospetivo no qual os doentes serão tratados sequencialmente com estas duas modalidades. Em última instância, pretende-se perceber qual a melhor modalidade para tratar este tipo de doentes.

Métodos: Incluímos doentes com um respiratory disturbance index (RDI) > 15 e com predomínio de esforço respiratório (RERAS $> 50\%$ dos eventos). Todos iniciaram AutoCPAP (ResMed AutoSet S9) e 3 meses depois realizaram uma polissonografia para avaliar a sua acuidade a detetar e tratar os eventos respiratórios. Depois, foram submetidos a uma PSG para aferição de pressão fixa e mudaram para esta modalidade. Três meses depois, realizaram nova PSG com CPAP. Depois de cada PSG, todos os doentes foram avaliados clinicamente.

Resultados: Sete doentes completaram o protocolo. O RDI médio foi de $32,7 \pm 13,2$ e o número médio de RERAS foi $125,6 \pm 41,7$. Na PSG com AutoCPAP o RDI foi $3,9 \pm 2,8$ e a média de RERAS $23,3 \pm 13,4$. Houve uma redução destes parâmetros em todos os doentes, mas 3 mantendo RDI $> 5/h$, com > 25 RERAS por noite. Clinicamente, todos mantiveram os seus principais sintomas, de fadiga e sonolência diurna. Na PSG com CPAP fixo o RDI foi de $1,1 \pm 1,7$ e o número médio de RERAS de $0,6 \pm 1,5$. Houve uma redução significativa destes parâmetros em todos os doentes, do basal e da PSG com AutoCPAP. Todos apresentavam RDI < 5 , com menos de 5 RERAS por noite. A maioria dos doentes ($n = 5$) referiu uma melhoria ligeira dos sintomas, preferindo esta última modalidade.

Conclusões: No estudo apresentado, ambas as modalidades foram eficazes a tratar a apneia de sono e os RERAS. Contudo, o CPAP com

uma pressão fixa demonstrou vantagem na correção do esforço respiratório e controlo dos sintomas e a maioria dos doentes preferiu manter-se com esta modalidade. Conclui-se, portanto, que o CPAP fixo poderá ser uma melhor opção em alguns destes casos.

Palavras chave: RERAS. AutoCPAP.

P-132. SEGUIMENTO DA SAOS EM CONSULTA DEDICADA: CORRELAÇÃO CLÍNICA E ANALÍTICA

C. Couto, A.C. Gomes, V. Ribeiro, J.R. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma patologia de incidência crescente e constitui um importante factor de risco cardiovascular (FRCV) com impacto significativo a nível cardiorrespiratório, cognitivo, metabólico e inflamatório e com consequências na morbi-mortalidade dos doentes. A gravidade da patologia pode ser aferida com base no índice de apneia-hipopneia obtido na polissonografia (PSG).

Objectivos: Avaliar doentes com diagnóstico de SAOS seguidos em consulta dedicada. Correlacionar parâmetros clínicos e de exames complementares de diagnóstico (polissonografia, estudo analítico) com a gravidade de SAOS.

Métodos e resultados: Estudo retrospectivo, incluindo 40 doentes (n = 40) com SAOS, idade $69 \pm 10,8$ anos, Índice de Massa Corporal (IMC) $34,8 \pm 6,7$, 21,9% do sexo feminino. FRCV: 82,5% com dislipidemia (DLP), 50% com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) dos quais 95% sob antidiabéticos orais, 90% com hipertensão arterial (HTA), 11,4% fumadores activos (FM) e 60% ex-fumadores (ExFM). HbA1c $6,1 \pm 2,2\%$. Gravidade de SAOS com base no índice apneia-hipopneia (IAH): 52,5% grave, 22,5% moderado, 22,5% ligeiro. 70% dos doentes sob ventilação não invasiva com pressão positiva fixa ou autoajustável (CPAP/APAP); 17,5% ventilados não invasivamente com pressão positiva binível (BiPAP). O IAH associou-se com aumento do valor de NT-proBNP ($r = 0,55$, $p = 0,015$), mas não como valor de HbA1c ($r = 0,375$, $p = 0,256$). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre IAH e nenhum dos FRCV investigados individualmente, contudo existe associação entre número absoluto de FRCV e o valor de IAH ($r = -0,45$, $p = 0,004$). A HbA1c esta relacionada com a% de tempo SpO₂ < 90% ($r = 1$, $p < 0,001$) e índice de dessaturação ($r = 1$, $p < 0,001$). Não se encontraram associações entre o valor de IAH e a pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP) - ($r = 0,032$, $p = 0,881$).

Conclusões: A gravidade de SAOS de acordo com o IAH esta associada a um aumento do IMC (traduzindo pré-obesidade e obesidade,) número absoluto de FRCV e valores aumentados de NT-proBNP sérico e inversamente relacionada com o valor de HbA1c, podendo traduzir uma das consequências metabólicas da SAOS - insulino-resistência.

Palavras chave: Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Polissonografia. Índice de apneia hipopneia do sono.

P-133. APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E HIPERSONOLÊNCIA. UMA DIFÍCIL RELAÇÃO DE CAUSA-EFEITO - ESTUDO BASEADO EM TESTES PUPILOGRÁFICOS DE SONOLÊNCIA

A.F. Matos, R. Staats, S. Moreira, D. Fernandes, P. Pinto, J. Valença, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A hipersonolência diurna é um sintoma comum em pacientes com apneias obstrutivas do sono (OSA). Não existe, no entanto, correlação óbvia entre a gravidade das apneias e o grau de hipersonolência. Neste estudo, foi analisada a relação entre os vários parâmetros medidos na polissonografia (PSG) e o grau de

hipersonolência, subjectiva ou objectiva, medido respectivamente, por escalas ou testes pupilográficos de sonolência (PST).

Métodos: Foram incluídos os últimos 50 doentes analisados no laboratório do sono (6 do género feminino e 44 do género masculino). Após a PSG, todos os doentes indicaram a sua percepção de sonolência utilizando a escala de sonolência de Stanford (SSS), escala de sonolência Epworth (ESS) e escala visual analógica (VAS). A pupilografia foi aplicada como avaliação objectiva da sonolência. Paralelamente ao índice total de movimento lento da pupila (PUI), como valor padronizado de sonolência, foi analisada a % de tempo em que o índice esteve dentro dos valores da normalidade (%PUI 0-6,5), valores marginais (%PUI 6,6-9,7) e patológicos (%PUI $\geq 9,8$). Os doentes foram divididos em grupos com ou sem hipersonolência de acordo com os resultados da ESS ou do PUI ($\geq 10 / < 9$ ou PUI $\geq 9,8 / < 9,8$ respectivamente). Os resultados foram analisados no SPSS (versão 20), sendo usado um nível de significância de 5% na aplicação de testes estatísticos.

Resultados: Constatou-se aumento do PUI em 20 doentes (40%), 12 destes (24%) com PUI $\geq 9,8$. 17 doentes (34%) apresentaram valores ≥ 10 na ESS e 3 (6%) valores elevados na SSS. Não foi verificada correlação directa entre os valores do PST e das escalas de percepção de sonolência. Foi, no entanto, constatada fraca correlação entre o PUI $\geq 9,8$ e os valores da VAS ($r = 0,35$; $p = 0,013$). Os vários parâmetros analisados da polissonografia (tempo total de sono, % de sono N3 e sono R, índice de apneia/hipopneia (AHI), índice de distúrbios respiratórios do sono (RDI) e índice de dessaturação) não foram significativamente diferentes entre os grupos com e sem hipersonolência. Foi analisada a sonolência subjectiva e objectiva em doentes com AHI < 5 e $\geq 30/h$ (n = 10 em ambos), não diferindo significativamente os valores de PST e das escalas da sonolência, em ambos os grupos. De facto, nesta amostra, os doentes com AHI $\geq 30/h$ apresentaram valores discretamente inferiores de sonolência relativamente aos com AHI < 5 (PUI $4,95 \pm 3,94$ vs $6,70 \pm 3,32$ e ESS $5,60 \pm 1,55$ vs $7,40 \pm 4,19$, respectivamente).

Conclusões: Vários estudos demonstraram aumento da sonolência em pacientes com OSA. No entanto, o mecanismo preciso da sonolência não está ainda completamente compreendido. Não está esclarecido o facto de alguns doentes com doença grave não apresentarem hipersonolência. Doentes com distúrbios do sono apresentam por vezes dificuldade na distinção entre fadiga e sonolência, o que poderá explicar a falta de correlação entre sonolência subjectiva e objectiva, apresentada neste estudo. O trabalho mostra que mesmo situações graves de OSA não estão obrigatoriamente associadas a hipersonolência diurna, carecendo os resultados de validação num estudo de maiores dimensões.

Palavras chave: Apneia obstrutiva do sono. Hipersonolência. Pupilografia.

P-134. RELAÇÃO ENTRE DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS E SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

C. Ornelas¹, A. Carreiro², A. Domingos², R. Reis², L. Frias², A. Miguel², C. Pavão²

¹Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa. ²Serviço de Pneumologia, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma entidade frequente e vários estudos têm reportado a sua maior prevalência em doentes com doenças pulmonares obstrutivas crónicas, nomeadamente asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e síndrome de sobreposição asma/DPOC. Este trabalho teve como objetivo caracterizar a relação entre estas duas patologias em adultos.

Métodos: Estudo prospetivo, que incluiu todos os doentes referenciados para realização de estudo poligráfico/polissonografia por

suspeita de SAOS, no Serviço de Pneumologia do Hospital do Divino Espírito Santo, entre 1 Novembro 2015 e 31 Janeiro 2016. Todos os doentes responderam a um questionário (avaliação de sintomas sugestivos de SAOS, asma/DPOC e comorbilidades) e realizaram estudo funcional respiratório (EFR). Estes resultados foram posteriormente relacionados com os do estudo poligráfico/polissonografia, através do teste do qui-quadrado e coeficiente de correlação de Spearman.

Resultados: 55 doentes participaram neste estudo (60% género masculino, idade média $56,62 \pm 13,99$ anos). As principais comorbilidades verificadas foram hipertensão arterial (HTA) (60%), tabagismo (60%), refluxo gastro-esofágico (56%), rinite/sinusite (56%), obesidade (55%) e síndrome depressiva (33%). Relativamente a queixas sugestivas de SAOS, as mais frequentes foram roncopatia (89%), cansaço matinal (73%), apneia (67%) e sensação de asfixia noturna (62%). A pontuação média obtida através do preenchimento da Escala de Sonolência de *Epworth* foi de $10,16 \pm 6,09$. Todos os doentes realizaram estudo poligráfico, com índice apneia-hipopneia (IAH) médio de $16,80 \pm 17,19/h$, com 40% com IAH $> 15,0/h$ e 16% com IAH $> 30,0/h$. Relativamente a queixas respiratórias, 62% apresentavam frequentemente tosse, 60% opressão torácica e 55% pieira e dispneia, sendo que 16 doentes (29%) tinham diagnóstico prévio de doença pulmonar obstrutiva (10 de asma e 6 de DPOC). Quanto aos resultados do EFR, 18 doentes (33%) apresentaram critérios de obstrução brônquica, tendo 6 prova de broncodilatação positiva. Não se constataram correlações significativas entre o IAH e as queixas sugestivas de SAOS (incluindo Escala de Sonolência de *Epworth*) e respiratórias. Relativamente às comorbilidades, o IAH correlacionou-se com a obesidade, rinite/sinusite, HTA, diabetes, síndrome depressiva e cardiopatia isquémica, com valores estatisticamente significativos para a diabetes ($p 0,02$) e a obesidade ($p 0,0239$). O resultado do EFR correlacionou-se com as queixas de dispneia, embora o diagnóstico prévio tenha sido a única correlação significativa ($p 0,0026$). Obtiveram-se também correlações significativas entre alterações no EFR e hábitos tabagicos ($p 0,0138$), rinite/sinusite ($p 0,0163$), diabetes ($p 0,0241$), cardiopatia isquémica ($p 0,02$), queixas de roncopatia ($p 0,0051$) e cansaço matinal ($p 0,0461$). Não se verificou correlação estatisticamente significativa entre o IAH e o resultado do EFR.

Conclusões: Verificou-se que o IAH não se correlacionou com nenhuma queixa sugestiva de SAOS, o que poderá traduzir uma avaliação subjetiva e eventual sobrevalorização das queixas pelos doentes. Apesar de não ter havido uma associação significativa entre o IAH e o resultado do EFR, constatou-se uma elevada frequência de queixas respiratórias obstrutivas e inclusive de doentes com diagnóstico conhecido de asma e/ou DPOC, tendo-se verificado correlação entre o EFR e queixas de roncopatia e cansaço matinal. Importante, também, destacar o papel das comorbilidades, nomeadamente a obesidade e a diabetes, nestas doenças respiratórias.

Palavras chave: Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Asma. Doença pulmonar obstrutiva crónica.

P-135. DISPERSÃO DOS VOLUMES ERITROCITÁRIOS E A GRAVIDADE DA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO - QUAL A RELAÇÃO?

R. Linhas¹, R. Marçôa¹, A. Feliciano², A. Cysneiros², R.P. Basto², C. Martinho², A.M. Silva², P. Pinto^{2,3,4}, D. Penque⁵, C. Bárbara^{2,3,4}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ⁴Instituto de Saúde Ambiental. ⁵Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) apresenta uma componente inflamatória sistémica. A dispersão dos volumes eritrocitários (RDW) influencia a ativação plaquetária tendo

emergido como um biomarcador de inflamação relacionada com morbidade e mortalidade cardiovascular. Na literatura, a informação sobre a relação entre RDW e gravidade da SAOS é escassa.

Objectivos: Avaliar a relação entre os parâmetros eritrocitários e plaquetários e a gravidade da SAOS.

Métodos: Estudo prospetivo que incluiu homens submetidos a polissonografia e com o diagnóstico de SAOS. Foram excluídos doentes com anemia, cancro, movimentos periódicos dos membros durante o sono e apneia central. Analisaram-se parâmetros clínicos, polissonográficos e laboratoriais.

Resultados: Incluíram-se 73 doentes com idade mediana de 47 anos (min-máx 26-60). Trinta e seis doentes (49,3%) apresentavam SAOS ligeira e 37 doentes (50,7%) apresentavam SAOS moderada/grave. A RDW mediana aumentou significativamente com a gravidade da SAOS [ligeira = 13,2 (IQR 11,9-14,2) vs moderada/grave 13,7 (IQR 12-14,7) ($p = 0,029$)]. Os valores do hematócrito, volume de distribuição plaquetária e do volume plaquetário médio também aumentaram com o aumento da gravidade da SAOS, no entanto sem significado estatístico. A RDW mostrou uma correlação positiva com o índice de distúrbios respiratórios, o índice de dessaturação de oxigénio, tempo com saturação arterial abaixo de 90% e saturação mínima de oxigénio.

Conclusões: Verificou-se uma associação entre a RDW e a gravidade da SAOS. Assim, este parâmetro poderá tornar-se um marcador da gravidade da doença e, sendo obtido através de uma análise sanguínea simples e barata, poderá vir a ser usado para priorizar os doentes que se encontram em lista de espera para polissonografia.

Palavras chave: SAOS. RDW.

P-136. APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E DOENÇA PULMONAR DIFUSA: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA

A.V. Cardoso¹, N. Pereira², V. Santos¹, P. Caetano Mota^{1,2}, N. Melo¹, A. Morais^{1,2}, M. Drummond^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João.

²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: Estudos recentes têm demonstrado uma incidência aumentada de apneia obstrutiva do sono (AOS) nos doentes com doença pulmonar difusa (DPD). Nas orientações atuais da fibrose pulmonar idiopática (FPI), a AOS é reconhecida como uma importante comorbilidade que pode afetar a sobrevida dos doentes.

Objectivos: Avaliar a prevalência de AOS nos doentes com DPD fibrótica e comparar a qualidade de vida entre os doentes com e sem esta comorbilidade.

Métodos: Foram incluídos doentes com DPD fibrótica estável, com exclusão daqueles com índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 Kg/m² ou com patologia significativa das vias aéreas superiores. Todos realizaram polissonografia nível III, provas funcionais respiratórias, preencheram a escala de sonolência de *Epworth* (ESS) e vários questionários de avaliação de qualidade de vida [Índice da Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI); Escala de Severidade da Fadiga (FSS); Questionário do Estado de Saúde (SF-36); e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)].

Resultados: Onze doentes foram incluídos (6 homens e 5 mulheres; média de idades: $68,5 \pm 13,2$ anos; IMC médio: $25,9 \pm 2,9$ Kg/m²) com o diagnóstico de DPD associada a doença do tecido conjuntivo ($n = 7$), FPI ($n = 3$) e DPD associada a vasculite ($n = 1$). As percentagens médias dos valores previstos de FVC, FEV1 e TLC estavam dentro do limite da normalidade, exceto DLCO que estava ligeiramente diminuída, O valor médio na ESS foi $7,2 \pm 6,3$ (3 doentes com ESS > 10). AOS foi diagnosticada em 7 doentes (63,6%) (5 AOS ligeira e 3 AOS moderada a grave). Apenas 2 doentes (com IAH $\geq 15/h$) iniciaram tratamento com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). A avaliação da qualidade de vida, através dos questionários PSQI, FSS, SF-36 e HADS, revelou que os doentes com DPD fibrótica

e AOS têm, tendencialmente, níveis de qualidade de vida inferiores aos que não têm esta comorbidade.

Conclusões: Neste estudo a prevalência de AOS nos doentes com DPD fibrótica foi de 63,6% e a ESS não se revelou uma boa ferramenta para fazer o seu rastreio. A presença desta comorbidade associou-se a pior qualidade de vida.

Palavras chave: Doença pulmonar difusa. Apneia obstrutiva do sono. Comorbidade. Qualidade de vida.

