

POSTERS

22º Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 5-6 de Março 2015

PO01. PROJETO PILOTO TELEMONITORIZAÇÃO NA DPOC - ESTUDO MULTICÊNTRICO DADOS PRELIMINARES DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE (ULSAM, EPE)

R. Nêveda¹, J.P. Silva², F. Silva³

¹Serviço de Pneumologia; ²Unidade Cuidados Intensivos, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. ³Vitalmobile-Serviços de Telemonitorização de Doentes.

Introdução: A Telemonitorização, utilizando tecnologias de medição de parâmetros vitais dos doentes no domicílio, pode permitir um intervenção precoce adiando o mais possível o agravamento da doença. Para comprovar a eficácia deste serviço a ULSAM participa num estudo piloto nacional, multicêntrico, de caráter institucional, com doentes com DPOC que tenham pelo menos 2 exacerbações por ano.

Objectivos: Reduzir as exacerbações e recurso aos serviços de saúde dos doentes com DPOC de modo a melhorar a sua qualidade de vida e diminuir os custos socioeconómicos, através de um método viável, simples de utilizar e acessível.

Métodos: Criação de uma equipa local que integra os médicos do Serviço de Pneumologia, enfermeiros da Unidade Cuidados Intensivos e Empresa de Telemonitorização, Vitalmobile. Formação dos profissionais de saúde na utilização da plataforma informática que suporta o serviço de telemonitorização e criação de protocolos de intervenção baseados nos alertas aferidos a cada doente sendo os contatos feitos via telemóvel. Formação e entrega do equipamento aos doentes (tensiometro, oxímetro com frequência cardíaca, termómetro axilar e o dispositivo móvel (telemóvel) que integra a plataforma de telemedicina sem cabos na recolha e envio dos bio-dados de telemonitorização. Intervenção atempada da equipa através do contato direto com os doentes via telefone móvel e registo das ocorrências e verificação em tempo real da sua efetividade.

Resultados: O Projeto na ULSAM teve início em Abril 2014 com a inclusão dos primeiros doentes tendo avançado no terreno a 1 de outubro já com todos os doentes incluídos. Seleccionados 15 doentes com DPOC (14 homens e 1 mulher) com idade média de 65,6 anos

(51-80), com habilitações literárias básicas; todos classe D-GOLD com VEMS posBD médio: 35,3% T (19,8-55,3%T); apenas 1 doente sem cuidados respiratórios domiciliários. Entre 1 out e 31 dez 2014 o nº de intervenções de enfermagem foi de 23 incidindo no ajuste do débito de O₂, conselhos na utilização do equipamento e contato com o médico; a intervenção médica ocorreu em 3 casos com prescrição terapêutica evitando a recorrência do doente aos serviços de saúde. Comparando as ocorrências em período análogo ao ano transato houve uma redução de 19 idas S. Urgência e 5 internamentos e uma estimativa de redução de custos superior a 50%.

Discussão e conclusão: Os resultados, que refletem um trimestre (outubro a dezembro 2014) são promissores mas escassos e insuficientes para conclusões mas evidenciam economias várias e um maior grau de segurança e de satisfação dos doentes bem como das famílias cuidadoras.

Palavras-chave: Telemonitorização. DPOC.

PO02. SÍNDROME VENTILATÓRIO OBSTRUTIVO REVERSÍVEL - DE QUE PATOLOGIA FALAMOS?

C. Lacerda¹, D. Coutinho², J. Silva², I. Ladeira², R. Lima², M. Guimarães²

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

Introdução: A espirometria é um exame crucial no diagnóstico de doenças pulmonares obstrutivas crónicas. Resultados alterados nem sempre preenchem critérios de diagnósticos internacionalmente aceites, pertencendo a campos indefinidos como o caso de síndromes ventilatórias obstrutivas (SVO) totalmente reversíveis após broncodilatação parcial (BDp).

Objectivos: Analisar as características demográficas e clínicas de doentes com espirometria a revelar um SVO que reverte para valores normais após BDp.

Métodos: Seleccionados doentes (idade ≥ 40anos) com estudo funcional a revelar um SVO (FEV₁/FVC < 70%; FEV₁/FVC < LNN; FEV₁ / FVC < 70% e FEV₁/FVC < LNN) que reverteram para valores normais

(FEV1/FVC > 70% e FEV1/FVC > LNN) após uma prova de broncodilatação parcial (Δ FEV1 ou Δ FVC < 200 mL ou < 12%) e analisados através de consulta de processos clínicos informáticos.

Resultados: Seleccionados 31 doentes, excluídos três por ausência de dados clínicos. Incluídos 28 doentes, 57% do sexo masculino, média de idade de 64 anos e com índice de massa corporal 28,2 Kg/m². Três doentes preencheram os critérios FEV1/FVC < 70% e FEV1/FVC < LNN e os restantes 25 doentes apenas FEV1/FVC < 70%. Vinte doentes (71,4%) foram considerados doentes respiratórios por apresentar patologia pulmonar conhecida e oito (28,6%) foram considerados não doentes (outras comorbilidades não respiratórias). Analisando o grupo com patologia respiratória (n = 20) foi possível averiguar que 50% eram nunca-fumadores e 85% apresentavam sintomas respiratórios das vias aéreas inferiores. Doze doentes (60%) revelavam um historial clínico compatível com Asma (clínica, antecedentes pessoais e outros meios de diagnóstico), sendo que 5 doentes tinham asma funcionalmente confirmada no passado. Entre os 6 doentes com história de asma não confirmada, 4 estariam a ser tratados com broncodilatadores e corticoterapia inalada. Oito doentes (45%) foram inseridos num grupo com história de bronquite crónica, com alterações imagiológicas enfisematosas entre outras, e com tabagismo activo ou passado, sugerindo uma provável DPOC. Apenas um doente não se encontrava medicado pela ausência de sintomas diários, os restantes estavam tratados com pelo menos um broncodilatador. Dos doentes sem história de patologia respiratória (n = 8), cinco apresentavam patologia cardiovascular, um estaria em avaliação pré-operatória e dois doentes estariam a despistar doença pulmonar pela presença de factores risco, sendo que os últimos referidos eram sintomáticos e não se encontram medicados.