P-137. BRONQUIOLITE E A REPERCUSSÃO NA FUNÇÃO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

T. Abrantes, J. Silva, M. Sousa, V. Melo, J. Vale, A. Bento, S. Torres
Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: As doenças dos bronquíolos ocorrem desde as vias aéreas bronquiolares até aos ductos alveolares e alvéolos. Em termos clínicos, a patologia bronquiolar pode classificar-se em doença das vias aéreas ou do interstício.

Caso clínico: Homem, 19 anos, estudante de hotelaria, não fumador, com antecedentes pessoais de pneumonia com necessidade de ventilação mecânica em 1997, pneumonia em 2007, infecções respiratórias de repetição e cifoescoliose, medicado com formoterol 12 ug 2id e montelucaste 10 mg. Transferido da CE de Pediatria. Queixas de dispneia de esforço e pieira ocasional com o exercício, rinorreia anterior e crises esternutatórias na Primavera. EO sem alterações. TC-tórax 2007 com aspectos sugestivos de bronquiólite, sem bronquiectasias e espirometria de 2014 com síndrome obstrutiva moderadamente grave (VEMS 60%). Na CE Pneumologia, realizou TC-tórax em 2015 que revelou múltiplas bronquiectasias cilíndricas de predomínio central e algumas bronquiolectasias, com espessamento das paredes brônquicas, atenuação da densidade pulmonar sobretudo à direita e base esquerda e opacidades “tree-in-bud” na língua e no lobo inferior direito. Estudo funcional respiratório (EFR) mostrava síndrome obstrutiva grave (VEMS 48%) e hiperinsuflação (CPT 126%; VR 254%) com DLCO normal. Prick test positivo para gramíneas. Estudo analítico sem alterações de relevo. Alterada inaloterapia para budesonida 320 ug/formoterol 9 ug 2id e iniciou corticóide intranasal, com melhoria clínica. Realizou videobroncofibroscopia (VBF): sem alterações macroscópicas. LBA com baixa celularidade, não sendo possível estudo das populações celulares. Isolamento de Haemophilus influenzae e cultura micobactérias negativa. Realizadas biópsias transbrônquicas cujo resultado revelou espessamento dos eixos alveolares formando esboços de nódulos com infiltrado inflamatório de tipo crónico, favorecendo a hipótese clínica de bronquiólite obliterante. Reavaliado em CE em 2016: sem queixas respiratórias e EFR com síndrome obstrutiva moderadamente grave (VEMS 53%) com BD negativa, mantendo hiperinsuflação. Foi associado brometo de glicopirrónio 44 ug.

Discussão: Bronquiólite obliterante é uma forma rara de doença pulmonar obstrutiva crónica. Em doentes não-transplantados, a infecção por adenovirus constitui a principal causa. A biópsia pulmonar transbrônquica é frequentemente inadequada para estabelecer o diagnóstico definitivo. Contudo, no caso descrito contribuiu para a confirmação do diagnóstico clínico. O tratamento é maioritariamente de suporte e o prognóstico relacionado com a causa e gravidade do insulto inicial.

Palavras chave: Bronquiólite. Obliterante. Síndrome obstrutiva. Bronquiectasias.

P-138. DOENÇAS GRANULOMATOSAS DO PULMÃO: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

A.C. Alves Moreira, J. Roldão Vieira, J. Soares

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O autor apresenta dois casos clínicos com história epidemiológica comum e curso clínico, imagiológico e imunológico semelhantes, que refletem o desafio no diagnóstico diferencial e abordagem terapêutica das doenças granulomatosas pulmonares, no caso, silicose e sarcoidose.

Casos clínicos: O primeiro caso refere-se a homem de 47 anos, não fumador, com exposição profissional a pó de sílica (pedreiro há 27 anos) e antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular permanente e exposição a tuberculose pulmonar no passado. Iniciou quadro de toracalgia esquerda e dispneia (MMRC 1) com 1 ano de evolução e progressivo agravamento. A tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciou adenopatias calcificadas retrocava e pré-traqueais, hilar direita e infracarinais e padrão microretículo-nodular no lobo médio e nos lobos inferiores. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes na expetoração e prova de mantoux foram negativas. No estudo analítico destacava-se elevação da ECA (127 UI/L, para valores de referência 8-52 UI/L). Broncofibroscopia (BF) sem alterações à excepção de antracose brônquica. Realizado lavado broncoalveolar (LBA) com citometria compatível com alveolite linfocitária (44%) e elevação da relação CD4+/CD8+ de 4.45. O estudo citopatológico do LBA evidenciou partículas refringentes consistentes com cristais de quartzo/sílica. Exame microbiológico e micobacteriológico das secreções brônquicas (SB) e LBA negativo. Estudo histológico demonstrou granulomas não necrotizantes de tipo sarcóide, peribrônquicos, aspectos consistentes com sarcoidose. O segundo caso é respeitante a homem de 39 anos, fumador (25 unidades-maço/ano), com exposição profissional a pó de sílica (corte de mármore há 13 anos), que manifestou quadro clínico insidioso de tosse produtiva matinal, dispneia (MMRC 1), pieira e astenia com 4 anos de evolução. Na TC torácica foram visíveis extensas alterações inflamatórias do parênquima e formações ganglionares mediastínicas e hilares parcialmente calcificadas. Destacava-se o doseamento de ECA de 123 UI/L. A BF evidenciou alterações inflamatórias inespecíficas. Não foi possível a realização de LBA para citometria. A biópsia brônquica demonstrou granulomatose necrotizante consistente com etiologia tuberculosa pelo que cumpriu tuberculostática (durante 9 meses) sem melhoria clínica ou radiológica. Nesse contexto foi realizada toracosscopia com biópsias que evidenciaram a presença de pigmento antracótico na superfície pulmonar, micronódulos e nódulos pleurais e múltiplos granulomas de tipo sarcóide, sem material birrefringente. A cintigrafia corporal total com Ga-167 foi compatível com patologia inflamatória pulmonar difusa e o estudo da Permeabilidade Epitelial Pulmonar (PEP) revelou lesão difusa do epitélio alveolar, a favor de doença inflamatória pulmonar difusa em atividade. Foi realizada nova TC torácica que colocou em evidência infiltrados pulmonares bilaterais associados a padrão micronodular com adenopatias milimétricas calcificadas no mediastino e hilos pulmonares. Em ambos os casos foi iniciada corticoterapia sistémica. No primeiro caso a evolução clínica e radiológica ainda se encontra em avaliação, após 5 meses de corticoterapia. O segundo doente cumpriu terapêutica durante 2 anos, com resposta favorável do ponto de vista clínico e radiológico, actualmente estável sem corticoterapia.

Palavras chave: Silicose. Sarcoidose. Alveolite linfocítica. Granuloma. Corticoterapia.

P-139. SILICOTUBERCULOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J.M. Pereira Eusébio, D. Duarte, C. Araújo, C.C. Cardoso, A. Domingos

Serviço de Pneumologia, Unidade de Torres Vedras-CHO.

Introdução: A silicose, a mais prevalente das pneumoconioses, é uma doença pulmonar fibrosante provocada pela inalação e deposição de partículas de sílica cristalina e pode apresentar-se de duas formas distintas: aguda ou crónica. Além da sua importância como

doença ocupacional, a silicose associa-se a um risco aumentado de desenvolvimento de diversas comorbidades, entre elas a tuberculose.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 63 anos, do sexo masculino, trabalhador da indústria do mármore durante cerca de 40 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes, referenciado pelo médico de família à consulta de pneumologia por suspeita de silicose. O doente tinha queixas, desde há cerca de dois meses, de tosse seca e dispneia para grandes esforços, e fazia-se acompanhar de uma radiografia do tórax com várias opacidades arredondadas de limites irregulares, de predomínio nos lobos superiores e nas regiões peri-hilares. Na consulta realizou TC torácica que confirmou estas alterações, evidenciando ainda um esboço de cavitação na opacidade de maior dimensão, peri-hilar direita. O doente realizou então broncofibroscopia, com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis complex* em exame directo e cultural do lavado broncoalveolar. Neste contexto, admitiu-se o diagnóstico de silicotuberculose e iniciou-se terapêutica com HRZE, que o doente cumpriu durante 4 meses, até negatização das culturas. Na totalidade, o doente cumpriu 11 meses de terapêutica anti-bacilar, com evolução clínica favorável. Num caso de silicose crónica, a doença habitualmente desenvolve-se após mais de 10 anos de exposição, e costuma ser oligossintomática. Adicionalmente, indivíduos expostos à sílica, com ou sem silicose, apresentam risco aumentado de desenvolverem tuberculose (que varia de 2,8 a 39 vezes em comparação com controlos saudáveis, em conformidade com a gravidade da sua doença de base), pelo que é muito importante que se exclua a coexistência dessa patologia. No entanto, o diagnóstico de tuberculose activa sobreposta à silicose pode ser bastante difícil, particularmente em quadros iniciais, quando as manifestações clínicas podem ser frustrantes e as alterações radiológicas indistinguíveis das consequentes à silicose preexistente. Assim, está recomendado, como avaliação complementar inicial, a realização de exame microbiológico directo e cultural da expectoração, e em caso de persistência de dúvidas, pode-se efectuar uma broncoscopia com lavado broncoalveolar, sempre que possível associado a biópsias transbrônquicas (dado que aumentam significativamente o rendimento diagnóstico do exame). Até ao momento, não existe tratamento específico para a silicose, pelo que o seu manejo deve centrar-se no afastamento do trabalhador da exposição e em evitar complicações, estando recomendado o tratamento, quer da tuberculose-infecção, quer da tuberculose-doença.

Palavras chave: *Pó de sílica. Silicose. Silicotuberculose. Doença ocupacional.*

P-140. PADRÃO MILIAR NA SARCOIDOSE: CASO CLÍNICO

I. Sales Ribeiro, F. Martins, L. Oliveira, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A sarcoidose é doença granulomatosa não infecciosa de etiologia desconhecida. Na fisiopatologia parecem participar fatores genéticos, imunológicos, ambientais e infecciosos. Os granulomas ocorrem em qualquer sistema de órgãos, mas mais frequentemente nos gânglios linfáticos e pulmão. O amplo espectro de doentes afetados, variabilidade no envolvimento de órgãos, ausência de sintomas específicos e etiologia não identificada são fatores que se combinam para tornar a sarcoidose um desafio diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico: Homem de 37 anos, natural de Cabo Verde, a residir em Portugal há 14 anos; trabalhador da construção civil, não fumador. Seguido em Centro Diagnóstico Pneumológico durante dois meses por quadro clínico radiológico compatível com tuberculose miliar, não se tendo isolado, durante esse período, nenhum agente nos vários estudos microbiológicos realizados quer em expectoração espontânea quer através de secreções brônquicas e LBA em broncofibroscopia. Aos dois meses de terapêutica anti-bacilar com HRZE

sob toma observada direta (TOD), por agravamento com quadro com tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, dor pleurítica à esquerda, dispneia para esforços progressivamente menores, elevação vespertina do perfil térmico e sudorese noturna, recorre ao SUG. Ao exame objetivo destacava-se: polipneico, com perfil hipotensivo, emagrecido, sem outras alterações. Analiticamente apresentava elevação do ácido úrico (9,0 mg/dL) e da proteína C reativa (7,30 mg/dL), sem outras alterações. Gasimetria com insuficiência respiratória parcial (pO₂ 65 mmHg) sem alteração do equilíbrio ácido-base. Radiografia de tórax com padrão intersticial micronodular disperso bilateralmente com predomínio basal e aumento da densidade do parênquima pulmonar homogéneo sugestivo de condensação na metade inferior do campo pulmonar direito. Exame directo da expectoração negativo. Foi internado admitindo-se diagnóstico de tuberculose miliar com sobreinfecção bacteriana e iniciada antibioterapia empírica com levofloxacina que cumpriu durante 10 dias. Realizou TC tórax que documentou inúmeros nódulos de pequenas dimensões, inferiores a 1 cm, dispersos por todo o parênquima pulmonar, maioritariamente em topografia centrilobular, coexistindo nódulos sem topografia sub-pleural, alguns deles confluentes, formando massas relativamente periféricas, em contacto com a pleura; adenopatias hilares bilaterais, justa-centimétricas, mediastínicas, subcarinais, paratraqueais à direita, paraaórticas. Realizou broncofibroscopia apresentando sinais difusos de bronquite. Dos resultados obtidos salientam-se: exames microbiológicos directo e cultural negativos nas secreções brônquicas e LBA; citologias negativas; imunofenotipagem do LBA com predomínio linfocitário e razão CD4/CD8 3,4; doseamento de ECA no LBA < 2,6 U/L. Relativamente a outros exames realizados durante o internamento, a salientar: hipercalcémia sérica (Ca 10,5 mg/dL) e hipercalcúria (407 mg/24 horas), ECA sérico elevado (85 U/L), proteinograma com perfil eletroforético compatível com quadro clínico infeccioso/inflamatório. O diagnóstico de Sarcoidose foi estabelecido por biópsia ganglionar transbrônquica guiada por ecografia (EBUS) que mostrou granulomas epitelióides não caseosos. Foi instituída terapêutica com prednisolona 1 mg/Kg, verificando-se melhoria clínica-radiológica e descida dos níveis da ECA aos três meses de terapêutica.

Discussão: O caso apresentado de um homem jovem, não fumador, com padrão miliar e sarcoidose em estágio II salienta a importância do diagnóstico diferencial do padrão miliar na teleradiografia torácica, a ponderação na instituição de terapêutica antibacilar, a necessidade de obtenção de produto biológico e a boa resposta terapêutica dirigida.

Palavras chave: *Padrão miliar. Sarcoidose.*

P-141. CALIBRAÇÃO BIOLÓGICA. SERÁ IMPORTANTE A SUA REALIZAÇÃO NUM LABORATÓRIO DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA?

S. Carvalho, D. Grencho, S. Cardoso, P. Rosa

Serviço de Pneumologia, Hospital de Vila Franca de Xira.

Introdução: O controlo de qualidade (CQ), em que se inclui a calibração dos equipamentos, faz parte integrante das boas práticas de um Laboratório de Função Respiratória (LFR). A calibração é o processo utilizado para validar se os valores registados pelo equipamento correspondem de facto aos valores biológicos apresentados pelo indivíduo em estudo ou se estão alterados por ineficiência do equipamento. Este CQ deve ser feito regularmente utilizando uma medida padrão (ex: uma seringa de volume conhecido) e, idealmente, utilizando também um calibrador biológico (indivíduo saudável e não fumador). A calibração biológica (CB) é recomendada como garantia de CQ de um LFR.

Objectivos: Verificar o nível de reprodutibilidade dos valores obtidos por CB, a fim de garantir a precisão dos resultados obtidos nas provas funcionais respiratórias (PFR) realizadas no LFR do Hospital Vila Franca de Xira (HVFX).

Métodos: Entre Setembro 2014 e Março 2016 foram realizadas mensalmente, no mesmo período do dia, PFR com o equipamento *MasterscreenBody*® a 3 calibradores biológicos, dois com índice massa corporal (IMC) < 30 Kg/m² (CB1: sexo feminino; CB2: sexo masculino) e um com IMC > 30 Kg/m² (CB3: sexo feminino). Todos os exames foram realizados de acordo com os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade ATS/ERS 2005. Foi realizada a análise dos resultados obtidos considerando os seguintes parâmetros: CVF (L); FEV1 (L); VGIT (L); CPT (L), VR (L); Raw (KPa*s/L); DLCO (mmol/min/kPa). Para a obtenção do coeficiente de variação (CV) foram calculados a média e o desvio padrão (SD) dos valores obtidos. Aceitou-se como significativo um desvio do CV > 10%, como proposto pelo fabricante. Os resultados de estatística descritiva do CV são apresentados sob a forma da média ± desvio padrão (SD), obtidos através da utilização do programa SPSS® v20.0.

Resultados: CB1 (n = 12): CV(%) CVF = 2,46 ± 0,9; CV(%) FEV1 = 2 ± 0,5; CV(%) VGIT = 3,5 ± 1,9; CV(%) VR = 6,9 ± 2,4; CV(%) Raw = 10,5 ± 3,6; CV(%) DLCO = 3,1 ± 1,2; CB2 (n = 18): CV(%) CVF = 2,6 ± 0,2; CV(%) FEV1 = 2,6 ± 1,2; CV(%) VGIT = 6,7 ± 0,9; CV(%) VR = 8,8 ± 1,3; CV(%) Raw = 11,1 ± 1,14; CV(%) DLCO = 4,3 ± 1,3; CB3 (n = 20): CV(%) CVF = 3,0 ± 0,6; CV(%) FEV1 = 2,8 ± 0,5; CV(%) VGIT = 8,5 ± 3,3; CV(%) VR = 7,5 ± 1,4; CV(%) Raw = 10,7 ± 2,9; CV(%) DLCO = 3,2 ± 1,9.

Conclusões: Dos parâmetros analisados, os que apresentaram maior variabilidade foram o VR e a Raw, sendo que este último apresentou CV > 10% nos 3 indivíduos, em pelo menos 1 medição. De acordo com a literatura estes valores estabilizam após 20 medições, mas o aumento da resistência poderá também ser explicado por possíveis erros no software do equipamento, pela variabilidade biológica ou por variações nas manobras respiratórias. Justifica-se assim a manutenção da CB e, a manter-se elevado o CV da Raw, a análise das causas desta variação. Estes resultados realçam a insuficiência da validação da calibração apenas com seringa, que não permite avaliar a fiabilidade dos volumes pulmonares e da Raw.

Palavras chave: Calibração biológica. Espirometria. Prova funcional respiratória.

P-142. OXIGENOTERAPIA EM INTERNAMENTO - QUAL A REALIDADE?

S. Raimundo¹, H. Gonçalves², A. Alexandre¹, V.P. Pires², A.F. Rebelo², A.I. Loureiro¹, T. Gomes¹, P. Marques², A. Afonso¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: O oxigénio é um fármaco de uso habitual na prática clínica, sendo frequentemente uma terapêutica *life-saving*. À luz das recomendações atualmente disponíveis acerca desta matéria, este deve ser prescrito, tal como qualquer outro fármaco, para evitar erros de administração, particularmente preocupantes em doentes com risco para o desenvolvimento de hipercápnia. Porém, sabe-se que a prescrição e administração de oxigénio são usualmente incompletas e inadequadas e que faltam conhecimentos aos profissionais de saúde para as executarem corretamente. Vários estudos foram realizados para avaliar os resultados de intervenções educacionais na qualidade da prescrição e administração de oxigénio. Analisar a qualidade da prescrição e administração de oxigenoterapia em internamento é essencial, para que seja possível melhorar a qualidade das mesmas e identificar a necessidade de, eventualmente, proceder a uma intervenção educativa.

Objectivos: Avaliar a prescrição e administração de oxigénio em regime de internamento.

Métodos: Estudo transversal. Selecionaram-se os doentes adultos atribuídos às especialidades de medicina interna e pneumologia em regime de internamento de um centro hospitalar, com prescrição eletrónica de oxigenoterapia e/ou sob oxigenoterapia. Excluíram-se os doentes sob oxigenoterapia com intuito paliativo, sob venti-

loterapia diurna e os doentes sob OLD com internamento eletivo. Avaliaram-se as características da prescrição eletrónica, se presente, e da administração de oxigénio, assim como a SpO2 no momento da observação através de um questionário elaborado pelos autores em dois momentos distintos.

Resultados: Existia prescrição eletrónica de oxigénio em 73,8% (141) dos doentes internados. Aplicados os critérios de exclusão, obteve-se uma amostra de 125 doentes, incluindo 4 sob oxigenoterapia mas sem prescrição (3,2% da amostra final). A prescrição por objectivos de SpO2 correspondia a 70,3% dos casos e a prescrição por dose fixa a 10,7%. Ambas as indicações (dose fixa e objectivos) estavam presentes em 19%. Na prescrição por objectivos, apenas 14,1% apresentavam os intervalos de SpO2 recomendados (88-92% ou 94-98%). Nas restantes, em 76,5% dos casos apenas estava definido um valor mínimo ou máximo de SpO2. Os objectivos foram atingidos em 79,7% dos doentes. Em 6,8% a SpO2 encontrava-se acima do limite definidos e em 13,5% abaixo, com diferenças superiores a 2% em 60% dos casos em ambas. As prescrições por dose fixa apresentavam todos os parâmetros definidos em 84,6% dos casos mas em 76,9% não existia concordância entre a oxigenoterapia prescrita e a administrada. A maioria dos doentes com insuficiência respiratória tipo 2 ou factores de risco para a mesma apresentava prescrição por objectivos (52,9%), sendo que um terço definia como intervalo pretendido de SpO2, 88-92%. As restantes prescrições exigiam somente um valor mínimo de SpO2.

Conclusões: A maioria dos doentes incluídos no estudo apresentava prescrição eletrónica de oxigénio, maioritariamente por objectivos de SpO2, em conformidade com o que está recomendado. Ainda assim, observaram-se percentagens significativas de prescrições incompletas ou ambíguas, havendo aspetos a melhorar, nomeadamente com uma intervenção educativa ou outras estratégias.

Palavras chave: Oxigenoterapia. Oxigénio. Internamento. Realidade.

P-143. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: ABORDAGEM NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE PROJETO DE BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS “RESPIRAR BEM, VIVER MELHOR”

R. Nêveda, O. Alves, A. Fradão, L. Freixo, H. Viana, I. Pires, R. Gomes, F. Ramos

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença crónica subdiagnosticada e subtratada e umas das principais causas de morbimortalidade. A espirometria é o exame “Gold Standard” de diagnóstico e segundo a Direção Geral de Saúde deve ser de fácil acessibilidade em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Objectivos: Criar um dispositivo de integração entre CSP e Cuidados Hospitalares (CH) que permita a correta abordagem diagnóstica e terapêutica dos doentes com DPOC. A sua implementação permite reduzir custos, melhorar a qualidade de vida dos utentes, aproveitar recursos existentes na resposta aos cuidados respiratórios domiciliários; estabelecer parcerias comunitárias; e, articular com as equipas de saúde familiar, observando ganhos em saúde.

Métodos: Constituição de um grupo de trabalho representante dos CSP e CH; criação de fluxograma para identificação dos doentes com suspeita de DPOC, com 40 ou mais anos, sintomáticos e com factores de risco; Aquisição de espirómetro e contratação de técnica de Cardiopneumologia (30 horas) para a realização das espirometrias e obtenção de dados clínicos; Diagnóstico (IT < 70% pós BD negativa) e estadiamento (A, B, C, D) da doença segundo critérios GOLD; Formação dos profissionais de saúde; Envolvimento de três UCC piloto para o desenvolvimento de intervenções comunitárias.

Resultados: Entre 01-02-2014 e 30-06-2016 foram convocados 3.850 utentes e realizadas 3486 espirometrias (adesão 90%) em contexto dos CSP; o diagnóstico de DPOC foi feito em 468 utentes: Grupo A

32,9%; Grupo B 31,2%; Grupo C 6,2% e Grupo D 29,7%, 76,8% eram homens e 21,4% mulheres, com idades entre os 38 e os 97 anos; 70,2% eram fumadores ou ex-fumadores e a exposição à biomassa situou-se em 74,4% dos casos sendo necessárias, em média, 7,4 espirometrias para a confirmação da doença, valores superiores aos descritos num estudo da DGS (2013), que se situou em 3,36 espirometrias.

Conclusões: A adesão das Unidades de Saúde Familiares e das Unidades de Cuidados de Saúde Primários tem sido positiva, traduzindo-se num aumento do número de casos diagnosticados de DPOC, que com a terapêutica adequada poderão melhorar a sua qualidade de vida. Estes ganhos em saúde serão maiores se existir uma articulação efetiva, com aproveitamento dos recursos existentes e desenvolvimento de parcerias comunitárias. O envolvimento da Comunidade e o estabelecimento de parceria em CSP permitirá o aproveitamento de recursos e intervir no controlo do tabagismo, exposição à biomassa e na reabilitação respiratória.

Palavras chave: DPOC. Espirometria. Cuidados de Saúde Primários.

P-144. CONSULTA MONOGRÁFICA DE OXIGENOTERAPIA DE LONGA DURAÇÃO, DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

P. Americano, K. Cunha, I. Ruivo, F. Nascimento, U. Brito

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

Introdução: A oxigenoterapia de longa duração (OLD) está indicada nos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica com hipoxémia comprovada gasometricamente, tendo um efeito positivo na sua sobrevida. No entanto, os mesmos benefícios não estão comprovados nos doentes com insuficiência cardíaca e não havendo estudos suficientes que orientem a sua utilização, a oxigenoterapia surge como tratamento paliativo nos doentes com insuficiência cardíaca que mantêm dispneia e hipoxémia, apesar de tratamento médico otimizado.

Métodos: Os autores fizeram um estudo retrospectivo de todos os doentes que frequentaram a consulta de OLD do Hospital de Faro entre 01 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2015, identificando aqueles com insuficiência respiratória atribuível a etiologia cardíaca, sem qualquer patologia pulmonar concomitante, com o objetivo de caracterizar esta população.

Resultados: Foram incluídos 11 doentes, 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com uma média de idades de 81 anos, variando entre 59 e 91 anos. O seguimento mais antigo remonta a 2002, iniciando os restantes entre 2011 e 2015. No total, motivaram ao longo dos 2 anos estudados, 38 consultas, das quais 7 primeiras e 31 de seguimento. Verificaram-se 3 óbitos e 2 altas por ausência de critérios gasométricos. Com um caso de malformação congénita, a maioria das insuficiências cardíacas foram avaliadas com fração de ejeção preservada, atribuível a cardiopatia hipertensiva. 6 doentes não mantinham seguimento hospitalar por outra especialidade que não a Pneumologia, 3 mantinham por Cardiologia e 2 por Medicina Interna.

Conclusões: Como opção paliativa em doentes com patologia cardíaca grave, a OLD implica em primeira instância uma otimização terapêutica medicamentosa, necessariamente com um seguimento adequado. Na amostra estudada verificou-se que a maioria dos doentes não tem qualquer seguimento hospitalar senão pela Pneumologia, concluindo os autores que seria benéfico uma maior coordenação entre especialidades.

Palavras chave: Oxigenoterapia de longa duração. OLD. Insuficiência cardíaca.

P-145. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. RESULTADOS DE UM INQUÉRITO À MEDICINA GERAL E FAMILIAR

G. Samouco, L. Vaz Rodrigues, M. Maurício, V. Martins, I. Sanches, F. Fernandes, J. Parreira, L. Ferreira

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda-Hospital Sousa Martins.

Introdução: A reabilitação respiratória (RR) tem ganho progressiva visibilidade nos últimos anos com reconhecimento gradual dos seus benefícios pela comunidade médica. Um dos desafios actuais dos Programas de RR (PRR) passa por alargar a sua actividade à comunidade, indo ao encontro do maior número de utentes que possam beneficiar precocemente desta estratégia terapêutica.

Objectivos: Avaliar a realidade da RR ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em termos de indicações, benefícios, recursos disponíveis e obstáculos encontrados na referenciação de doentes. **Métodos:** Foi elaborado em conjunto com a comissão de RR da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, um questionário de preenchimento anónimo que foi distribuído pelos especialistas e internos de formação específica de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda. Foram inquiridos dados referentes ao número de anos de prática clínica do médico e ao número de doentes com patologia respiratória crónica seguidos. Foram também inquiridas as patologias reconhecidas com indicação para PRR, quais os benefícios esperados e que profissionais devem integrar as equipas destes programas. Foram ainda colocadas questões relativamente ao conhecimento de oferta de PRR existente a nível local e nacional, sobre as dificuldades encontradas na referenciação, bem como possíveis medidas para melhorar a articulação entre os CSP e os PRR.

Resultados: De um universo de 108 respondedores possíveis, distribuídos por 13 Centros de Saúde e 1 Unidade de Saúde Familiar, obtivemos 52 inquéritos respondidos. A maioria dos inquiridos tinha mais de 30 anos de prática clínica e a seguiam entre 50-100 utentes com patologia respiratória crónica, sendo a DPOC a patologia mais prevalente (84,6%) e a que foi indicada como a principal candidata a PRR (98,1%). Foram reconhecidos os benefícios da RR na melhoria da capacidade de exercício (100%) e da qualidade de vida (100%) e na redução de dispneia (98,1%). A MGF deve ser parte integrante da RR na opinião de 67,3%, contra 11,5% que responderam negativamente. 34,6% não sabia que o seu hospital de referência tinha PRR. Dos que sabiam, apenas por algumas vezes abordaram a questão com os seus doentes e raramente referenciaram. Quando questionados sobre os motivos, apontaram a falta de informação sobre os meios de referenciação e as dificuldades económicas e de transporte de doentes. A maioria (78,8%) nunca frequentou formação em RR, mas mostrou disponibilidade para o fazer no futuro e vê com agrado o desenvolvimento de estratégias de RR de proximidade na comunidade.

Conclusões: Apesar do reconhecimento da existência e do benefício da RR nos doentes respiratórios crónicos, verifica-se existir ainda uma grande limitação no acesso dos doentes a estes programas. Urge, por isso, promover a formação em RR, remover os obstáculos referidos e aproximar os PRR da comunidade. Contudo, estes resultados representam apenas o panorama local, com a particularidade de se tratar de uma ULS, considerando os autores importante alargar esta avaliação a uma maior escala, eventualmente a nível nacional.

Palavras chave: Reabilitação respiratória. Patologia respiratória crónica. Cuidados de saúde primários.

P-146. BRONCOCONSTRIÇÃO INDUZIDA PELO EXERCÍCIO - PARECE, MAS NÃO É

M. Alvarenga, S. Clemente, F. Todo-Bom, S. Rodrigues, L. Gomes, J. Rosa, I. Alves, A. Campos, S. Furtado

Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures.

Introdução: A intolerância ao esforço é um sintoma transversal a diversas patologias respiratórias crónicas. A sua associação a outros sintomas, como a tosse, pieira e opressão torácica, pode fazer suspeitar de broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE). Contudo, a baixa sensibilidade e especificidade da semiologia clínica exige a confirmação e estudo de outros diagnósticos alternativos que a podem mimetizar e, por outro lado, outros diagnósticos podem coexistir. A avaliação cardiorrespiratória do doente durante o exercício e as medições seriadas do volume expiratório máximo no primeiro segundo (VEF₁) após o esforço constitui a metodologia diagnóstica eleita, e a premência do diagnóstico diferencial deve-se às diferentes atitudes terapêuticas que cada uma das condições clínicas pode exigir.

Objectivos: Identificar os fatores limitativos ao esforço em doentes com suspeita clínica de BIE.

Métodos: Os autores realizaram uma análise retrospectiva das provas de esforço cardiorrespiratórias realizadas por suspeita de BIE entre maio 2012 e junho 2016. As provas foram realizadas em cicloergómetro seguindo um protocolo incremental progressivo até ao limite máximo suportado pelo doente ou término de acordo com indicação médica. Durante o esforço, foi analisada a curva débito-volume e, no final do exercício, foi feita a medição seriada do VEF₁, até aos 30 minutos após o final do esforço.

Resultados: Foram incluídas 116 provas de doentes com uma média etária de 35,1 ± 15,9 anos e com 64% do sexo feminino. 29 doentes (25%) eram fumadores ou ex-fumadores. Registou-se um declínio do VEF₁ superior a 10% relativamente aos valores de repouso em 22 doentes (19%), tendo-se apurado outro fator limitativo ao esforço em 11 deles (descondicionamento, patologia cardiocirculatória e hiperventilação desproporcionada). A média etária dos doentes com BIE foi inferior à da dos doentes sem BIE (28,1 vs 36,7 anos, valor $p < 0,05$), não se tendo observado uma diferença estatisticamente significativa entre a proporção de doentes do sexo feminino nos dois grupos. Não se objetivou BIE em 94 doentes (81%), tendo sido encontradas causas alternativas para a intolerância ao esforço em 44 (46,8%).

Conclusões: A semiologia clínica para o diagnóstico de BIE é inespecífica, podendo estar presente noutras condições clínicas. De facto, na amostra avaliada, este diagnóstico foi confirmado em apenas 19% dos doentes, resultados estes que se enquadram nos dados existentes na literatura (confirmação de BIE em 7-24% dos casos). Acresce ainda a vantagem da prova de esforço cardiorrespiratória permitir diagnosticar patologias alternativas. As diferentes estratégias terapêuticas que cada condição clínica exige é um motivo relevante para a necessidade da sua identificação.

Palavras chave: Broncoconstrição induzida pelo exercício. Prova de esforço cardiorrespiratória.

P-147. BRONCOFIBROSCOPIA E TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA - DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE HEMOPTISES

J. Dias Cardoso¹, V. Clérigo¹, P. Monteiro², J. Rosal Gonçalves², C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

²Unidade de Pneumologia de Intervenção, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: As hemoptises são um sintoma comum na medicina respiratória, definido pela eliminação de sangue com origem no aparelho respiratório abaixo das cordas vocais. A avaliação dos doentes com hemoptises é desafiante, geralmente consistindo na realização de tomografia computadorizada de tórax (TC) e broncofibroscopia (BFC). O objectivo do estudo foi estabelecer a etiologia de hemoptises em doentes submetidos a TC e a BFC e suas técnicas subsidiárias (lavado brônquico - LB, lavado broncoalveolar - LBA, biópsia brônquica - BB).

Métodos: Foi realizada a análise retrospectiva envolvendo 49 doentes referenciados à Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital de Santa Maria por hemoptises. Os dados foram obtidos a partir da base de dados da mesma unidade no período de janeiro a dezembro de 2014. Apenas foram considerados doentes que realizaram BFC e TC simultaneamente com objectivo de apurar a causa etiológica de hemoptise. Classificou-se hemoptises segundo a sua gravidade em expectoração hemoptoica, hemoptise moderada (30 a 50 ml de sangue) e hemoptise maciça. Foi realizada análise estatística com recurso a IBM-SPSS.

Resultados: Foram obtidos dados completos de 49 indivíduos, sendo 69,4% (n = 34) homens, tinham idades compreendidas entre os 19 e os 93 anos, com uma mediana de 61,87 anos. A faixa etária dos 50 aos 75 anos foi a mais representativa (42,86%, n = 21). A maioria dos doentes apresentou hemoptise moderada (55%, n = 27) seguido da expectoração hemoptoica (42,9%, n = 21). Vinte e nove doentes (59%) tinham exposição ao fumo do tabaco. Na totalidade dos doentes 22,4% (n = 11) tinham antecedentes conhecidos de bronquiectasias, 8% (n = 4) realizavam fármacos anticoagulantes e 10% (n = 5) realizavam antiagregantes. Alterações imagiológicas estavam presentes em 81,6% (n = 40) dos indivíduos, sendo as mais frequentes bronquiectasias (n = 11) e consolidação pulmonar (n = 11). Presença de hemorragia activa foi evidenciada em 12,2% (n = 6) dos doentes e presença de hemorragia recente em 16,3% (n = 8). A avaliação microbiológica de LB, LBA e BB foi positiva em 26,5% (n = 13) dos doentes, sendo o agente mais frequentemente isolado a *Pseudomonas aeruginosa* (n = 5). O estudo anatomopatológico foi positivo em 12% (n = 6) dos doentes, evidenciando a presença de neoplasia do pulmão não pequenas células. Com base em alterações imagiológicas e os resultados obtidos por BFC foi apurado o diagnóstico etiológico em 51% dos doentes (n = 25).