Discussão e conclusão: A espirometria apresenta limitações quando interpretada para além dos critérios diagnósticos definidos pelo GINA e pelo GOLD. A presença de SVO que reverte totalmente após Bdp não deverá ser assumido como ausência de patologia, mas sim motivar a sua investigação com outros meios de diagnóstico. A Bdp carece de significado nestes casos, sendo por isso necessário mais estudos para melhor compreensão destes doentes.

Palavras-chave: Síndrome ventilatório obstrutivo. Prova de Broncodilatação.

PO03. LEIOMIOSSARCOMA PLEURO-PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Serviço de Pneumologia, CHTMAD.

Introdução: O Leiomiossarcoma pulmonar primário é uma neoplasia com origem no músculo liso dos brônquios, bronquíolos ou artérias brônquicas. As neoplasias sarcomatosas são extremamente raras e constituem 0,2-2,5% das neoplasias primárias do pulmão, sendo o seu diagnóstico definitivo um verdadeiro desafio.

Objectivos: Os autores apresentam o caso de um doente do género masculino de 50 anos, autónomo e ex-fumador (65UMA). Trata-se de um doente sem antecedentes patológicos de relevo com internamento prévio no serviço de Pneumologia para estudo de derrame pleural direito associado a sintomatologia constitucional.

Resultados: Do estudo efectuado, refere-se um líquido pleural exsudado com predomínio de leucócitos mononucleares, ADA 20, sem identificação microbiológica ou de células neoplásicas. A TC TAP apresentava focos de condensação do parênquima do lobo médio, vidro despolido no LID e derrame pleural de grande volume à direita, para além do espessamento pleural. Na broncofibroscopia observava-se estenose de B5 (onde foi realizado o escovado) e ramos do brônquio lobar inferior, aparentemente por compressão extrínseca. O escovado realizado não apresentava células neoplásicas. A biópsia pleural cega e nova citologia do líquido pleural não evidenciaram neoplasia. Houve agravamento sintomático progressivo com presença de tumefacção cutânea lombar direita. Realizou-se tora-

cocentese diagnóstica e evacuadora. A biópsia pleural cega revelava pleurite inespecífica e a TC Tórax de repetição apresentava derrame com aspecto loculado e indícios de incipiente preenchimento alveolar e espessamento intersticial na base direita. Na pleuroscopia médica observaram-se lesões de aspecto esbranquiçado na pleura parietal diafragmática, que foram biopsadas, não fornecendo diagnóstico definitivo. O diagnóstico histológico de leiomiossarcoma apenas se obteve por toracoscopia cirúrgica. Durante o prolongado internamento, houve agravamento progressivo do estado geral do doente tendo falecido ao 52º dia, sem condições para tratamento anti-neoplásico dirigido.

Discussão e conclusão: O pulmão e a pleura são locais raros de localização do leiomiossarcoma primário e são mais frequentes no sexo masculino (2,5:1). Contudo, apesar de raros, estes tumores já foram descritos em doentes com idades compreendidas entre os 4 e os 83 anos. Pouco se sabe quanto aos factores de risco para o aparecimento desta neoplasia, mas existem casos relacionados com infecção pelo vírus Epstein-Barr em doentes imunodeprimidos ou mesmo a radioterapia. O diagnóstico é extremamente difícil de obter e na maior parte dos casos descritos na literatura foram obtidos post mortem, após ressecção cirúrgica ou menos frequentemente pela biópsia por toracotomia.

PO04. TUBERCULOSE MILIAR COM ATINGIMENTO PULMONAR, ÓSSEO E DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Marçôa, R. Linhas, A. Oliveira, M. Vanzeller, A. Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A tuberculose miliar (TM) consiste numa forma disseminada da tuberculose que é mais frequente em imunocomprometidos e crianças. Apresentamos um caso clínico de TM com atingimento pulmonar, do sistema nervoso central e ósseo num indivíduo imunocompetente.

Descrição do caso: Sexo masculino, 57 anos, residente em Vila Nova de Gaia, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, desempregado (ex-metalúrgico), fumador (15 UMA), alcoolismo. Antecedentes médicos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doença cerebrovascular, polineuropatia. Recorreu ao Serviço de Urgência por lombalgia esquerda, febre, cefaleias, tosse com expectoração mucosa, astenia e anorexia com emagrecimento de 20 Kg em 6 meses. Ao exame objetivo: temperatura auricular 38,6 °C; normotensão, normocárdico. Eupneico, saturação periférica O₂ 97%. Auscultação cardiopulmonar, exame abdominal e neurológico normais. Murphy renal negativo. Analiticamente: Hg 11,7 g/dL; sem leucocitose, Na⁺ 132 mmol/L; função renal e transaminases normais; PCR 1,57 mg/dl. Estudo coagulação sem alterações, sedimento urinário com leucocitúria, ecografia reno-vesical normal. Marcadores víricos VHB, VHC e VIH negativos. Gasimetria arterial (FiO₂ 21%) pH 7,46; pO₂ 77 mmHg; pCO₂ 32 mmHg. A telerradiografia torácica evidenciava padrão micronodular. TAC torácico: padrão micronodular, adenopatias mediastínicas e hilares, com centro hipodenso, sugerindo necrose. Colheu expectoração, sangue e urina para micobacteriologia; exame direto de expectoração negativo. Realizou broncofibroscopia: sem alterações. Micobacteriológico directo de lavado brônquico e lavado broncoalveolar positivo. Iniciou isoniazida 300 mg/dia +rifampicina 720 mg/dia +etambutol 1200 mg/dia +pirazinamida 1800 mg/dia. Cultural posteriormente positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (MT), sensível aos fármacos de 1ª linha. Isolamento de MT em expectoração, urina e sangue da admissão. Na RMN cerebral: ligeiro reforço de sinal lept e paquimeningeo, inespecífico. Realizou punção lombar: micobacteriológico directo de líquido cefalorraquidiano positivo; iniciou dexametasona. Ao 45º dia, por agravamento de dor lombar efetuou-se TAC e posteriormente RMN coluna vertebral que

revelaram fratura de L1, modesto componente de tecidos moles para-vertebral sugerindo etiologia tuberculosa. Avaliado por Neurocirurgia que optou pelo tratamento conservador. Durante os 56 dias de internamento manteve-se sem necessidade de O2 suplementar e com transaminases normais. Teve alta para consulta de Neurocirurgia e Centro Diagnóstico Pneumológico de Gaia. Cumpriu 56 doses dos antibióticos referidos com negatificação cultural e melhoria radiográfica e iniciou tratamento de manutenção com isoniazida 300mg/dia +rifampicina 600 mg/dia. Completou 42 dias de dexametasona.

Discussão e conclusão: As manifestações da TM são inespecíficas, pelo que o grau de suspeição clínica deve ser elevado. A tuberculose meníngea deve ser sempre pesquisada, dadas as implicações terapêuticas. Trata-se de um caso clínico interessante pela raridade e gravidade da situação e iconografia apresentada.

Palavras-chave: Tuberculose. Tuberculose miliar. Tuberculose do sistema nervoso central.

PO05. CO-INFEÇÃO VIH - TUBERCULOSE: ESTUDO COORTE RETROSPECTIVO DE 7 ANOS

D. Araújo¹, L. Meira¹, N. Osório², S. Pinto Magalhães³, I. Ferreira³, A. Ramos³, T. Carvalho³, F. Rodrigues², A. Gil Castro², J. Tiago Guimarães³, M. Saraiva², H. Novais Bastos¹

¹Centro Hospitalar São João. ²Instituto de Investigação para as Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal. ³Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: De um total de 9 milhões de novos casos de tuberculose por ano, estimados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1,1 milhões têm co-infecção com o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH). A infecção pelo VIH desempenha um papel preponderante na tuberculose, existindo interações recíprocas entre estas duas entidades com impacto clínico significativo.

Objectivos: Comparar a apresentação clínica de doentes co-infectados VIH com doentes sem co-infecção.

Métodos: Analisou-se retrospectivamente uma coorte de doentes adultos seropositivos (VIH+) e seronegativos (VIH-) com diagnóstico de tuberculose pulmonar no Centro Hospitalar de São João num período de 7 anos (2007-2013). Foram avaliadas as suas características demográficas, clínicas, analíticas e imagiológicas.

Resultados: Foram seleccionados 394 doentes que cumpriam os critérios de inclusão (presença de tuberculose pulmonar e/ou pleural, idade \geq 18 anos, informação clínica suficiente, serologia VIH conhecida) de um total de 612 com diagnóstico de tuberculose. Na amostra seleccionada, 80 (20,3%) eram VIH+. Observou-se uma idade média ao diagnóstico significativamente mais baixa no grupo VIH+ ($42,81 \pm 13,65$ versus $48,88 \pm 18,39$; $p < 0,05$). Relativamente aos sintomas atribuíveis a tuberculose, os mais comuns foram a tosse (85%), emagrecimento (67,6%) e febre (66,2%), tendo-se encontrado uma diferença estatisticamente significativa no que concerne a hemoptise (6% nos VIH+ versus 19,5% nos VIH-, $p < 0,05$), febre (80,3% nos VIH+ versus 62,8% nos VIH-, $p < 0,05$) e hipersudorese (62,1% nos VIH+ versus 48,3% nos VIH-, $p < 0,05$). A presença de tuberculose extra-pulmonar concomitante foi mais frequente nos doentes VIH+ (53,8% versus 24,8%, $p < 0,05$). De igual modo, a tuberculose miliar (19,5% dos VIH+ versus 5,1% dos VIH-, $p < 0,05$) e a tuberculose disseminada (48,8% dos VIH+ versus 9,9% dos VIH-, $p < 0,05$) demonstraram semelhante padrão distributivo. Relativamente as alterações radiológicas, verificou-se uma menor proporção de doença cavitária (29,2% versus 57,6%, $p < 0,05$) e de consolidação parenquimatosa (51,3% versus 83,3%, $p < 0,05$) nos doentes VIH+. Classificando estas alterações num *score* de gravidade radiográfica, os doentes VIH- apresentaram uma doença radiologicamente mais grave ($p < 0,05$) sendo que no grupo dos VIH+ se observou uma distribuição mais heterogénea.

Discussão e conclusão: A presença de infecção por VIH constitui um risco acrescido para o desenvolvimento de tuberculose. Este grupo de doentes co-infectados, apresenta particularidades importantes a nível clínico, analítico, diagnóstico e imagiológico.

Palavras-chave: Tuberculose. VIH.