Conclusões: O diagnóstico etiológico de hemoptises é muitas vezes difícil, necessitando de uma abordagem global conjugando aspectos imagiológicos e broncoscópicos. Os nossos resultados parecem mostrar que associando a BFC e a TC é possível determinar a etiologia em cerca de metade dos doentes com hemoptises, sendo as suas principais causas a presença de infecção do aparelho respiratório e neoplasia pulmonar.

Palavras chave: Hemoptise. Broncofibroscopia. Tomografia computadorizada.

P-148. HEMOPTISES: ETIOLOGIA, TRATAMENTO E EVOLUÇÃO NUM HOSPITAL CENTRAL

C. Matos Cabo, S. Freitas

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

Objectivos: Determinar as principais causas de hemoptises, o tipo de tratamento e a evolução de doentes internados com quadro de hemoptises num serviço de Pneumologia de um hospital central.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes internados no Serviço de Pneumologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra com quadro de hemoptises, entre Janeiro de 2007 e Junho de 2016. Foram excluídos todos os casos de hemoptise com causa previamente identificada (neoplasias do pulmão em seguimento, bronquiectasias igualmente com seguimento em consulta da especialidade, alterações sequelares pulmonares conhecidas, doentes submetidos a biópsias transtorácicas, cirúrgicas ou outros procedimentos com risco de hemoptise associado).

Resultados: Foram identificados 195 doentes (133 do sexo masculino e 62 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 17 e os 93 anos. A patologia infecciosa foi a etiologia mais frequente (48,2% dos casos), nomeadamente bronquiectasias infectadas, pneumonia e tuberculose pulmonar, seguida da patologia neoplásica (17,9%). As restantes causas foram cardiovasculares (4,6%), distúrbios da hemostase (1,5%), vasculites (0,5%) e outras (1,5%),

sendo que em 9,2% dos casos houve mais do que uma causa identificada para as hemoptises e em 16,4% dos casos não foi possível definir uma causa para o quadro (criptogénicas). Na maioria dos casos (78,5%), a terapêutica médica foi suficiente para controlo das hemoptises, em 17,4% dos casos foi utilizada terapêutica local com broncoscopia, em 2,6% embolização do vaso sangrante e em 1,5% dos casos terapêutica cirúrgica. A média de internamento destes doentes foi de 10,9 dias, com a maioria (76,4%) a ser encaminhado para a consulta externa após alta. A mortalidade foi de 3,1% e o reinternamento por hemoptises no primeiro ano foi de 10,8%.

Conclusões: As hemoptises foram causadas na sua maioria por patologia infecciosa, sendo que outras causas devem ser cuidadosamente investigadas, dada a diferença quer de tratamento quer de prognóstico. Numa percentagem significativa de casos não foi possível definir a causa das hemoptises. A resolução das hemoptises foi conseguida na maioria dos casos apenas com terapêutica médica, com bom prognóstico.

Palavras chave: Hemoptises. Etiologia. Tratamento.

P-149. EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

V. Santos, C. Damas

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

Introdução: O transplante pulmonar pode ser um procedimento *life-saving* para aqueles com doença pulmonar em fase terminal. Os eventos tromboembólicos, incluindo a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), têm uma incidência maior em transplantados pulmonares, com uma incidência descrita de 8,6 a 29%. Destes eventos, quase dois terços se desenvolvem no primeiro ano pós transplante, e 20% destes no primeiro mês.

Objetivos: Avaliar a incidência de eventos tromboembólicos nos transplantados pulmonares e descrever a associação com resultados clínicos.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes transplantados pulmonares seguidos no Centro Hospitalar de São João desde 2005 e revisão das complicações tromboembólicas. O transplante pulmonar foi realizado em dois centros diferentes: Hospital de Santa Marta (Lisboa) e no Hospital Juan Canalejo (A Coruña). Após o transplante, os doentes mantiveram seguimento em consulta específica. A TVP foi diagnosticada por ecodoppler venoso. A EP foi diagnosticada por angiogramografia computadorizada ou cintilografia ventilação/perfusão.

Resultados: Um total de 80 doentes foi submetido a transplante pulmonar, 48 (60,0%) do sexo masculino com média de idade na altura do transplante de $45,7 \pm 12,7$ anos. Os doentes mantiveram seguimento em média durante 46,0 meses antes do transplante pulmonar. As principais patologias que motivaram o transplante foram a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e as doenças pulmonares difusas (DPD). Quatro doentes (5%) desenvolveram complicações tromboembólicas após o transplante, 2 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com média de idade de $56,0 \pm 6,7$ anos. Os eventos tromboembólicos ocorreram 3 a 83 meses após o transplante (tempo médio de $35,5 \pm 38,3$ meses) e consistiram em TVP (um doente) e EP (três doentes). Três doentes não se encontravam internados, recorreram ao hospital na altura do evento tromboembólico e sobreviveram sem complicações; o outro doente ainda se encontrava internado no centro de transplantação. Todos os doentes apresentavam sintomas tromboembólicos típicos e manifestaram sinais de infeção respiratória no momento do diagnóstico. Em dois doentes, o evento tromboembólico foi identificado no primeiro ano após o transplante; nos outros, o diagnóstico foi mais tardio, e nenhum outro fator de risco para doença tromboembólica estava presente. Nenhum dos doentes neste estudo faleceu como consequência do evento tromboembólico.

Conclusões: Os eventos tromboembólicos são comuns após o transplante pulmonar. Neste estudo, ocorreram complicações trombo-

embólicas em 4 dos 80 transplantados pulmonares (5%), 3 a 83 meses após o transplante. Apesar da maioria dos episódios ocorrerem no período pós-transplante imediato, três dos eventos (75%) ocorreram após este período. Os resultados do presente estudo mostram a necessidade de manter um alto índice de suspeição, permitindo um diagnóstico precoce e um tratamento bem-sucedido destas complicações potencialmente fatais.

Palavras chave: Transplante pulmonar. Eventos tromboembólicos. Trombose venosa profunda. Embolia pulmonar.

P-150. HEMOPTISES E TROMBOSE VENOSA: UM DESAFIO TERAPÊUTICO

N. China Pereira, D. Coutinho, F. Lima, R. Monteiro, J. Costa, T. Pereira, C. Ribeiro, M. Vanzeller, A. Carvalho

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo é uma causa comum de morte no mundo actual, contabilizando cerca de 50.000 a 200.000 mortes anuais. Regista-se já como a terceira maior causa de mortalidade dentro das doenças cardiovasculares, logo após a doença arterial coronária e o acidente vascular cerebral. A sua forma de apresentação clínica é extremamente variável, sendo os sinais e sintomas pouco específicos. Hemoptises massivas são uma emergência médica com taxas de mortalidade rondando os 75% e uma das possíveis formas de apresentação do TEP agudo.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de uma doente de 68 anos, sexo feminino, não fumadora. Antecedentes de surdez bilateral (em contexto profissional), hipertensão arterial e acidente isquémico transitório. Internada em contexto de hemoptises de médio volume recidivantes associadas a insuficiência respiratória. Após 24h de internamento e tratamento com ácido aminocapróico endovenoso, a doente apresenta nova recidiva das hemoptises e é submetida a broncoscopia rígida (BR) onde se observavam secreções hemáticas abundantes na traqueia e carena, coágulos nos lobos superior, intermédio e inferior direitos, que após aspiração refaziam hemorragia, e coágulos no brônquio principal esquerdo que após retirada não evidenciaram alterações da mucosa. Do estudo imagiológico realizado, a relevar na angio-tomografia computadorizada do tórax a presença de focos tromboembólicos em ramos do lobo superior esquerdo e segmentos posteriores dos lobos superior e inferior direitos, e ausência de imagens sugestivas de malformações arterio-venosas. Após documentação de TEP de risco intermédio-baixo foi suspensa a perfusão de ácido aminocapróico, porém a doente não iniciou heparina por recidiva das hemoptises com agravamento da insuficiência respiratória, culminando em transferência para os Cuidados Intensivos e necessidade de entubação orotraqueal. Após controlo das hemoptises, iniciou-se perfusão de heparina em dia 6 de internamento. Do estudo adicional salienta-se a documentação de trombose venosa profunda (TVP) bilateral e estudo pró-trombótico negativo. Em dia 9 de internamento, por quadro prolongado e recidivante de hemoptises, com documentação através de nova broncofibroscopia de coágulos com hemorragia após remoção dos mesmos, optado por realizar arteriografia brônquica direita com embolização arterial e colocação de filtro na veia cava inferior. Desde o procedimento, a doente cessou quadro de hemoptises, mantendo a heparina, e verificou-se melhoria das trocas gasosas. A hipocoagulação oral foi iniciada no dia 14 de internamento, não se tendo verificado novos eventos.

Conclusões: Fica evidente com este caso que as hemoptises são uma das formas de apresentação do TEP agudo, em provável relação com a ruptura e sangramento das artérias brônquicas ingurgitadas. Expõe-se este caso com o intuito de mostrar a efectividade da arteriografia com embolização brônquica na abordagem deste tipo de apresentação clínica, permitindo o tratamento anticoagulante

dirigido ao factor causal. Realça-se ainda o espaço terapêutico ocupado pelo filtro na veia cava, aquando da documentação da TVP e impossibilidade de introdução da hipocoagulação *ad initium*.

Palavras chave: Tromboembolismo pulmonar. Hemoptises. Embolização brônquica. Filtro veia cava.

P-151. TROMBOEMBOLIA PULMONAR: QUAL O GOLD STANDARD?

E. Dias, M. Silva, J. Fernando, A.P. Moreira, F. Teixeira

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Pólo Hospital Geral e Pólo Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: A tromboembolia pulmonar (TEP) aguda é uma importante causa de mortalidade e morbidade, nomeadamente de hipertensão pulmonar de causa tromboembólica (HTPT). O diagnóstico de TEP é maioritariamente feito recorrendo a técnicas de imagem, sendo a tomografia computadorizada das artérias pulmonares (AngioTC) o gold standard. O princípio básico para o diagnóstico de TEP com base na cintigrafia V/P é reconhecer os segmentos e subsegmentos do pulmão sem perfusão, mas com ventilação conservada, isto é, *mismatch*. A cintigrafia V/P pode ser realizada de duas formas: planar e SPECT (tomografia por emissão de fóton único). No SPECT pulmonar, são obtidas imagens tomográficas dos estudos de ventilação (V) e de perfusão (P), que são posteriormente normalizadas e comparadas corte a corte, podendo ser obtidas imagens do quociente V/P. É assim facilitado o diagnóstico e a quantificação da extensão da TEP. A cintigrafia (SPECT) V/P é um exame de grande utilidade no diagnóstico e seguimento de TEP aguda e de HTPT.

Casos clínicos: Descrevem-se dois casos clínicos em que o SPECT V/P demonstrou ser o exame complementar de diagnóstico (ECD) de eleição no diagnóstico de TEP. Doente do sexo feminino, 76 anos, enviada ao serviço de urgência (SU) por astenia e dispneia. Eupneica com O₂ 1L/min. Auscultação pulmonar (AP): murmúrio vesicular diminuído na base esquerda. SpO₂: 90% (O₂ 1L/min). Elevação da proteína C reactiva, D-dímeros negativos. Internada por traqueobronquite aguda e insuficiência respiratória hipoxémica. Iniciou antibioterapia. Por ausência de melhoria, realizou SPECT V/P: “TEP bilateral de grande extensão, comprometendo a perfusão pulmonar global em aproximadamente 50%”. Iniciou anticoagulação. Evolução favorável. Alta e orientação para consulta. Doente do sexo masculino, 86 anos, seguido em Pneumologia: paquipleurite bilateral (tuberculose pulmonar em 2009), HTP, VNI e OLD 1 L/min 16 horas/dia, ex-fumador 55 UMA. Ecocardiograma: “HTP severa (78 mmHg). Boa função sistólica global. Fez AngioTC para avaliar sinais de TEP: Ingurgitamento da artéria pulmonar e dos seus ramos, com calibre aumentado. Imagem de subtração periférica, no ramo arterial do segmento posterior do LIE, aspectos compatíveis com tromboembolia crónica. Pedido SPECT V/P para melhor esclarecimento: “TEP bilateral de moderada extensão (compromisso de cerca de 22% da perfusão pulmonar global), em possível relação com sequelas de episódio(s) prévio(s), a integrar clinicamente”.

Discussão: Em dois casos clínicos diferentes, a cintigrafia (SPECT) de V/P foi um ECD de valor inquestionável (associado a baixa dose de radiação). No primeiro caso clínico diagnosticou TEP aguda de grande extensão, apesar de D-Dímeros negativos. Neste caso, não foi solicitada AngioTC. No segundo caso, a AngioTC coloca a hipótese de TEP crónica como etiologia de HTP, mas não é precisa quanto à extensão e apenas menciona anomalia à esquerda, enquanto a Cintigrafia (SPECT) de V/P, não só avaliou a extensão, como também detetou TEP bilateral. A AngioTC torácica apenas teria utilidade se fosse o único ECD disponível.

Palavras chave: Tromboembolia pulmonar. Cintigrafia ventilação/perfusão. Planar. SPECT. AngioTC.

P-152. O PAPEL DO MICRORNA-146A NA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

P. Mendes-Ferreira¹, D. Santos-Ribeiro¹, C. Maia-Rocha¹, R. Adão¹, L. Pimentel¹, C. Pinto¹, F. Potus², A. Leite-Moreira¹, S. Provencher², S. Bonnet², C. Brás-Silva¹

¹Departamento de Fisiologia e Cirurgia Cardiorácica, Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. ²Pulmonary Hypertension Research Group, Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec Research Center, Laval University, Quebec, Canada.

Objectivos: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é caracterizada por remodelagem excessiva da vasculatura pulmonar, resultando num aumento das resistências vasculares pulmonares e sobrecarga do ventrículo direito (VD), levando à falência do VD e morte. A HAP continua sem cura e novas estratégias terapêuticas são necessárias. O miR-146a promove a proliferação de células musculares lisas, e a hiperplasia da camada íntima, duas características fundamentais da HAP. Para além disso, a inibição do miR-146a inibe a resposta hipertrófica e insuficiência cardíaca (IC) secundárias à sobrecarga de pressão do ventrículo esquerdo. Estudos recentes demonstraram que o miR-146a tem como alvo vários mediadores fundamentais no desenvolvimento de HAP e falência do VD. Este trabalho teve como objectivo determinar a expressão do miR-146a na hipertensão pulmonar, e determinar qual o papel da inibição deste miRNA no desenvolvimento de HAP e falência do VD.

Métodos: Amostras de VD foram obtidas de autópsias, transplantes cardíacos ou cirurgias, e foram categorizadas como VD normal (VDN), hipertrofia compensada (VDC) e falência ventricular direita (VDD), com base na história clínica e na excursão sistólica do plano do anel tricúspide (TAPSE). Amostras de pulmão foram colhidas de pulmão explantado ou durante ressecção pulmonar de segmentos saudáveis. Sangue foi colhido de controlos e doentes com HAP. Amostras de VD e de pulmão foram também colhidas de animais controlo e de animais com HAP induzida pela monocrotalina. Células musculares lisas pulmonares (CMLP) foram isoladas de doentes com e sem HAP, tratadas com inibidor do miR-146a, e usadas para quantificar proliferação e apoptose. Animais knock-out (KO) para o miR-146a e animais wild-type (WT) foram submetidos a 3 semanas de hipóxia ou a constricção da artéria pulmonar (CAP), de forma a induzir hipertensão pulmonar ou sobrecarga de pressão do VD, respectivamente. No final das 3 semanas, avaliação funcional e análise morfométrica foram realizadas.

Resultados: A expressão de miR-146a estava aumentada em doentes com falência do VD, e correlacionou-se com diminuição da função do VD. Amostras de pulmão de doentes com HAP mostraram um aumento significativo da expressão do miR-146a comparativamente com amostras controlo, enquanto que não foram observadas diferenças no sangue. Em amostras de animais com HAP induzida pela monocrotalina, a expressão do miR-146a encontra-se elevada no VD e pulmão. Por outro lado, a expressão do miR-146a estava aumentada em CMLP de doentes com HAP, e o tratamento de CMLP de doentes com HAP com o inibidor do miR-146a levou a uma diminuição da proliferação e aumento da apoptose. Animais KO para o miR-146a submetidos a hipóxia ou CAP demonstraram uma diminuição da hipertrofia e melhoria da função do VD comparativamente com animais WT.

Conclusões: Os nossos resultados demonstraram que a expressão do miR-146a está aumentada na HAP humana e experimental, e que a inibição deste miRNA atenua anormalidades fundamentais na fisiopatologia da HAP, como a proliferação excessiva de CMLP e a remodelagem e disfunção do VD. Estes dados sugerem que o miR-146a tem um papel importante no desenvolvimento da HAP e falência do VD, e a sua modulação poderá ser um alvo terapêutico benéfico.

Palavras chave: Hipertensão arterial pulmonar. MiR-146a.

P-153. UROCORTINA-2 ATENUA A DISFUNÇÃO VENTRICULAR DIREITA E A HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

R. Adão¹, P. Mendes-Ferreira¹, C. Maia-Rocha¹, D. Santos-Ribeiro¹, C. Pinto¹, L. Pimentel¹, F. Potus², S. Breuils-Bonnet², S. Provencher², S. Bonnet², A. Leite-Moreira¹, C. Brás-Silva¹

¹Departamento de Fisiologia e Cirurgia Cardiorádica, Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. ²Pulmonary Hypertension Research Group, Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec Research Center, Laval University, Quebec, Canada.

Objectivos: A urocortina (UCN)-2 é altamente expressa no sistema cardiovascular e tem demonstrado possuir efeitos terapêuticos a nível cardiovascular. Este estudo tem como objectivo determinar a expressão do sistema da UCN-2 na hipertensão arterial pulmonar (HAP), e determinar os efeitos do tratamento com UCN-2 na HAP experimental.