PO06. TUBERCULOSE INTESTINAL MIMETIZANDO DOENÇA DE CROHN - A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX

H. Lobo Martins¹, A.V. Cardoso², R. Duarte^{3,4,5,6}

¹Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Baixo Vouga.

²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João. ³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia.

⁵Centro de Referência para TBMR da Região Norte. ⁶Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: A doença de Crohn (DC) e a tuberculose intestinal são doenças inflamatórias granulomatosas crónicas, ambas com características clínicas, radiológicas, endoscópicas e histológicas sobreponíveis, pelo que o seu diagnóstico constitui um desafio, particularmente quando a tuberculose pulmonar ativa está ausente.

Métodos: Os autores apresentam o caso de uma mulher, 30 anos, profissional de saúde, com antecedentes de infecções respiratórias e otites de repetição na infância, alergias a pólenes e ácaros, vacinada contra BCG, sem hábitos tabágicos, etílicos ou toxicofílicos, com exposição no passado a dois doentes com tuberculose (TB) activa em internamento, sem rastreio anterior para TB nem tratamento para TB latente e sem história pessoal de TB. Clinicamente apresentava episódios de diarreia, 4 dejeções por dia, fezes de consistência mole a líquida, de frequência diária, com urgência prévia e desconforto abdominal, sem relação com a ingestão de alimentos, sem sangue, muco ou pús e sem despertares nocturnos, com cerca de 2 meses de evolução. Referiu 2 episódios de hipersudorese nocturna, anorexia e perda ponderal de 3 Kg nesse período. Náuseas, ânsia de vômito, astenia, eructações e flatulência, com distensão abdominal associada. Sem febre e sem queixas respiratórias. Seguida em consulta de Gastroenterologia por suspeita de DC, realizou estudo endoscópico do tubo digestivo cujas biópsias revelaram a presença de granulomas, tendo sido enviada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico de Gaia para rastreio de tuberculose latente (eventual candidata a terapêutica imunossupressora). No decorrer do rastreio, apresentou teste tuberculínico positivo e foi solicitado o envio das amostras de biópsia para pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis complex* (MT-complex), a qual foi positiva em 4 amostras (corpo e fundo gástricos, bulbo, duodeno e íleon).

Discussão e conclusão: Os autores salientam a importância da pesquisa de MT-complex em amostras de biópsia intestinal, ainda que a suspeita de doença inflamatória intestinal seja elevada. Pode verificar-se tuberculose intestinal mesmo em doentes não idosos ou não imunocomprometidos, pelo que pensar nesta entidade nosológica revela-se essencial nestes casos.

Palavras-chave: Tuberculose Intestinal. Doença de Crohn. *Mycobacterium tuberculosis complex*.

PO07. QUAIS OS FATORES DE RISCO PARA TUBERCULOSE DISSEMINADA? - ESTUDO RETROSPECTIVO

L. Meira¹, D. Araújo¹, R. Boaventura¹, L. Mendonça Almeida¹, N.S. Osório^{2,3}, I. Ferreira⁴, S. Pinto Magalhães⁴, A. Ramos^{5,6}, T. Carvalho^{5,6}, F. Rodrigues^{2,3}, A. Gil Castro^{2,3}, J. Tiago Guimarães^{5,6,7}, M. Saraiva^{2,3}, H. Novais Bastos^{1,2,3}

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

²Instituto de Investigação para as Ciências da Vida e Saúde (ICVS),

Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga.

³ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory, Braga/

Guimarães. ⁴Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar do Porto,

Porto. ⁵Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar do Porto,

Porto. ⁶Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto.

⁷Departamento de Bioquímica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto.

Introdução: A tuberculose é uma das doenças infecciosas com maior impacto a nível nacional, estando associada a morbilidade importante. A Tuberculose Disseminada (TD) é definida como o envolvimento pela doença de pelo menos dois órgãos não contíguos ou evidência de disseminação hematogénea (isolamento em hemocultura, mieolocultura ou tuberculose miliar). O diagnóstico desta poderá ser difícil em muitos casos, devendo estar presente um alto grau de suspeição clínica.

Objectivos: Caracterização de uma população de doentes diagnosticados com TD e identificação dos fatores de risco associados a TD.

Métodos: Análise retrospectiva de uma coorte de doentes adultos diagnosticados com tuberculose no Centro Hospitalar de S. João, no período compreendido entre 2007 e 2013. Foram identificados os doentes com critérios de doença disseminada. Compararam-se as características sociodemográficas, clínicas, radiográficas e microbiológicas entre grupos em análise univariada. Posteriormente determinaram-se os preditores independentes de TD na análise de regressão logística múltipla.

Resultados: De um total de 468 doentes com diagnóstico de tuberculose, foram identificados 90 com TD, 66 sexo masculino e 24 do sexo feminino, com uma média de idades ao diagnóstico de $46,2 \pm 16,9$ anos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente a: serologia do VHC (positiva em 34,7%, $p < 0,001$), serologia VIH (positiva em 54,5%, $p < 0,001$), contagem de linfócitos CD4 ($< 200 \text{ mm}^3$ em 90,9%, $p = 0,024$), doença hepática crónica (DHC) com insuficiência hepática (presente em 32,0%, $p < 0,001$), consumo de álcool excessivo (presente em 57,1%, $p = 0,007$) e imunossupressão farmacológica (13,0%, $p = 0,038$). Em relação à sintomatologia apresentada pelos doentes, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à febre na apresentação (presente em 79,3%; $p = 0,001$), hipersudorese noturna (presente em 64,5%, $p = 0,004$), hemoptises (ausentes em quase todos os doentes 96,4%, $p = 0,004$) e dispneia (ausente em 72,0%, $p = 0,001$). A maioria dos doentes com TD apresentaram tosse (77,8%) e emagrecimento (74,1%), mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas. A serologia positiva a VIH (OR: 6,35, IC95%: 2,88-13,90) imunossupressão farmacológica (OR: 4,08, IC95%: 1,56-10,70), doença hepática crónica (OR: 3,12, IC95%: 1,35-7,24) e o tempo de sintomas até ao diagnóstico (OR: 1,24, IC95%: 1,08-1,43), foram os fatores de risco independentes encontrados para TD.