Métodos: Amostras de ventrículo direito (VD), pulmão e sangue foram colhidas de doentes com HAP e controlos sem HAP. Ratos wistar foram injetados com monocrotalina (MCT) de forma a induzir HAP, ou submetidos a constrição da artéria pulmonar (CAP) de forma a induzir sobrecarga de pressão do VD. Catorze dias após indução do modelo os animais foram tratados com UCN-2 (5 µg/Kg/dia). Prova de esforço, ecocardiografia e cateterismo do VD foram efectuados 25 dias após MCT ou CAP. Após eutanásia, foram colhidas amostras para estudos morfológicos, histológicos e moleculares. Paralelamente, anéis arteriais pulmonares foram isolados e montados num gráfico de forma a determinar a função endotelial dos diferentes grupos estudados, e os efeitos agudos da UCN-2 a nível vascular.

Resultados: Os níveis plasmáticos de UCN-2 estavam aumentados em animais MCT comparativamente com animais controlo, e este aumento correlacionou-se com a diminuição da função do VD. A expressão de RNA de UCN-2 encontrou-se também aumentada no sangue de doentes com HAP, no entanto a quantificação dos níveis plasmáticos desta proteína não apresentou diferenças. A expressão de UCN-2 no VD de animais com MCT encontrou-se aumentada, assim como em doentes com HAP, e correlacionou-se com a diminuição da função do VD. A expressão do recetor da UCN-2 (CRHR2) encontrou-se aumentado no VD de animais e doentes com HAP. O tratamento de animais MCT com UCN-2 atenuou a HAP, diminuindo a mortalidade e melhorando a capacidade de exercício. A dilatação do VD e disfunção sistólica e diastólicas foram atenuadas com o tratamento. A remodelagem do VD foi diminuída, com redução da hipertrofia cardíaca e fibrose, assim como a rigidez intrínseca dos cardiomiócitos. Subjacente a estas melhorias, encontramos uma diminuição na expressão de marcadores de apoptose, lesão cardíaca, síntese de colagénio, e uma atenuação da razão das cadeias pesadas de miosina β/α. O tratamento com UCN-2 foi capaz de restaurar a ativação das vias subcelulares mediadas pela STAT3, MAPK42/44 e p38. A homeostasia do cálcio foi também melhorada pelo tratamento com UCN-2. Animais com CAP tratados com UCN-2 demonstraram uma diminuição da hipertrofia e da fibrose no VD. Finalmente, o tratamento com UCN-2 em animais com HAP induzida pela HAP, levou a uma melhoria da função endotelial (aumento do relaxamento induzido pela acetilcolina). O tratamento agudo com UCN-2 levou a vasodilatação e a inibição da contração em artérias pulmonares.

Conclusões: A via de sinalização da UCN-2 está alterada na HAP experimental e humana. O tratamento com UCN-2 atenua a HAP e disfunção do VD, aumenta a sobrevivência, tem efeitos anti-remodelagem diretos sobre o VD com sobrecarga de pressão, e melhora a função vascular pulmonar. A UCN-2 tem um papel relevante na fisiopatologia da HAP, e tem um elevado potencial como novo alvo terapêutico na HAP.

Palavras chave: Hipertensão arterial pulmonar. Urocortina-2. Função ventricular direita.

P-154. MAIS QUE UM PNEUMOTÓRAX EM IDADE JOVEM

C. Cruz¹, C. Forte², F. Semedo¹, S. Carreira², F. Diaz², S. Sousa², M. Bonnet², I. Fernandes², P. Duarte²

¹Serviço de Imunoalergologia; ²Serviço de Pneumologia, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário ocorre sobretudo em doentes com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, sendo que o pneumotórax espontâneo secundário é mais frequente em doentes entre os 60 e os 65 anos de idade. O pneumotórax espontâneo designa-se secundário quando existe uma doença pulmonar subjacente.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 24 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de enxaqueca e nefrectomia total direita urgente por hematuria total com choque hipovolémico em Dezembro de 2010 (por angiomiolipoma renal). Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica de instalação súbita com irradiação para o membro superior direito e agravamento com o decúbito dorsal com 2 dias de evolução. A radiografia de tórax revelava pneumotórax à direita. Foi colocada drenagem torácica com boa evolução clínica e radiológica. Submetida a TC de tórax que revelou múltiplas lesões quísticas dispersas por todo o parênquima, compatíveis com linfangioleiomiomatose (LAM) pulmonar. Submetida a TC crânio-encefálica, que não mostrou alterações densitométricas encefálicas valorizáveis. Já em ambulatório submetida a RM crânio-encefálica e abdomino-pélvica, que não revelaram lesões sugestivas de nódulos tuberosos ou angiomiolipomas. O doseamento de VEGF-D (*vascular endothelial growth factor-D*) foi normal. Exame funcional respiratório com aumento do volume residual e capacidade de difusão do CO ligeiramente diminuída, mas normalizada quando corrigida para o volume alveolar, sem outras alterações. Observada em Oftalmologia que excluiu hamartomas nodulares ou manchas acrómicas na retina.

Discussão: O pneumotórax espontâneo secundário é uma complicação *major* da LAM. Esta doença rara pode ocorrer esporadicamente ou associada a esclerose tuberosa. Na presença de LAM e angiomiolipomas renais, só deve considerar-se como definitivo o diagnóstico de esclerose tuberosa na presença de um outro critério. O presente caso pretende visitar esta entidade a propósito de uma doente admitida por pneumotórax.

Palavras chave: Pneumotórax. Linfangioleiomiomatose. Esclerose tuberosa.

P-155. QUILOTÓRAX NÃO TRAUMÁTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

E. Brysch, F. Oliveira, A.S. Oliveira, L. Carvalho, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O quilotórax é uma forma pouco frequente, mas importante, de derrame pleural. É caracterizado pela acumulação de líquido linfático no espaço pleural, secundária a lesão do ducto torácico. O diagnóstico baseia-se na medição de colesterol, triglicéridos e quilomicra no líquido pleural. O quilotórax pode ser traumático ou não-traumático. O quilotórax não-traumático tem como principal causa as doenças malignas, sendo que os linfomas representam a maioria dos casos.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma mulher de 69 anos, não fumadora, com diagnóstico prévio de dislipidemia, que recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico caracterizado por tosse seca, anorexia, astenia e sudorese nocturna com um mês de evolução, agravado posteriormente por dispneia e torcalgia direita do tipo pleurítico. Sem história de trauma ou cirurgia recente. Ao exame objectivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do campo pulmonar direito. Sem outras alterações nomeadamente adenomegalias periféricas palpáveis. Analiticamen-

te tinha linfocitose relativa e aumento da proteína C reactiva. Na radiografia do tórax apresentava imagem de hipotransparência no 1/3 inferior do campo pulmonar direito sugestivo de derrame pleural. Realizou toracocentese com saída de 1900cc de líquido pleural de aspecto leitoso, cujas características bioquímicas confirmaram o diagnóstico de quilotórax. Realizou biopsias pleurais que não evidenciaram tecido neoplásico. Por recorrência do derrame pleural foi colocado drenagem torácica e iniciou dieta hipolipídica rica em triglicéridos de cadeia média. Realizou tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica que detectou uma volumosa massa abdominal envolvendo o retroperitônio, a gordura mesentérica, ansas do delgado, grandes vasos abdominais, sem evidentes defeitos da permeabilidade do tronco celiaco e artéria mesentérica superior. Associavam-se adenomegalias lombo-aórticas, viscerais abdominais, justa-frénicas, latero-aórticas descendentes, supra-claviculares esquerdas e na cadeia mamária interna direita. Pelo contexto clínico e pela morfologia da lesão, colocou-se a hipótese de doença linfoproliferativa. Realizou biópsia guiada por TC de dois gânglios linfáticos abdominais cujo resultado anatomo-patológico revelou linfoma difuso de grandes células B. Dos marcadores tumorais destacam-se aumento do CA-125 e enolase neuro-específica. Realizou mielograma e biópsia osteomedular para estadiamento da doença. O mielograma revelou medula normocelular sem desvio da relação mieloide/eritróide, sem alterações morfológicas, presença de 9% de plasmócitos e na biópsia não se observou infiltração de elementos atípicos. Iniciou metilprednisolona 1 grama por dia durante 3 dias. Após confirmação de diagnóstico a doente iniciou ciclo com R-CHOP.

Discussão: A presença de quilotórax não traumático está muito associado a doenças linfoproliferativas, que muitas vezes se apresentam com doença extra-nodal avançada e que podem ser rapidamente fatais se não tratadas precocemente. O nosso caso demonstra a importância das manifestações pulmonares secundárias a doenças de outros sistemas. Salienta-se igualmente a importância da realização precoce exames complementares na obtenção de um diagnóstico definitivo e uma rápida orientação terapêutica dirigida à causa.

Palavras chave: Derrame pleural. Quilotórax. Doenças linfoproliferativas.

P-156. EMPIEMA TORÁCICO: EXPERIÊNCIA COM FIBRINÓLISE INTRA-PLEURAL

S.A. Heleno, M. Afonso, T. Gomes, J. Silva, M. Esteves, S. Raimundo, A. Alexandre, D. Apolinário, A. Afonso

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

Introdução: O empiema torácico define-se como um processo infeccioso do espaço pleural, tendo como substrato derrame pleural prévio. Apresenta uma incidência crescente, sobretudo em idade avançada e em contexto de estados de imunossupressão. Condição morbi-mortalidade significativa, internamentos prolongados, tornando-se, neste sentido, importante o estudo de novas abordagens terapêuticas. A fibrinólise intra-pleural tem um papel adjuvante; meta-análises sugerem a sua possibilidade de aceleração da recuperação e redução do tempo de hospitalização.

Objetivos: Avaliação dos resultados da terapêutica fibrinolítica intra-pleural na abordagem do empiema torácico em doentes internados num Serviço de Pneumologia de um Hospital terciário. Comparação de aspetos clínicos e *outcomes* entre doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica e os submetidos a tratamento convencional.

Métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos de doentes internados com o diagnóstico de empiema num Serviço de Pneumologia entre janeiro de 2011 e Maio de 2016.

Resultados: Durante o período analisado, foram internados 34 doentes com diagnóstico de empiema - com média de idades de 65,2

anos ($\pm 13,3$ anos) - dos quais 27 (81,8%) eram do género masculino. Onze apresentavam antecedente de neoplasia pulmonar e/ou outros estados de imunossupressão, dez tinham hábitos alcoólicos marcados. O diagnóstico foi estabelecido por critérios bioquímicos de empiema em 22 doentes, e foram observadas características macroscópicas compatíveis com empiema em 19. Foi colocada drenagem torácica em 97% dos doentes ($n = 33$), dos quais 27,3% ($n = 9$) realizaram fibrinólise intra-pleural com alteplase. Os doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica estiveram internados em média menos cinco dias relativamente aos que não realizaram o protocolo ($27,3 \pm 10,7$ dias nos doentes que efetuaram fibrinólise vs $32,4 \pm 16,7$ dias nos restantes, com um valor de estatística-teste de $-0,989$, para um IC a 95% entre $-15,58$ e $5,53$; valor $p 0,334$). Dois doentes faleceram no decurso do internamento, nenhum dos quais havia feito fibrinólise. Não houve relatos de complicações decorrentes do procedimento, ainda que três dos doentes não tivessem completado o protocolo por exteriorização parcial do dreno. Nenhum doente foi referenciado para tratamento cirúrgico.

Conclusões: O empiema torácico revelou-se uma patologia relativamente frequente neste Serviço. Verificou-se uma tendência para menor tempo de internamento no grupo de doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica intra-pleural, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa, possivelmente devido ao ainda reduzido número de doentes submetidos a fibrinólise. Esta revelou-se uma técnica segura. Observou-se uma prevalência considerável de alcoolismo, e estados de imunossupressão nesta amostra, que são fatores de risco conhecidos para esta patologia.

Palavras chave: Empiema. Fibrinólise intra-pleural. Internamento.

P-157. DERRAME PLEURAL E DOENÇA DE CASTLEMAN

C. Braço Forte¹, C. Cruz², F. Semedo², S. Carreira¹, F. Diaz¹, S. Sousa¹, M. Bonnet¹, I. Fernandes¹, C. Rodrigues³, S. Mendes³, M. Alvoeiro³, F. Félix³, P. Duarte¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de Setúbal. ³Serviço de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar Lisboa-Norte.

Introdução: A doença de Castleman é uma doença rara do tecido linfoide.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino, de 50 anos, ex-fumador, seguido por líquen plano oral com envolvimento esofágico. Foi referenciado a Pneumologia por derrame pleural. A radiografia de tórax revelou derrame pleural e a avaliação por TC evidenciou volumosa lesão expansiva sólida, mediastínica, com múltiplas calcificações grosseiras dispersas, condicionando moldagem e efeito compressivo sobre as estruturas vasculares associado a derrame pleural esquerdo e atelectasia passiva. Foi submetido a toracocentese e biópsia pleural. O líquido pleural foi compatível com exsudado com células mesoteliais reativas e alguns linfócitos; a histologia revelou tecido pleural com escasso infiltrado linfocitário. A PET-scan mostrou hipercaptação ligeira a moderada e heterogénea na massa no mediastino anterior, sem outros focos de captação anómala. Avaliado pela Cirurgia Torácica, tendo sido submetido a exérese de tumor do mediastino. O resultado anatomo-patológico mostrou aspetos compatíveis com Doença de Castleman variante hialino vascular.

Discussão: O caso clínico pretende recordar esta entidade, descrita inicialmente como hiperplasia linfoide benigna, de origem desconhecida, frequentemente encontrado como massa mediastínica e que se pode associar a derrame pleural. A associação a lesões cutâneas, na sua maioria descritas como lesões paraneoplásicas tem sido descrita, sendo rara a associação a líquen plano.

Palavras chave: Derrame pleural. Massa mediastínica.

P-158. HEMOPNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO. CASO CLÍNICO

M. Nobre Pereira, K. Cunha, H. Ramos, V. Areias, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: O hemopneumotórax espontâneo consiste na causa mais comum de hemotórax não traumático, sendo este uma complicação dos pneumotórax espontâneos em cerca de 3 a 7% dos casos (2 a 3% se pneumotórax espontâneo primário). Ocorre provavelmente pela ruptura de adesões vasculares entre a pleura visceral e parietal, associada ao colapso pulmonar. Afeta sobretudo doentes mais jovens, com idades compreendidas entre os 22 e 34 anos, e do género masculino.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 42 anos, caucasiano, montador de tetos falsos, fumador (20 UMA), que recorreu ao Serviço de Urgência (S.U.) por emagrecimento de 5 kg e dor intermitente, tipo moínha, na base do hemitórax esquerdo com 3 meses de evolução. Referia também tosse produtiva com expectoração mucopurulenta desde há 2 semanas. Na noite anterior à vinda ao S.U., iniciou quadro de dor pleurítica intensa na base do hemitórax esquerdo, associada a dispneia de agravamento progressivo, de instalação súbita e em repouso, sem fatores de alívio. Negava traumatismos. Objetivamente no S.U. destacava-se palidez, hipersudorese, taquicárdia, SatO₂ 98% (FiO₂ 21%) e quase abolição do murmúrio vesicular do hemitórax esquerdo à auscultação pulmonar, com semiologia de pneumotórax à esquerda. Analiticamente de salientar a subida dos parâmetros inflamatórios e anemia normocítica normocrômica. Radiografia de tórax com evidência de hidropneumotórax à esquerda, de grande dimensão, condicionando ligeiro desvio do mediastino para a direita, pelo que se procedeu à colocação de dreno torácico, com saída de ar e líquido hemático, tendo drenado no total 3.480 mL. Dos exames realizados durante o internamento de salientar: líquido pleural com características de exsudado, relação hematócrito líquido pleural/sérico de 95%; citologia, exame bacteriológico e micobacteriológico do líquido pleural negativos; biópsia pleural com moderado infiltrado inflamatório e exame micobacteriológico direto e cultural negativos; broncofibroscopia sem alterações; exame micobacteriológico direto e cultural da expectoração e secreções brônquicas negativo; serologias virais negativas; TC tóraco-abdominal com finas áreas de pneumotórax, com líquido pleural não coletado e não puro com áreas de provável natureza hemática, atelectasia da quase globalidade do parênquima pulmonar do lobo inferior esquerdo, exceto do segmento apical. Foi ainda medicado com amoxicilina + ácido clavulânico, com melhoria clínica e radiológica progressiva. Reavaliação em consulta 1 mês depois encontrava-se clinicamente bem, com radiografia do tórax observando-se uma fina lâmina de derrame pleural à esquerda, com subida da hemicúpula.

Discussão: Em suma, o hemopneumotórax espontâneo é raro e pode culminar em complicações fatais, pelo que é importante o reconhecimento precoce e a intervenção conservadora, toracoscópica ou cirúrgica, ponderando caso a caso, não havendo necessidade de medidas mais invasivas se o doente melhorar clinicamente e o hemopneumotórax resolver com drenagem torácica.

Palavras chave: Hemopneumotórax. Hemotórax. Pneumotórax.

P-159. UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE DERRAME PLEURAL

I. Carrilho de Oliveira, I. Sales Ribeiro, F. Martins, M. Raposo, F. Nogueira

Serviço de Pneumologia, Hospital Egas Moniz, CHLO.

Introdução: O derrame pleural resulta de uma acumulação anormal de líquido no espaço pleural. O seu diagnóstico pode ser desafiante, principalmente se estivermos perante um exsudado, cuja lista de

diagnósticos diferenciais é extensa e habitualmente implica uma avaliação exaustiva. Em cerca de 25% dos casos o diagnóstico etiológico não é realizado numa primeira avaliação.