Discussão e conclusão: O risco para adquirir TD é maior em doentes imunossuprimidos, quer farmacologicamente, quer por infecção VIH, bem como em doentes com insuficiência hepática. A suspeita de disseminação hematogénea deve ser enquadrada num contexto clínico apropriado.

Palavras-chave: Tuberculose. Disseminada. Fatores de risco.

PO08. FIBROELASTOSE PLEURO-PARENQUIMATOSA IDIOPÁTICA: PATOLOGIA RARA OU SUBDIAGNOSTICADA?

L. Santos¹, C. Cruz¹, C. Abrantes², L. Carvalho²,
C. Chaves Loureiro¹, M. Loureiro¹

¹Serviço de Pneumologia A; ²Serviço de Anatomia Patológica, HUC-CHUC.

Introdução: A fibroelastose pleuro-parenquimatosa idiopática é uma doença recentemente descrita, progressiva, com mau prognóstico e sem opções terapêuticas para além do tratamento de suporte e, em último caso, do transplante pulmonar. O seu diagnóstico pode

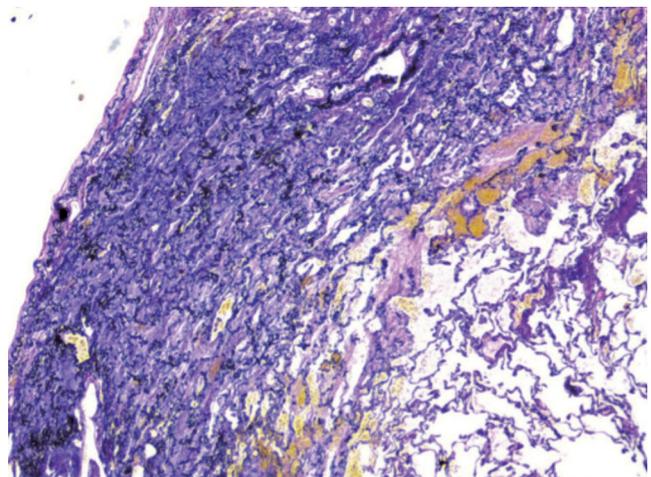
ser desafiante pela raridade, características imagiológicas e histológicas sobreponíveis a outras pneumonias intersticiais idiopáticas (PII), e pela ainda pouca sensibilização para esta patologia.

Resultados: Mulher de 45 anos, caucasiana, que em Julho de 2014 foi referenciada à consulta de Pneumologia para estudo de alterações detectadas em tomografia axial computadorizada (TAC) torácica, pedida pelo Médico Assistente por persistência de sintomas respiratórios na sequência de infecção respiratória. Essa TAC revelou presença de pneumotórax à esquerda de moderada dimensão, parcialmente colectado em sede supra-diafragmática, várias imagens bilaterais compatíveis com quistos aéreos, o maior totalmente intra-parenquimatoso medindo 2,3 cm, e bolhas enfisematosas, a maior com 4,5 cm. Trata-se de uma doente não fumadora, com história de contacto com aves, sem uso de terapêuticas crónicas, ressaltando dos antecedentes patológicos infecções respiratórias recorrentes na infância. Sem antecedentes familiares de doença pulmonar. Analiticamente apresentava estudo da autoimunidade e precipitinas para aves negativos, doseamentos de imunoglobulinas e alfa1-antitripsina normais, e serologias para citomegalovírus e HIV1 e 2 negativas. As provas de função respiratória e a TAC abdomino-pélvica não apresentavam alterações, não tendo sido realizada broncofibroscopia por recusa da doente. Em Outubro recorreu ao SU por novo pneumotórax, contralateral, tendo sido encaminhada para biópsia e tratamento cirúrgico pulmonar, que decorreram sem complicações. O estudo histológico da peça operatória (ápex pulmonar direito) revelou espessamento fibroelástico da pleura visceral, com aprisionamento de alvéolos periféricos, associado a focos de infiltrado inflamatório mononuclear e hemorragia, com presença de rede elástica na pleura e reação destrutiva, definindo-se parênquima pulmonar com padrão de fibroelastose pleuro-parenquimatosa. Dois meses depois compareceu à consulta de Pneumologia apresentando-se assintomática.

Discussão e conclusão: A etiologia e patofisiologia desta doença são ainda desconhecidas, considerando-se a maioria dos casos idiopáticos, embora alguns casos possam ocorrer num contexto de doença pulmonar familiar ou de transplante medular prévio. Recentemente tem sido sugerido papel das infecções respiratórias recorrentes na sua patogénese. Apresenta-se com quadro frequente de dispneia e tosse seca, geralmente na ausência de hábitos tabágicos, predispondo a pneumotóracas espontâneos. Histologicamente caracteriza-se por espessamento fibroelástico pleuro-parenquimatosa subpleural predominantemente dos lobos superiores, fibrose intra-alveolar e transição abrupta para o tecido pulmonar normal. A coloração de elastina, feita por rotina, permite o diagnóstico diferencial com outras PII que apresentam alterações semelhantes.

Palavras-chave: Pneumonias intersticiais idiopáticas.

Fibroelastose pleuro-parenquimatosa. Biópsia. Elastina.



PO09. LINFANGIOLEIOMIOMATOSE PULMONAR EM MULHERES NA MENOPAUSA

E. Padrão¹, I. Neves¹, P. Mota¹, N. Melo¹, R. Cunha², J.M. Pereira², A. Morais¹

¹*Serviço de Pneumologia;* ²*Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João.*

Introdução: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara, que afeta quase exclusivamente mulheres em idade fértil e que se caracteriza pela proliferação de células musculares lisas atípicas e pela presença de cistos pulmonares dispersos. Pode ocorrer esporadicamente ou em associação com a esclerose tuberosa. Raramente, a doença pode manifestar-se em fase pós-menopáusicas, nomeadamente no contexto de terapia de reposição hormonal com estrogénio.

Objectivos: Identificação e caracterização das doentes com LAM diagnosticada após a menopausa.

Métodos: Avaliação de doentes seguidas na consulta de doenças pulmonares difusas do CHSJ com diagnóstico de LAM, de acordo com as diretrizes da ERS, efetuado após a menopausa. Foi efetuada uma análise retrospectiva das doentes, englobando a apresentação clínica, função pulmonar, tomografia computadorizada de alta resolução e evolução clínica.

Resultados: Incluídas 4 doentes com LAM esporádica diagnosticada após a menopausa, com mediana de idades de 63 (51-73). Apenas uma doente tinha efetuado terapêutica de reposição hormonal. Na altura do diagnóstico uma doente apresentava-se assintomática, sendo a dispneia de esforço referida por 3 doentes e a tosse irritativa por 2. Em todas, a imagiologia revelou múltiplos cistos pulmonares de dimensões variáveis, uniformemente distribuídos, não tendo sido observados angiomiolipomas. Na avaliação funcional, verificou-se um padrão obstrutivo em todas as doentes: CVF (média \pm DP) 99,1% \pm 17,3, VEMS 80,7% \pm 21,2, índice de *Tiffeneau* 65,8% \pm 7,4. Uma doente não apresentava alterações da DLCO, sendo que nas restantes este parâmetro variou entre 34,6 e 78%. A gasimetria arterial inicial mostrou insuficiência respiratória tipo 1 numa doente (pO₂ 51 mmHg), sendo este valor normal nas restantes, com uma pO₂ média de 84,6 mmHg. Apenas 1 doente apresentou dessaturação significativa na prova da marcha dos 6 minutos. No que concerne à evolução clínica, verificou-se que 3 doentes mantêm estabilidade clínica, funcional e imagiológica (4-8 anos de seguimento), apenas com terapêutica broncodilatadora inalatória. A doente com insuficiência respiratória iniciou sirolimus (valor sérico entre 10-15 ng/mL) e foi referenciada para avaliação em consulta transplante pulmonar.

Discussão e conclusão: Esta série de doentes permite alertar que, embora muito raramente, a LAM pode ocorrer em doentes em idade pós-menopáusicas. De acordo com os dados publicados, a ocorrência da doença nesta fase associou-se maioritariamente a alterações clínicas e funcionais ligeiras e a um bom prognóstico. No entanto, poderão ocorrer casos de maior gravidade, com incapacidade funcional respiratória significativa e necessidade de uma abordagem terapêutica mais intensa.

Palavras-chave: *Linfangioleiomiomatose. Menopausa.*

PO10. A FACE OCULTA DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

R. Rosa, T. Lopes, J. Cardoso

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

Caso clínico: Sexo masculino, 55 anos de idade, fumador ocasional, sem antecedentes patológicos relevantes. Internado por tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral periférico diagnosticado em tomografia computadorizada (TC) torácica com contraste, na sequên-

cia de tosse e astenia recentes, sem febre ou queixas constitucionais. O ecodoppler venoso dos membros inferiores não revelou aspectos de trombose venosa. A TC toraco-abdomino-pélvica mostrou três lesões nodulares pulmonares espiculadas, duas nos vértices (24 e 20 mm) e uma no lobo inferior direito (19 mm), associadas a vários micronódulos e múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. Na avaliação com PET/TC constatou-se actividade hipermetabólica ganglionar mediastínica e hilar (SUVmáx 4 a 12), com incremento do metabolismo no estudo torácico tardio (SUVmáx 9 a 16), sem hiperfixação anómala nos nódulos pulmonares ou noutras localizações. Na broncofibroscopia identificou-se redução do calibre do segmento apical do brônquio lobar superior direito. A análise microbiológica e anatomo-patológica do lavado broncoalveolar, escovado e biópsias brônquicas foi inocente. A citologia aspirativa eco-guiada dos gânglios mediastínicos foi negativa para células neoplásicas. Procedeu-se à realização de videomediastinoscopia com biópsias ganglionares, que revelaram fibrose e pequenos granulomas epitelióides com células gigantes multinucleadas, sem necrose; não foi identificado tecido neoplásico e o estudo microbiológico e o teste de amplificação de ácidos nucleicos foi negativo. Admitiu-se o diagnóstico de sarcoidose e foi iniciada corticoterapia sistémica com resolução das queixas respiratórias. A reavaliação imagiológica após três meses de terapêutica mostrou redução volumétrica dos nódulos pulmonares e das adenopatias mediastínicas e hilares. **Discussão:** Este é um caso de apresentação atípica de sarcoidose na forma de TEP. Inicialmente colocou-se a hipótese mais provável de síndrome paraneoplásico trombótico no contexto de neoplasia do pulmão, fundamentada pelas características morfológicas e funcionais das alterações imagiológicas torácicas. O risco acrescido de TEP em doentes com sarcoidose já foi descrito em alguns estudos. Admite-se que esta relação possa resultar da presença de factores procoagulantes desconhecidos até à data, da coexistência do síndrome dos anticorpos antifosfolípidos ou da corticoterapia instituída após o diagnóstico. Estudos adicionais são fundamentais no sentido de compreender os mecanismos subjacentes à aparente associação entre sarcoidose e embolia pulmonar.