Caso clínico: Sexo masculino, 61 anos, raça negra, com antecedentes pessoais de doença renal crónica de etiologia desconhecida submetido a transplantação renal 7 anos antes e medicado habitualmente com irbesartan, micofenolato de mofetil, sirolimus, prednisolona e pantoprazol. Internado no serviço de Pneumologia por um quadro com cerca de dois meses de evolução caracterizado por dispneia, temperaturas sub-febris e anorexia. A telerradiografia de tórax revelou um derrame pleural extenso e loculado, à direita, tendo realizado toracocentese diagnóstica que revelou um quilotorax sobreinfectado por salmonella do grupo b. O derrame foi drenado e cumpriu antibioterapia dirigida com piperacilina + tazobactam com melhoria do quadro e resolução do derrame. A restante avaliação realizada nomeadamente, TC toraco-abdomino-pélvica, linfangiocintigrafia e ecocardiograma não relevaram alterações dignas de relevo. Aproximadamente 2 meses depois é re-internado por recidiva do derrame, desta vez bilateral, com características de exsudado mas sem aumento dos triglicéridos. O estudo microbiológico nomeadamente, bacteriológico, micológico e micobacteriológico foi negativo. A citologia do líquido foi negativa para células malignas e a biópsia pleural apresentava características de pleurite crónica, sem evidência de malignidade. Apesar de não apresentar outras queixas de órgão ou sistema, dado o caráter recidivante do derrame, realizou estudo imunológico para exclusão de patologia auto-imune que também foi negativo. Teve alta clinicamente melhorado. Cerca de 2 semanas depois, por novo agravamento clínico, houve necessidade de re-internamento. Mantinha, imagiológica-mente, evidência de derrame bilateral. Nesta fase, após exclusão das causas acima mencionadas e dado haver, na literatura, casos descritos de derrame pleural associado ao sirolimus, colocou-se a hipótese de se tratar de um derrame iatrogénico associado a este fármaco. Foi discutida a hipótese de suspensão do fármaco, juntamente com o seu nefrologista assistente, pelo que se alterou a terapêutica imunossupressora para tacrolimus, tendo-se verificado melhoria clínica e imagiológica, sem novos episódios de recidiva do derrame.

Discussão: Alguns dos efeitos adversos mais frequentes do sirolimus incluem: dislipidémia, proteinúria, anemia e trombocitopenia. No entanto, tem havido um número crescente de casos com complicações mais raras como: pneumonia intersticial, proteinose alveolar pulmonar, linfedema, derrame pleural e pericárdico. O mecanismo responsável pelo desenvolvimento destes derrames não está completamente esclarecido no entanto, alguns autores sugerem que a causa esteja relacionada com o efeito anti-hemangiogénico deste fármaco ao inibir os recetores VEGF responsáveis pela linfangiogénese. A incidência deste efeito adverso ainda não está estabelecida mas, segundo alguns estudos, ronda os 10%. O diagnóstico de derrame pleural induzido por fármacos é um diagnóstico de exclusão. Quando o estudo etiológico do derrame é inconclusivo, há que pensar nas causas iatrogénicas, nomeadamente farmacológicas, como no caso clínico apresentado, mesmo quando não é um efeito comum do fármaco em questão.

Palavras chave: Derrame pleural. Sirolimus.

P-160. DERRAME PLEURAL DIREITO COM AMILASE ELEVADA, UM PERCURSO DIFÍCIL

M. Filipe Guia, C. Sousa, C. Longo, J. Branco, L. Lourenço, D. Horta, J.P. Boléo-Tomé, R. Costa, F. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE.

Caso clínico: Homem de 55 anos, caucasiano, funcionário público, fumador (30 unidades maço-ano), consumidor de álcool (40 g/dia), sem exposições ocupacionais ou outros antecedentes relevantes.

Recorreu ao hospital por quadro de toracalgia direita, sem dispneia, tosse ou febre associadas, com mais de uma semana de evolução. À observação, normotenso, apirético, sem dificuldade respiratória, com abolição do murmúrio vesicular na base do hemitórax direito; na radiografia torácica constata-se derrame pleural aparentemente livre ocupando a metade inferior do hemitórax direito. Analiticamente apresentava hipoxémia (64 mmHg), aumento da amilásémia (183 U/L, referência 25-115 U/L) e níveis séricos de péptido natriurético auricular normais. Ficou internado para investigação etiológica. Realizou toracocentese de líquido sero-hemático com características de exsudado (proteínas totais 3,6 g/dL, LDH 210 U/L, valores séricos 5,78 g/dL e 143 U/L, respectivamente), com franco aumento dos valores de amilase (superiores a 13.000 U/L) e níveis de glicose e de adenosina desaminase normais. O exame directo e cultural para micobactérias foi negativo; a citologia não mostrava células neoplásicas. A tomografia computadorizada torácica confirmou o derrame pleural direito e atelectasia segmentar do lobo médio, revelando também pequeno derrame pleural esquerdo e várias áreas de enfisema centrilobular. Fez broncofibroscopia, que não mostrou alterações, sendo a citologia das secreções brônquicas negativa para células neoplásicas. O derrame recidivou, levando à realização de novas toracocenteses, com líquido pleural de características semelhantes. Decidiu-se realizar toracosopia, observando-se pequenos nódulos na pleura parietal com áreas suspeitas de linfangiose, nódulos na pleura diafragmática e um na pleura visceral; as biopsias revelaram apenas alterações reactivas, sem neoplasia. Durante o internamento o doente apresentou episódios de epigastralgias acompanhadas de aumento dos níveis de amilásémia (entre 270 e 571 U/L). Por suspeita de etiologia pancreática realizou tomografia abdominal, que revelou quisto no istmo pancreático. Fez também ressonância magnética abdominal, onde se constataram imagens quísticas retrocraurais contactando com o limite inferior da loca pleural direita, bem como quistos no contorno superior do istmo pancreático (o maior dos quistos, de 18 mm, em provável comunicação com o ducto de Wirsung). Iniciou seguimento em Gastrenterologia, tendo feito colangio-pancreatografia retrógrada endoscópica, na qual não se conseguiu proceder à canulação do ducto de Wirsung. Realizou também colangio-ressonância que não apresentou alterações. Actualmente mantém-se estável e em vigilância, sem recidiva do derrame.

Discussão: Admite-se que o derrame pleural direito recidivante resultou de episódios de pancreatite aguda não litiásica de repetição associados a fístula pancreato-pleural, que provavelmente encerrou espontaneamente, dando origem aos quistos pancreáticos e retro-craurais identificados. A fístula pancreático-pleural é uma causa rara de derrame pleural (menos de 1% dos casos), e geralmente produz derrames esquerdos, o que ilustra a maior raridade deste caso. O diagnóstico correto obriga a um elevado índice de suspeição.

Palavras chave: Derrame pleural. Derrame pleural direito. Amilásémia. Fístula pancreato-pleural.

P-161. PNEUMOTÓRAX PRIMÁRIO ESPONTÂNEO, A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

R. Silva, I. Vicente, J. Barata, E. Magalhães, M.J. Valente, M.S. Valente

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário define-se pela presença de ar no espaço pleural, em doentes sem aparente doença pulmonar. A incidência varia de 1,2 a 6 casos por 100.000 habitantes no sexo feminino a 7,4 a 18 casos por 100.000 habitantes no sexo masculino.

Métodos: Foram incluídos todos os doentes com o diagnóstico de pneumotórax primário espontâneo, internados no centro hospitalar no período compreendido entre 1 de janeiro de 2000 a 31 de Agosto

de 2015. Foram analisadas várias variáveis como: o sexo, idade, história de tabagismo, lateralidade, sintomas, tipo de tratamento e a sazonalidade.

Resultados: Foram encontrados 73 casos de pneumotórax espontâneos primários diagnosticados no período referido, sendo que 16 foram recidivas. Desses, 62 eram do sexo masculino, 55 eram fumadores e 67 apresentaram-se com dor torácica, 5 casos com dor pré cordial e apenas 6 casos com dispneia. A idade variou entre os 16 e os 82 anos, sendo a média de 34,8 anos. Quanto à lateralidade, em 55 casos o pneumotórax era do lado esquerdo. Relativamente à sazonalidade, dividiu-se o ano em 2 semestres, o semestre mais quente de maio a outubro e o semestre mais frio, de novembro a abril, 46 casos apareceram de maio a outubro e os restantes de novembro a abril. A média de dias de internamento foi de 7,09 dias, o tratamento foi conservador em 7 doentes, foi colocado dreno torácico em 56 doentes sendo que em 12 destes doentes não houve resolução apenas com drenagem, tendo estes sido submetidos posteriormente a cirurgia, em 10 doentes o tratamento de primeira linha foi a cirurgia.

Conclusões: Tal como se encontra descrito na literatura, houve uma maior incidência de pneumotórax espontâneo primário em indivíduos do sexo masculino (85%) e fumadores (66%). A apresentação mais frequente foi a dor torácica no lado ipsilateral (93%) e os casos de doentes que referiram dispneia foram muito poucos. Apesar de alguns casos nos extremos de idades, a idade média foi 34,8 anos, já que o pneumotórax primário espontâneo aparece normalmente em indivíduos com menos de 40 anos. Um dado curioso e de realçar foi o facto da maioria dos casos de pneumotórax terem aparecido durante os meses mais quentes do ano. Em relação ao tratamento e resolução da situação o tratamento mais utilizado foi a drenagem pleural, no entanto foi necessário recorrer ao tratamento cirúrgico em alguns casos. Os casos submetidos a cirurgia, trataram-se de doentes cujo pneumotórax não foi resolvido com drenagem torácica ou, nos casos de cirurgia como tratamento de primeira linha, de doentes com recidivas. A experiência do Centro Hospitalar no diagnóstico e tratamento do pneumotórax primário espontâneo é semelhante à de outros centros. No entanto os autores decidiram realizar esta casuística, pelo facto da região se encontrar na zona de maior altitude de Portugal continental, havendo estudos que implicam a pressão atmosférica no aparecimento do pneumotórax.

Palavras chave: Pneumotórax primário espontâneo. Dreno torácico. Sazonalidade. Altitude. Pressão atmosférica.

P-162. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO: ESTUDO RETROSPECTIVO

V. Fernandes, T.M. Alfaro

Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: Define-se pneumotórax como presença de gás no espaço pleural. O pneumotórax espontâneo ocorre na ausência de traumatismo, e diferencia-se em espontâneo secundário (mais comum, associado a patologia pulmonar subadjacente), e espontâneo primário (em doentes sem patologia pulmonar). Na patogenia deste último estão alterações pleurais apicais denominadas *blebs*. A abordagem do doente com pneumotórax espontâneo primário tem sido objeto de discussão, sendo propostas várias estratégias incluindo a aspiração e a drenagem. Uma porção significativa dos doentes requer cirurgia para a sua resolução, mesmo quando se trata do primeiro episódio. Não existem, no entanto, atualmente formas simples de prever quais os doentes que irão necessitar desta abordagem.

Objetivos: Caracterizar a população de doentes internados num serviço de Pneumologia com o diagnóstico de pneumotórax espontâneo primário.

Métodos: Foram incluídos todos os doentes internados entre 2009 e 2015 com este diagnóstico num serviço de Pneumologia. Procedeu-

-se à recolha de dados demográficos, analíticos e clínicos. Foram ainda realizadas medições na radiografia inicial realizada no Serviço de Urgência (tamanho do pneumotórax, largura da coluna de ar traqueal e do tórax e altura dos corpos vertebrais das três primeiras vértebras torácicas). Foi efetuado um estudo comparativo entre os doentes submetidos ou não a cirurgia.

Resultados: Foram incluídos 44 doentes, com uma idade média de 24,7 anos sendo a maioria do sexo masculino (86,4%) e fumadores (59,1%). O tamanho do pneumotórax foi geralmente pequeno (< 2 cm). Em relação ao lado, estes foram mais frequentes à esquerda, diferença que se acentuou quando foram considerados apenas os pneumotórax pequenos. Nos doentes em que se tratava de recorrência, todos eram de pequenas dimensões. A duração das queixas foi em média de 2,2 dias, significativamente superior nas mulheres do que nos homens (4,2 vs 1,8 dias, $p < 0,05$, t de Student). Não existiu diferença temporal nas queixas entre os dois lados nem por se tratar de recorrência. Registaram-se em média 0,06 recorrências/ano por doente, valor que não foi influenciado pela idade nem se correlacionava com as medições radiográficas efetuadas. Do total, nove doentes (20,1%) foram submetidos a cirurgia imediata. Esta necessidade não se correlacionou com o sexo, idade ou tamanho do pneumotórax. As medições radiográficas também não foram preditoras de necessidade cirúrgica.

Conclusões: O pneumotórax espontâneo primário é mais comum em homens e fumadores. O tempo de evolução das queixas é significativamente superior nas mulheres. Com maior frequência, quando à esquerda a sua dimensão é menor. Existem duas interpretações possíveis: 1) por confusão com dor cardíaca, o doente recorre mais precocemente ao serviço de urgência; 2) trata-se de um viés condicionado pelo fato de a doença ser mais comum à esquerda associado a se terem incluído recorrências de um mesmo doente (sendo estas sempre de pequeno tamanho). O estudo encontra-se limitado pelo tamanho da amostra, e por nele não se incluírem os eventuais doentes internados diretamente do SU para o Centro de Cirurgia Cardio-torácica (habitualmente recorrentes).

Palavras chave: *Pneumotórax primário. Radiografia. Tabagismo.*

P-163. PNEUMONIA INTERSTICIAL DESCAMATIVA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Fernandes, L. Ferreira, T. Abreu, R. Macedo, A. Ribeiro, I. Correia, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A pneumonia intersticial descamativa (DIP) é uma doença pulmonar intersticial rara, caracterizada pela acumulação difusa e uniforme de macrófagos alveolares. O diagnóstico é histológico e surge habitualmente em homens fumadores, entre os 40 e 60 anos. No entanto, cerca de 10 a 42% dos doentes são não-fumadores, podendo ser idiopática ou secundária a doenças do tecido conjuntivo, exposição ocupacional a partículas inorgânicas, doenças infecciosas ou iatrogenia medicamentosa. O tratamento depende da etiologia subjacente e o prognóstico é geralmente bom.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 45 anos, raça branca, operária em fábrica de contadores (contacto com álcool etílico e material de soldadura) desde há 5 anos, ex-fumadora (3 UMA) desde há 2 meses, com antecedentes de rinosinusite e síndrome depressivo medicada com fluoxetina 20 mg. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro caracterizado por dispneia para pequenos esforços, tosse não produtiva intensa, disfonia e perda ponderal, com 1 mês de evolução. Foi observada previamente pelo seu médico assistente, tendo sido medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina, sem melhoria das queixas. Ao exame objetivo, encontrava-se polipneica, com saturação de O₂ em ar ambiente de 94% e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude bilateralmente, sem ruídos adventícios. Analiticamente apresentava

discreta leucitose e neutrofilia, trombocitose, elevação da PCR (6,5 mg/dL) e a gasometria arterial realizada em ar ambiente demonstrou insuficiência respiratória parcial. A telerradiografia do tórax evidenciou infiltrado intersticial difuso bilateral, sobretudo nos campos pulmonares inferiores e a tomografia computadorizada de tórax revelou vários focos de densificação em vidro despolido, envolvendo todos os lobos pulmonares, associando-se padrão reticular por espessamento septal intralobular de predomínio nos lobos inferiores. A broncofibroscopia evidenciou lesão da base da língua, edema das cordas vocais e árvore brônquica com mucosa discretamente hiperemiada. O lavado bronco-alveolar demonstrou padrão de alveolite mista neutrofílica (30%) e linfocítica (17%). Foi realizada biópsia pulmonar cujo resultado revelou hiperplasia de pneumócitos, fibrose de septos, metaplasia pavimentosa do brônquio e infiltrado inflamatório crónico. Foi submetida a biópsia da base da língua, que revelou denso infiltrado inflamatório crónico com neutrófilos e linfócitos, ulceração e marcada hiperplasia linfóide folicular. O estudo funcional respiratório demonstrou moderada diminuição da capacidade de difusão do monóxido de carbono, sem outras alterações. Para esclarecimento do quadro clínico-radiológico foi submetida a biópsia pulmonar por ressecção em cunha dos lobos superior direito e médio por vídeo-toracoscopia, cujo resultado histológico apresentava aspetos morfológicos compatíveis com pneumonia intersticial descamativa (DIP). Iniciou terapêutica com prednisolona e estudo para exclusão de causas secundárias.

Discussão: Embora a DIP esteja fortemente associada ao tabagismo, os autores salientam a importância da investigação detalhada de outras causas secundárias, nomeadamente a exposição ocupacional a partículas inorgânicas, necessária para uma correta abordagem terapêutica. A biópsia pulmonar cirurgia é essencial para o diagnóstico desta patologia.

Palavras chave: *Pneumonia intersticial descamativa. Doença pulmonar intersticial. Exposição ocupacional. Tabaco.*

P-164. SARCOIDOSE: MANIFESTAÇÃO SISTÊMICA EM ANGIOMIOLIPOMA RENAL?

A.A. Santos¹, V. Henriques², L. Monteiro², J.M. Correia¹, F. Nogueira¹

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.* ²*Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.*

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida. Os pulmões e os gânglios linfáticos intratorácicos são afetados em mais de 90% dos doentes. Afeta todos os grupos raciais e étnicos, mas a sua incidência é superior nos países do norte da Europa (5 a 40 por 100.000 habitantes). Portugal apresenta uma prevalência relativamente baixa desta doença. A frequência das manifestações clínicas relacionadas com o envolvimento orgânico é muito inconstante, dependendo da investigação diagnóstica efetuada para detetar e avaliar a extensão do comprometimento orgânico. Sarcoidose associada a uma neoplasia renal não epitelial é extremamente rara. Reportamos o segundo caso descrito na literatura de associação de granulomas sarcóides a angiomiolipoma renal, como primeira manifestação de sarcoidose extra-pulmonar.

Caso clínico: Mulher de 45 anos, assistente operacional, fumadora ativa de 35UMA, enviada da Medicina Geral e Familiar por apresentar em tomografia computadorizada (TC) dirigida ao abdómen, que efetuou na sequência de acidente de trabalho, uma lesão nodular de contornos irregulares no segmento posterobasal do lobo inferior esquerdo (LIE). A mesma TC apresentava uma lesão nodular do rim esquerdo em provável relação com angiomiolipoma. Apresentava-se sem sintomatologia respiratória, apenas com referencia a anorexia. Ao exame objetivo não havia alterações de relevo. Fez TC torá-

cica que documentava no LIE um nódulo de 2,2 cm de diâmetro, aderente à pleura e mais quatro zonas grosseiramente nodulares no segmento posterior do lobo superior direito (LSD). Apresentava ainda volumosas adenopatias mediastínicas e hilares. Considerou-se diagnóstico diferencial entre sarcoidose e neoplasia do pulmão. A broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e a biopsia pulmonar transtorácica dirigida ao nódulo do LIE foram compatíveis com o diagnóstico de sarcoidose. Dado ausência de repercussão no estudo funcional respiratório e ausência de clínica, não se considerou indicação para tratamento. Manteve vigilância clínica em consulta de Pneumologia. Após observação pela urologia foi realizada enucleação do tumor renal. O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de angiomiolipoma e detectou numerosos granulomas histiocitários, não-necrotizantes, de tipo sarcóide. Confirmado o atingimento extra-pulmonar/multiorgânico, foi iniciada terapêutica com corticoide sistêmico.

Discussão: Apesar de não se poder excluir com absoluta certeza tratar-se de uma reação sarcóide no angiomiolipoma, estas são extremamente raras em tumores mesenquimatosos. Assim, e dado a presença concomitante de lesões pulmonares nesta doente, trata-se mais provavelmente de um envolvimento por sarcoidose de um angiomiolipoma. Se assim o considerarmos, a revisão da literatura científica indica tratar-se do segundo caso reportado, a nível mundial.

Palavras chave: Sarcoidose. Angiomiolipoma.

P-165. A INCERTEZA NA SARCOIDOSE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

P.S. Santos, C. Cruz, S. Freitas, F. Fradinho

Serviço de Pneumologia A, CHUC.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa não-caseosa, multissistêmica, de causa desconhecida, que atinge com mais frequência adultos jovens. A sua apresentação e curso clínico são muito variáveis, desde a ausência de sintomas a manifestações agudas ou crônicas relacionadas com os diferentes órgãos afetados.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 47 anos de idade, não fumadora, engenheira de telecomunicações, seguida em consulta de pneumologia desde 2010, por dispneia de esforço e astenia com 1 ano de evolução. Ao exame objetivo, destacava-se à auscultação pulmonar a presença de sibilância bilateral. Analiticamente, apresentava hemograma, VS, auto-imunidade, imunoglobulinas e SACE normais. Na telerradiografia do tórax eram visíveis infiltrados pulmonares periféricos e linfadenopatia hilar bilateral. A TC torácica de alta resolução evidenciou micronodulação perilinfática de predomínio superior e adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. As provas funcionais respiratórias apresentavam preservação dos volumes pulmonares com DLCO de 67.1%. A broncofibroscopia não mostrava alterações macroscópicas, a microbiologia do aspirado brônquico foi negativa e o LBA mostrou linfocitose de 21% e relação CD4/CD8 elevada. Foi submetida a mediastinoscopia, cuja histologia demonstrou tratar-se de uma sarcoidose, tendo realizado corticoterapia sistêmica com prednisolona 40 mg durante 8 meses. Posteriormente, realizou cintigrafia com gálio que demonstrou atividade inflamatória da doença, motivo pelo qual, foi introduzido metotrexato 20 mg durante 2 meses, com boa resposta clínica, funcional e sem envolvimento de outros órgãos alvo. No entanto, passados dois anos, em TC tórax de controlo verificou-se agravamento radiológico sendo visíveis áreas de fibrose pulmonar bilaterais, com atividade inflamatória documentada em cintigrafia com gálio. Apesar desta evolução, optou-se por não realizar tratamento sistêmico, ficando apenas a doente em vigilância em consulta de pré-transplante pulmonar. Desde então, tem permanecido assintomática, sem evidência de agravamento clínico, radiológico e funcional.

Discussão: O tratamento dos doentes com sarcoidose pulmonar em estágio IV permanece controverso, uma vez que nesta fase a doença já está tão estabelecida, que não há benefício assinalável na realização de terapêutica sistêmica. Normalmente, estes doentes são referenciados para transplante pulmonar. No entanto, no caso clínico apresentado, apesar da doente se encontrar no estágio IV, têm-se verificado estabilidade clínica, radiológica e funcional sem qualquer tipo de tratamento nos últimos anos, encontrando-se apenas em vigilância na consulta de pré-transplante pulmonar. Em suma, cada caso deve ser analisado individualmente face à heterogeneidade que se tem verificado nesta patologia.

Palavras chave: Sarcoidose. Tratamento. Evolução.

P-166. TOXICIDADE PULMONAR AO RITUXIMAB. CASO CLÍNICO

L. Meira, F. Aguiar, N. Melo, P. Caetano Mota, I. Brito, A. Morais

Serviço de Pneumologia; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O anticorpo monoclonal anti-CD20 (rituximab), é utilizado em diferentes patologias, desde doenças hemato-oncológicas a doenças imunomediadas, com considerável eficácia. Os efeitos secundários inerentes ao seu uso ocorrem sobretudo durante a sua administração. Embora rara, a toxicidade pulmonar pode surgir, habitualmente com sinais e sintomas inespecíficos, como dispneia, tosse, febre, fadiga, dor pleurítica, ou de forma assintomática. A toxicidade não está relacionada com a dose ou número de administrações.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 19 anos, com LES juvenil com nefropatia lúpica classe IV diagnosticado em 2006. Efetuou tratamento de indução com ciclofosfamida e manutenção com micofenolato de mofetil (MMF) com resposta favorável e estado clínico estável. Em dezembro de 2012 apresentou agravamento do atingimento renal, sem resposta à otimização terapêutica, tendo-se decidido realizar pulsos de metilprednisolona e ciclo (duas tomas em 15 dias) de rituximab (1g), que decorreu sem intercorrências e com boa resposta. Repetiu ciclo de rituximab em dezembro de 2013 por apresentar novo agravamento renal, sem registos de intercorrências. Manteve terapêutica (MMF 2 g/dia) com estabilidade clínica. Em abril de 2015, iniciou dor pleurítica, dispneia e expectoração hemoptóica. Nos exames complementares realizados constatou-se alterações analíticas sugestivas de atividade lúpica. A TC tórax mostrou vidro despolido, condensação no lobo médio, derrames pericárdico e pleural bilateral, tendo-se assumido quadro de *flare* lúpico com infeção respiratória associada. Realizou corticoterapia endovenosa, antibioterapia e novo ciclo de rituximab, mantendo MMF na dose habitual, com melhoria clínica global. Cerca de 2 semanas após 2ª toma de rituximab, a doente desenvolveu dispneia, tosse seca e astenia. Dos exames efetuados salientava-se hipoxemia, aumento dos parâmetros inflamatórios sem evidência analítica de atividade lúpica. A angio-TC tórax mostrou vidro despolido bilateral difuso, sem sinais tromboembolismo pulmonar. A broncofibroscopia com lavado broncoalveolar evidenciou linfocitose intensa, sem hemorragia alveolar e estudo microbiológico negativo. Realizou corticoterapia com melhoria clínica, imagiológica e analítica. Interpretou-se este quadro como provável toxicidade pulmonar ao rituximab.

Discussão: A toxicidade pulmonar ao rituximab é rara mas potencialmente fatal. Os sintomas são inespecíficos e podem mimetizar manifestações no contexto da doença subjacente, como o caso descrito. É necessário um elevado índice de suspeição clínica para se fazer o correto e atempado reconhecimento desta entidade, de forma a instituir a terapêutica adequada.

Palavras chave: Toxicidade. Rituximab. Lupus eritmatoso sistêmico.

P-167. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

P. Santos, C. Cruz, F. Fradinho

Serviço de Pneumologia, CHUC/HUC.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) engloba um grupo de doenças pulmonares causadas pela exposição repetida a um antigénio inalado, por um doente previamente sensibilizado e suscetível. A PH caracteriza-se por sintomas e achados físicos inespecíficos, sendo, frequentemente, subdiagnosticada. As formas atípicas constituem um desafio diagnóstico, podendo a anatomia patológica dar um contributo importante para o diagnóstico de PH. **Caso clínico:** Doente do sexo masculino de 67 anos de idade, não fumador, trabalhador na construção civil, que recorreu ao serviço de urgência em Fevereiro de 2016, por tosse seca, dispneia e toracalgia direita de características pleuríticas com 5 dias de evolução, tendo tido alta com o diagnóstico de pneumonia do lobo superior direito e medicação com amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina. Após 2 meses por manutenção da sintomatologia, recorre novamente ao serviço de urgência. Ao exame objetivo, apresentava-se apirético, eupneico, com crepitações na base pulmonar direita. Analiticamente, registava-se discreta elevação da PCR e leucocitose, gasometricamente sem insuficiência respiratória relevante e radiologicamente com hipotransparência na base pulmonar direita. Foi internado com o diagnóstico de pneumonia do lobo inferior direito. Sem antecedentes patológicos relevantes. Salienta-se o contacto com galinhas, porcos e ovelhas. A pesquisa de VIH, auto-imunidade, antigénios urinários e culturas microbiológicas séricas foram negativas, tal como a pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes. As imunoglobulinas apresentavam-se normais, com exceção da IgE com 227 UI/ml ($N < 100$) e o exame parasitológico das fezes foi negativo. A TC torácica de alta resolução evidenciou extensa área de densificação parenquimatosa com broncograma aéreo no lobo inferior direito e ainda outras áreas de densificação parenquimatosa vagamente nodulares dispersas em praticamente todos os lobos pulmonares. Associadamente, eram visíveis algumas áreas em vidro despolido predominantemente nos lobos superiores, sendo as alterações sugestivas de COP. Foram realizadas provas funcionais respiratórias que mostraram padrão restritivo com difusão de CO normal. A broncofibroscopia com LBA mostrou linfocitose de 51% e razão CD4/CD8 baixa. Foram também realizadas biópsias transbrônquicas ao nível do lobo inferior direito, cuja histologia revelou tratar-se de uma pneumonia de hipersensibilidade, tendo realizado corticoterapia com melhoria clínica e radiológica, tendo tido alta hospitalar com indicação para seguimento em consulta externa de pneumologia.

Discussão: O diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade requer elevado índice de suspeição, necessitando de uma extensa investigação para confirmar este diagnóstico e afastar outros possíveis diagnósticos diferenciais.

Palavras chave: Doença pulmonar intersticial. Pneumonite de hipersensibilidade.

P-168. SARCOIDOSE EM FASE AVANÇADA. CASO CLÍNICO

D. Silva¹, R. Rosa¹, C. Dantas¹, M. Emiliano¹, I. Gonçalves^{1,2}, J. Cardoso^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta. ²Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Caso clínico: Homem, 51 anos, raça negra, ex-fumador, pedreiro activo, previamente saudável. Referenciado à consulta de Pneumologia por dispneia de esforço de agravamento progressivo e tosse produtiva com vários meses de evolução, acompanhados por anorexia e perda ponderal recentes. A radiografia torácica revelou

hipotransparência heterogénea em ambos os campos pulmonares superiores. Na tomografia computadorizada do tórax observavam-se alterações fibróticas acentuadas dos lobos superiores e segmentos apicais dos lobos inferiores, a que se associavam bronquiectasias cilíndricas e varicosas com a mesma localização, densificação micronodular sub-cisural, traqueobroncomegália, pneumotórax bilateral mínimo e adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais não calcificadas. Analiticamente, elevação da enzima de conversão da angiotensina e hipergamaglobulinémia. A nível gasimétrico, de referir hipoxémia em repouso e em ar ambiente (pressão parcial de oxigénio de 65 mmHg e saturação de 93%). O estudo funcional respiratório foi sugestivo de alteração ventilatória restritiva grave (capacidade pulmonar total de 30%), não sendo possível realizar-se a espirometria por dificuldade na colaboração. Na prova de marcha de seis minutos percorreu 54% da distância prevista, tendo necessitado de aporte suplementar de oxigénio (incremento até 6 L/min) devido a dessaturação grave. Além da distorção arquitectural da árvore traqueobrônquica não foram encontradas alterações endoscópicas. O exame bacteriológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar foi negativo; citometria de fluxo com predomínio de monócitos/macrófagos (53%), sem linfocitose (10%) e com relação CD4/CD8 baixa (1.12). A citologia aspirativa de gânglio do grupo 4R interessou gânglio linfático, sem granulomas, células neoplásicas ou células com fenótipo de neoplasia linfóide madura B ou T. As biópsias brônquicas foram inocentes. Nas biópsias pulmonares transbrônquicas identificou-se um esboço de granuloma. Face à rápida deterioração clínica e funcional, com restrição grave e dessaturação significativa no esforço, optou-se por protelar a realização de biópsia pulmonar cirúrgica ou mediastinoscopia. Admitiu-se o diagnóstico presumptivo de sarcoidose estágio IV e iniciou corticoterapia oral (prednisolona) com melhoria clínica, imagiológica e funcional após três meses de tratamento.

Discussão: A sarcoidose é uma doença multissistémica de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. O seu diagnóstico é baseado em alterações clínico-radiológicas com evidência histológica de granulomas não caseosos, após exclusão de outras doenças granulomatosas. Em alguns casos particulares, pode assumir-se um diagnóstico presumptivo baseado apenas nos achados clínicos e radiológicos, como é o caso da sarcoidose em estágio IV, em que é particularmente comum a obtenção de biópsias pulmonares de tecido extensamente fibroso. Radiologicamente, a perda de volume e distorção arquitectural são achados muitas vezes observados, sendo que tomograficamente são característicos deste estágio, além das alterações fibróticas, as bronquiectasias de tracção, o padrão de favo-de-mel e a angulação brônquica, predominantemente nos lobos superiores e médios. A taxa mortalidade em doentes com sarcoidose em estágio IV é estimada em 16% aos 10 anos. Muitas questões ainda se levantam relativamente ao tratamento. Neste estágio em particular, embora a fibrose pulmonar seja um evento irreversível, a corticoterapia tem um efeito importante na redução de inflamação subjacente habitualmente presente, podendo repercutir-se em melhoria clínica e funcional, tornando-se uma alternativa válida ao transplante pulmonar.

Palavras chave: Sarcoidose. Corticóides. Fibrose. Estadio IV.

P-169. NEM TUDO O QUE PARECE É

M.B. Machado, C. Albuquerque, R. Sousa, S. Araújo, M. Rocha, M.I. Martins, J. Campos

USF Infante D. Henrique.

Introdução: A toxicidade pulmonar pela amiodarona é um dos seus efeitos adversos mais preocupantes, ocorre em aproximadamente 5% dos pacientes e é dose dependente. Das diferentes apresentações de doença pulmonar, a pneumonite intersticial é a mais frequente. A pneumonite de hipersensibilidade é uma síndrome

complexa que resulta da repetida inalação e sensibilização a uma variedade de antígenos aerossolizados. Classicamente categoriza-se em aguda, subaguda ou crônica, dependendo da frequência, extensão e intensidade da exposição e duração da doença subsequente.

Caso clínico: O presente caso clínico corresponde a um homem de 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, visto por cardiologia em contexto agudo de lipotímia por fibrilação auricular (FA), sendo medicado com rivaroxabano e amiodarona. Três meses depois, teve nova avaliação na cardiologia por cansaço e dispneia para pequenos esforços. Fez Rx do tórax que mostrou aumento da silhueta cardíaca, acentuação do retículo pulmonar bilateral, sinais de edema intersticial nas bases e espessamento cicatricial da pequena cisura direita. Atribuiu-se o quadro a uma provável insuficiência cardíaca (IC) descompensada e associou-se Furosemida à terapêutica. Quatro meses depois, o doente recorreu aos cuidados de saúde primários por agravamento da dispneia nas últimas semanas (dispneia para pequenos esforços), associada a ortopneia. Adicionalmente referia emagrecimento nos últimos meses, negando febre e quaisquer sintomas respiratórios, gastrointestinais ou urinários. Ao exame físico apresentava uma auscultação cardíaca arritmica e taquicárdica, com agravamento do sopro sistólico conhecido (grau II/VI evoluiu para III/VI), crepitações pulmonares bibasais e edema simétrico dos membros inferiores. Assumiu-se uma IC descompensada por uma FA de resposta ventricular rápida (RVR) e reencaimhou-se o doente para o serviço de urgência (SU). No SU, o eletrocardiograma confirmou a FA com RVR e objetivou-se uma insuficiência respiratória hipoxémica aguda além de alterações sugestivas de patologia pulmonar visíveis no Rx tórax. Analiticamente ressaltava-se uma elevação da proteína C reativa e do peptídeo B natriurético, com uma procalcitonina normal. Neste contexto, para se excluir uma patologia pulmonar por detrás desta agudização efetuou-se TC tórax que mostrou extensas áreas de consolidação com broncogramas aéreos, especialmente ao nível dos lobos superiores, que alternam com áreas em vidro despolido associadas a espessamento dos septos interlobulares. Não podendo ser excluída sobreinfecção após toxicidade pela amiodarona. Foi pedida a colaboração de Pneumologia, que após anamnese mais exaustiva verificou história de exposição diária a um grande número de aves. Assim, ganhou relevância a hipótese de patologia pulmonar a agudizar o quadro, nomeadamente uma pneumonite intersticial secundária à amiodarona e/ou uma pneumonite de hipersensibilidade subaguda a aves.