Palavras-chave: *Sarcoidose. Tromboembolismo pulmonar.*

PO11. DA TRAQUEOSTOMIA AO DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSE DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES (VAS)

C. Castro de Sousa, C. Simão, M. Anciães

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Apesar de poder comprometer qualquer órgão, a Sarcoidose envolve quase sempre o pulmão e gânglios intra-torácicos. O comprometimento da VAS é raro (~5%), sendo a laringe afectada em apenas 1,2% dos doentes, preferencialmente na região supra-glótica.

Objectivos: Homem de 38 anos, caucasiano, natural do Brasil, previamente saudável, não fumador. Recorreu ao S.U. em Dez/2012 por quadro com 1 ano de disфония, odinofagia e ligeira dispneia. Objectivamente: polipneico; auscultação pulmonar normal; Laringoscopia: “Lesão infiltrativa da orofaringe, epiglote, bandas ventriculares e cordas vocais, fibrose intensa com sinéquia do cavum”. Por compromisso significativo da VAS, foi internado na Otorrinolaringologia para traqueostomia e investigação.

Resultados: Análises: ECA: 95 U/L (< 68); ANCAs negativos. Ex. Bacteriológico e Micobacteriológico expectoração: negativos. TC Pescoço: “Marcado espessamento irregular da epiglote, bandas ventriculares, cordas vocais e andar sub-glótico. Adenopatias jùgulo-digástricas e submaxilares”. TC SPN: “Espessamento mucoso do seio frontal, células etmoidais e seios maxilares. Obliteração do lúmen nasofaríngeo”. TC Tórax: “Sem adenopatias nem alterações significativas pulmonares”. TC Abdominal: “Moderada hepatomegália, sem adenomegalias”. Biópsias da laringe: “Mucosa com intensa reacção inflamatória.” Fez prednisolona 1mg/Kg/dia oral durante

15 dias com melhoria da disфонia e do aspecto fibrótico da orofaringe. Em Abril/2013 repetiram biópsias por persistência da sintomatologia e da extensa lesão infiltrativa da nasofaringe até à laringe que revelaram: “processo inflamatório crónico activo com células gigantes multinucleadas, sem microorganismos (colorações Ziehl-Neelsen, PAS e Grocott), sem granulomas ou neoplasia”. Broncofibroscopia: “Traqueia com infiltração exuberante da mucosa e redução discreta do lúmen em toda a extensão, brônquios sem alterações”. LBA: Relação CD4/CD8: 1,6. Exame Bacteriológico, Micológico e Micobacteriológicos das secreções brônquicas: negativos. Biópsias da traqueia: “Infiltrado inflamatório misto, granulomas não necrotizantes de tipo sarcóide, sem microorganismos ou neoplasia.” Removeram traqueostomia (Jun/2013). Provas Função Respiratória: “Curva débito/volume com obstrução fixa extratorácica; Diminuição da DLCO (68%); Gasimetria normal”. Admitiu-se Sarcoidose das VAS e Traqueia. Foi referenciado à Consulta de Pneumologia. Iniciou prednisolona 40 mg/dia em Dez/2013. Houve melhoria clínica. TC pescoço/Tórax (Fev/2014): “Significativa redução do espessamento mucoso naso/orofaríngeo e infra-glótico; bandas ventriculares e cordas vocais normalizadas; mantém adenomegalias cervicais.”

Discussão e conclusão: Este caso raro de sarcoidose da VAS supra e infra-glótica ilustra bem a dificuldade e a necessidade do diagnóstico rápido, para evitar traqueostomia ou morte por asfixia. O diagnóstico é de exclusão e tem que incluir biópsias com granulomas não caseosos e a ausência de outras doenças granulomatosas (tuberculose; granulomatose wegenger; infecções fúngicas) e doenças da VAS (ex. neoplasias).

Palavras-chave: Sarcoidose. Vias aéreas superiores. Doença granulomatosa.

PO12. CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO TABÁGICO NUMA CONSULTA DE APOIO AO FUMADOR

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

Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Introdução: O consumo de tabaco é uma importante causa da doença pulmonar. A promoção da cessação tabágica constitui a via mais efectiva para obter melhorias a curto e médio prazo na morbilidade - mortalidade associada ao tabagismo.

Objectivos: Caracterizar a consulta de cessação tabágica e avaliação da taxa de comparência a segunda consulta no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. Foram estudados 145 utentes fumadores, observados em primeira consulta no período compreendido entre o ano de 2013 a 2014. A colheita de dados foi efectuada através da consulta de registos dos processos clínicos. Foi recolhida informação relativamente às características socioeconómicas, história tabágica, nível de dependência de nicotina, grau de motivação, tratamento efectuado e a comparência na segunda consulta. Utilizou-se o teste de Fagerström para avaliar a dependência física da nicotina e o teste de Richmond para determinar a motivação.