Discussão: No idoso, com múltiplas patologias, um desencadeante, frequentemente desconhecido, pode despoletar a agudização das patologias basais. A otimização da terapia medicamentosa, tendo em conta qual o fármaco mais indicado, monitorizar a sua efetividade e toxicidade, bem como educar o doente para os efeitos esperados, é fundamental. Para além disso, a história de exposição ambiental têm um papel muito importante na observação do doente, uma vez que se pode correlacionar com a sintomatologia e impor intervenções importantes.

Palavras chave: Amiodarona. Pneumonite intersticial. Pneumonite de hipersensibilidade.

P-170. TOXICIDADE PULMONAR POR AMIODARONA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Fernandes, F. Ferro, T. Abreu, R. Macedo, I. Correia, L. Ferreira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Na avaliação de doença pulmonar intersticial com padrão fibrosante é importante obter uma história medicamentosa detalhada do doente. A amiodarona está associada a várias formas de toxicidade pulmonar, nomeadamente pneumonite intersticial (mais comum), pneumonia organizativa e hemorragia alveolar di-

fusa. A pneumonite intersticial surge em 1 a 5% dos doentes meditados com amiodarona, tipicamente 6 a 12 meses após o início da terapêutica. O prognóstico é geralmente bom após a suspensão do fármaco e início de corticoterapia.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 80 anos, raça branca, sacerdote, não fumador, com antecedentes de dislipidemia, hiperuricemia, cardiopatia valvular, submetido a valvuloplastia aórtica e fibrilação auricular paroxística, medicado habitualmente com ácido acetilsalicílico 100 mg, espironolactona 25 mg, torasemida 5 mg, alopurinol 100 mg e sinvastatina 20 mg. Por indicação do seu médico, terá suspenso amiodarona há 1 mês por alteração da função tiroideia, que tomava desde há 2 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro progressivo de agravamento recente caracterizado por dispneia para pequenos esforços e tosse produtiva com expectoração mucosa. O doente foi observado previamente pelo seu médico assistente, tendo sido medicado com amoxicilina/ácido clavulânico, sem melhoria das queixas. Ao exame objetivo, encontrava-se polipneico, com saturação de O₂ em ar ambiente de 83% e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e ferroses subcrepitantes bibasais. Analiticamente apresentava discreta leucocitose e neutrofilia, elevação da PCR (7,0 mg/dL) e a gasometria arterial realizada em ar ambiente demonstrou insuficiência respiratória parcial. A telerradiografia do tórax evidenciou infiltrado intersticial heterogéneo bilateral, sobretudo nos campos pulmonares inferiores. A TC de tórax revelou extensas alterações pulmonares com densificação reticulada e padrão em favo no parênquima subpleural, bilateral e difuso predominando nos andares inferiores a favor de fibrose pulmonar. Iniciou antibioterapia empírica com levofloxacina, sem melhoria clínica, pelo que foi escalada antibioterapia para piperacilina/tazobactam. Realizou broncofibroscopia e lavado broncoalveolar, com padrão de alveolite mista neutrofílica (10%) e eosinofílica (7%). Posteriormente, por agravamento clínico, foi transferido para a unidade de cuidados intensivos e após exclusão de causa infecciosa, doença autoimune e descompensação aguda de insuficiência cardíaca (NT-proBNP 261 pg/mL), iniciou corticoterapia, tendo-se verificado melhoria clínica e imagiológica. A história medicamentosa, a evolução progressiva dos sintomas, as alterações imagiológicas e a resposta à corticoterapia são compatíveis com toxicidade pulmonar por amiodarona.

Discussão: Nas formas graves de pneumonite intersticial associada à amiodarona, a suspensão do fármaco pode não ser suficiente, estando descrita boa resposta à introdução de corticoterapia nesses casos. A caracterização histológica teria sido importante para fazer o diagnóstico, não havendo, no entanto, condições cirúrgicas para a realização de biópsia.

Palavras chave: Toxicidade pulmonar. Amiodarona. Pneumonite intersticial. Fibrose pulmonar.

P-171. INFECÇÃO RESPIRATÓRIA “ARRASTADA”: UM CASO TÍPICO DE PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA

L. Carreto, R. Melo, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: O presente caso clínico é relativo a uma doente com um quadro típico de pneumonia organizativa criptogénica.

Caso clínico: Mulher de 44 anos, caucasiana, professora do 2º ciclo do ensino básico, não fumadora e sem antecedentes pessoais relevantes, inicia quadro de tosse seca, adinamia e febre que mantém durante 1 mês, mesmo após cumprir 8 dias de tratamento com claritromicina. Realiza tomografia computadorizada de tórax de alta resolução que evidencia consolidações bilaterais, com vidro despolido e áreas com o sinal de atol. Colocada a hipótese de pneumonia organizativa criptogénica, com diagnóstico diferencial com pneumonia adquirida na comunidade e carcinoma bronquioloalveolar. É internada para investigação. Analiticamente sem leucocitose, proteína C reactiva 4,56 mg/dL, velocidade de sedimentação 43

mm/h e gasometria arterial sem alterações. Realiza broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que revela linfocitose com razão CD4/CD8 0,33 (restantes achados normais, nomeadamente, citologia e culturas microbiológicas -aeróbios, anaeróbios e micobactérias- do lavado negativas, e biópsias transbrônquicas inconclusivas pela presença de artefactos de esmagamento). Realiza ainda pletismografia corporal total e estudo da DLCO que revela apenas ligeira diminuição da DLCO (72%). De referir também precipitinas aviárias normais, bem como estudo de autoimunidade e serologias microbiológicas negativas: Ac anti-mitocôndria, Ac anti-citrulina, Ac anti-SSA e SSB, Ac anti-Sm, Ac anti-dsDNA, Ac anti-Scl-70, Ac anti-Centrómero B, Ac anti-PM-Scl, Ac, anti-Jo-1, c-ANCA e p-ANCA, Ac anti-*Mycoplasma pneumoniae* IgG e IgM, Ac anti-*Coxiella burnetii* IgG e IgM, Ac anti-*Chlamydia pneumoniae*, antígenúria para *Legionella pneumophila*, Ac anti Ac anti-adenovirus IgM, Ac anti-vírus Influenza A IgM, Ac anti-parainfluenza vírus IgM, Ac anti-HIV 1 e 2. Realizou então biópsia pulmonar por toracoscopia, que demonstrou parênquima pulmonar sem processo inflamatório, sem granulomas, sem lesões de vasculite e sem neoplasia maligna; observava-se fibrose perialveolar, aspectos mais a favor de pneumonia organizativa criptogénica. Realizou tratamento com prednisolona na dose de 1 mg/kg/dia durante 4 meses, tendo depois iniciado desmame progressivo e lento ao longo de 3 meses, tendo-se observado resolução completa das alterações radiológicas, mantendo-se assintomática, apesar de DLCO ligeiramente diminuída nas avaliações subsequentes.

Discussão: Este caso clínico ilustra uma doente com pneumonia organizativa criptogénica numa forma de apresentação multifocal, a mais frequente. A resposta à corticoterapia foi bastante favorável, encontrando-se a doente assintomática. O prognóstico da doença é bom, podendo no entanto ocorrer recidivas.

Palavras chave: *Pneumonia organizativa criptogénica. Caso clínico. Consolidações multifocais. Doença intersticial pulmonar.*

P-172. DOENÇA DO INTERSTÍCIO PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DA SÍNDROME ANTI-SINTETASE

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

Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos, EPE.

Introdução: As miopatias inflamatórias idiopáticas representam um grupo heterogéneo de doenças musculares adquiridas, caracterizadas por diferentes tipos e graus variáveis de inflamação muscular, nas quais se inclui a síndrome anti-sintetase (SA). Miosite, doença intersticial pulmonar e produção de anticorpos anti-sintetase tRNA (em especial, os anti-Jo1) estão entre as principais características desta entidade rara. O início pode ser agudo, sendo a evolução da doença pulmonar o principal determinante do prognóstico.

Caso clínico: Doente de 77 anos, autónomo, ex-fumador (15 UMA), com antecedentes de dislipidemia, medicado em ambulatório com Zolpidem, Sinvastatina e Mexazolam. A 23 de Janeiro de 2016, recorre ao serviço de urgência (SU) do Hospital Pedro Hispano por quadro subagudo de dispneia, disfonia e toracalgia, associado a infiltrado bibasal na radiografia torácica (RxT), elevação discreta da PCR (25 mg/L) e insuficiência respiratória hipoxémica (PaO₂ 69 mmHg). Este é interpretado como pneumonia adquirida da comunidade e o doente inicia antibioterapia empírica (amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina). Por agravamento progressivo da dispneia, com desenvolvimento de febre (38 °C), dor pré-cordial, mialgias e alterações da sensibilidade e da força muscular ao nível dos membros (de predomínio proximal) regressa ao SU a 12 de Fevereiro. Analiticamente, apresentava elevação da PCR (203 mg/L) sem leucocitose, hipoxemia grave (PaO₂ 41 mmHg) e agravamento imagiológico no RxT. Solicitada TC torácica, que revelou vidro despolido bilateralmente e sinais de fibrose basal. O doente foi internado e iniciou-se antibioterapia de largo espectro (piperacilina-tazobac-

tam). Nas primeiras 48 horas, constatou-se evolução desfavorável, com agravamento respiratório e necessidade de admissão em Cuidados Intensivos. Já nesta unidade, mantém agravamento analítico (com subida persistente dos parâmetros inflamatórios, em especial, da PCR) e das trocas gasosas, sendo necessário introduzir suporte ventilatório invasivo. Nesta fase e considerando a ausência de evidência de outras etiologias sugestivas (toxicidade farmacológica, contexto epidemiológico/ocupacional suspeito, rastreio séptico negativo e antibioterapia de largo espectro) é colocada a hipótese de doença do interstício pulmonar de instalação aguda. Foi realizada broncofibroscopia e solicitado estudo imunológico [lavado broncoalveolar (LBA) e serológico] e, posteriormente, iniciados pulsos de metilprednisolona. Após introdução de imunossuppressores, observou-se boa evolução, com extubação ao 4º dia. O LBA revelou predomínio de neutrófilos (65%) e linfócitos (28,6%), com 82,9% de CD8+ e o estudo imunológico aumento dos anticorpos antinucleares com anti-Jo1 aumentados (830 mg/L). A creatinoquinase sofreu um aumento ligeiro, já depois de vários dias de internamento nos cuidados intensivos. Perante o quadro clínico, imagiológico e imunológico, é diagnosticada a SA. A biópsia transtorácica, realizada ainda no internamento, revelou um padrão de NSIP e lesões focais de pneumonia organizativa. O estudo funcional respiratório mostrou uma diminuição moderada da capacidade de difusão do CO. O doente teve alta após um mês de internamento, mantendo terapêutica imunossupressora (prednisolona e azatioprina). Encontra-se muito melhorado do ponto de vista funcional e assintomático.

Discussão: A SA surge em 30% dos doentes com diagnóstico de dermatomiosite/polimiosite. A doença do interstício pulmonar como manifestação inicial da SA é involgar. O atraso no diagnóstico pode ser fatal neste tipo de apresentação intersticial aguda. A combinação de um corticóide com um agente imunossupressor constitui o esteio do tratamento.

Palavras chave: *Síndrome anti-sintetase. NSIP. Anti-Jo1.*

P-173. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA: UMA APRESENTAÇÃO (A)TÍPICA?

F. Castro Lima, D. Cunha Machado, C. Marques, C. Ribeiro, M. Vanzeller

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A pneumonia eosinofílica crónica (PEC) é uma doença idiopática rara definida por uma acumulação de eosinófilos no interstício pulmonar e espaços alveolares. Afecta preferencialmente mulheres entre os 30 e os 40 anos, caracterizando-se por uma evolução indolente de tosse produtiva, febre, perda ponderal, hipersudorese nocturna e dispneia, cujo tratamento principal é a corticoterapia oral.

Caso clínico: Apresenta-se uma mulher de 52 anos, não fumadora, com antecedentes de rinite e asma. Referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) por clínica com 5 meses de evolução de astenia, hipersudorese nocturna, febre vespertina, tosse não produtiva e perda ponderal superior a 10%, e por hipotransparências heterogéneas em ambos os lobos superiores na radiografia de tórax. À admissão apresentava-se emagrecida, pálida, polipeñica e febril, com crepitações em ambos os ápices pulmonares, sem outras alterações no restante exame objectivo. Analiticamente identificada anemia normocítica normocrómica, trombocitose, elevação de proteína C reactiva, leucocitose com eosinofilia e citólise hepática, e imagiologicamente um agravamento do infiltrado difuso nos 2/3 superiores de ambos os hemitóraxes. Após estudo para exclusão de TP, iniciou empiricamente piperacilina tazobactam e ampicilina, sem evidência de resposta. Realizou tomografia computadorizada torácica, biópsia aspirativa transtorácica e broncofibroscopia, observando-se no lavado broncoalveolar (LBA) alveolite eosinofílica intensa (48,8% N), iniciando posteriormente prednisolona 40 mg/dia, com francas melhorias clínica, analítica e imagiológica. Doente

teve alta mantendo corticoterapia e orientada para consulta externa de Pneumologia-Doenças do Interstício.

Discussão: Sendo a PEC uma doença de causa desconhecida e rara, uma elevada suspeição clínica é essencial para um diagnóstico correcto e a exclusão de outras entidades com apresentações semelhantes é mandatária. Apesar de não ser um pré-requisito, uma história de atopia encontra-se frequentemente associada e o seu tratamento de eleição, à luz dos conhecimentos actuais, é a corticoterapia oral.

Palavras chave: *Pneumonia eosinofílica crónica.*

P-174. COMO LIDAR COM UM CASO DIFÍCIL DE POLIMIOSITE?

L. Morais², A. Pinto², A. Carvalheira Santos³, J. Santos¹, L. Borges³, P. Abreu¹

¹Air Care Centre. ²Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Santa Maria. ³Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

Introdução: A polimiosite é uma doença caracterizada pela inflamação muscular crónica acompanhada de fraqueza muscular. É descrita como uma doença complexa, mediada pela imunidade celular com degeneração muscular e de prognóstico imprevisível.

Caso clínico: Homem, 36 de anos, previamente saudável, referenciado para o AIR Care Centre para efetuar Reabilitação após 18 meses de início insidioso e assimétrico de miosite focal no longo adutor esquerdo. Inicialmente com elevação do enzima CK (> 5.000 UI); IgG e IgA positivos; avaliação laboratorial sem alterações para a função renal, auto-imunidade e doenças do tecido conjuntivo; estudos de condução nervosa normal, EMG, ECG; Rx tórax normal e RMN com um espessamento difuso e edema dos planos musculares da coxa esquerda, em particular do longo adutor. Seguiram-se vários episódios de miosite atingindo os pilares do diafragma, músculos temporais e masséteres que a corticoterapia instituída não controlou, evoluindo com dispneia, fadiga e dores musculares. As PFR, Rx e TAC do tórax, apresentaram respectivamente um padrão restritivo com redução da CVF, CPT e DLCO normal, padrão reticular dominante nas bases pulmonares, consistente com doen-

ça intersticial pulmonar e derrame pleural bilateral. Um segundo EMG mostrou uma miopatia difusa com desnervação do diafragma. A biópsia muscular identificou infiltrado de células mononucleares no perímio e necrose de fibras musculares. A medicação passou a incluir azatioprina, metotrexato, e imunoglobulinas intravenosa em regime semanal. No momento da admissão no nosso Centro, estava de baixa médica, com a mesma medicação, apresentava excesso de peso, parcialmente dependente nas AVD com restrição na participação em atividades profissionais e familiares devido a dispneia, fadiga, fraqueza geral, ansiedade, alterações na qualidade do sono e reduzida acuidade visual. A avaliação inicial incluiu PM6Min., oximetria noturna e PECP que permitiu a elaboração de um programa de reabilitação individualizado visando melhorar condição cardiorrespiratória e muscular-periférica. O treino físico foi efetuado com uma intensidade moderada. O programa englobou ainda a NIV noturna, apoio psicológico, exercícios respiratórios, técnicas de conservação de energia. Foi dada ênfase à autonomia e por isso promoveu-se o envolvimento em atividade física regular de acordo com a sua capacidade aeróbica e monitorizada por um relógio inteligente (Sunto). Seis meses depois, o doente retomou a atividade profissional, a capacidade aeróbica melhorou 18-28 ml O₂/Kg/min, limiar anaeróbio de 40 a 70% do VO₂ pico, juntamente com melhorias significativas na CVF e TLC, PIM e PEM, o IMC baixou de 27 para 24. Sem alterações do sono mas manteve NIV noturna, dado persistirem alterações ao nível do nervo frênico e oximetria noturna. Durante este período e até hoje, observamos um controle completo de dor e fraqueza muscular, não houve aumento na enzima CK, ou qualquer outra exacerbação infecciosa, apesar de uma redução progressiva da medicação.

Discussão: Relatamos um caso difícil devido ao diagnóstico diferencial difícil e incapacidade significativa. Para além do tratamento médico contribuíram para a recuperação e melhoria dos sintomas a fisioterapia, o exercício físico, a utilização de dispositivos de assistência e uma intervenção multidisciplinar com base nas necessidades individuais deste doente. A intervenção foi projetada principalmente com base em PECP dando-se particular atenção ao estilo de vida saudável, e aos efeitos adversos da corticoterapia prolongada.

Palavras chave: *Polimiosite. Fisioterapia. Exercício físico. Reabilitação.*