Resultados: Dos 145 fumadores estudados, 35,9% eram do sexo feminino e 64,1% eram do sexo masculino, com uma mediana da classe etária entre os 51-56 anos e a maioria exerce uma profissão. Na amostra 41,4% têm o ensino secundário. A idade média de início de consumo regular de tabaco foi 19,2 anos e o consumo médio cigarro foi de 42,0 cigarro/dia. O nível mediano de dependência de nicotina apresentado pelos fumadores foi moderado e a pontuação mediana obtida no Teste de Motivação de Richmond foi moderada (7), não existindo uma diferença significativa quanto ao sexo para estas duas variáveis ($P > 0,05$). Maioria dos utentes foram a consulta por decisão pessoal. A principal razão apontada para deixar de fumar foi “motivos de saúde”. Verificou-se que os utentes com grau de

motivação moderada são os que faltaram mais a segunda consulta, sendo estas diferenças não eram estatisticamente significativas ($P > 0,05$). Em 95,2% dos utentes foi prescrita terapêutica farmacológica para auxiliar na cessação tabágica. A maioria (54,4% do total) foi medicada com Vareniclina. Dos 145 fumadores apenas 28,3% compareceram na segunda consulta.

Discussão e conclusão: Os utentes observados apresentavam motivação moderada. A preocupação com a saúde foi a principal razão para deixar fumar. Verificou-se que a maioria dos fumadores faltaram a segunda consulta, tinham grau de motivação moderada.

Palavras-chave: Tabaco. Motivação. Cessação tabágica.

PO13. NEOPLASIA DO PULMÃO NO IDOSO, EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

M. Reis, L. Ferreira, A. Amaral, A. Tavares, R. Gomes, F. Fernandes, J. Parreira

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: Cerca de 30 a 50% dos casos de neoplasia do pulmão é diagnosticada em pessoas com idade igual ou superior a 70 anos. O impacto da idade e da presença de comorbilidades a nível do prognóstico é controverso, porém são dois aspectos importantes na decisão da terapêutica a instituir.

Objectivos: Caracterização de variáveis clínicas, histopatológicas, estadiamento anatómico e fisiológico, tratamento e sobrevida dos doentes com idade igual ou superior a 70 anos com neoplasia primária do pulmão seguidos em consulta de pneumologia oncológica numa Unidade Local de Saúde.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com idade igual ou superior a 70 anos, com o diagnóstico de neoplasia primária do pulmão e seguidos em consulta de 01/01/2012 a 31/05/2014. Procedemos à análise do processo clínico, tendo sido avaliadas as variáveis descritas. Definimos como critérios de exclusão: neoplasia torácica não pulmonar. O tratamento estatístico dos dados foi efectuado através do programa Microsoft Excel 2010.

Resultados: No período considerado foram seguidos em consulta 97 doentes, 37 dos quais com idade igual ou superior a 70 anos. Excluímos 8 doentes. A nossa amostra é constituída por 29 doentes apresentando idade média de 78 anos e predomínio do sexo feminino. Cerca de 40% dos doentes têm pelo menos 2 comorbilidades e são polimedicados. Nove doentes são exfumadores. Cerca de 34% dos doentes apresentavam diagnóstico histológico de Adenocarcinoma e 50% dos doentes encontravam-se em estadio IV. Quinze doentes foram submetidos a Quimioterapia, dos quais quatro desenvolveram toxicidade sem necessidade de interrupção do tratamento. Apenas dois doentes foram operados e doze foram submetidos a terapêutica de suporte.

Discussão e conclusão: O nosso estudo mostra uma população com várias comorbilidades e polimedicada, cujo diagnóstico é efectuado maioritariamente em estadio IV. Com uma percentagem considerável de doentes a desenvolver toxicidade associada à terapêutica instituída e 40% dos doentes submetidos apenas a terapêutica de suporte.

Palavras-chave: Neoplasia do pulmão. Idoso.

PO14. ESTUDO DIAGNÓSTICO DO NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

D. Vaz, A. Antunes, S. Campinha, S. Conde, A. Barroso

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

Introdução: O nódulo solitário do pulmão é um achado radiológico frequente, que constitui um desafio de diagnóstico diferencial.

Objectivos: Os autores pretenderam caracterizar a população de doentes admitidos em consulta de Pneumologia Oncológica, no período compreendido entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014, para estudo de nódulo solitário do pulmão

Métodos: Estudo retrospectivo no qual se caracterizaram variáveis demográficas e clínico-radiológicas. O subgrupo de doentes no qual o estudo diagnóstico identificou cancro pulmonar, foi comparado com a restante população, individualizando-se os fatores que se associavam a etiologia maligna.

Resultados: O estudo incluiu 69 doentes (65,2% homens) com idade média de $74,6 \pm 3$ anos e exposição ao tabaco em 68,1%. A maioria negava história prévia de doença respiratória ou neoplasia (69,6% e 91,3% respetivamente). Encontravam-se assintomáticos 52,2%. Os nódulos eram maioritariamente sólidos (76,5%), com diâmetro médio de $15,3 \pm 6,7$ mm, não calcificados (91%) e não cavitados (97,1%). Os bordos eram regulares em 41,8%, espiculados em 46,3% e lobulados em 11,9%. A maioria localizava-se no lobo superior direito (30,9%) e não havia evidência radiológica de adenopatias intratorácicas em nenhum dos casos. Em 42%, o estudo diagnóstico mostrou tratar-se de cancro do pulmão (adenocarcinoma pulmonar em 65,5%, carcinoma epidermoide pulmonar em 10,3%, tumor carcinóide em 20,6% e angiossarcoma pulmonar em 3,6%). O método que, na maioria, permitiu o diagnóstico foi a biópsia aspirativa transtorácica (53%). Em 75,4%, o estudo inicial incluiu realização de tomografia de emissão de positrões (PET) com fluorodeoxiglicose (FDG). Neste subgrupo, 44,2% dos nódulos eram hipercaptantes, com *standard uptake value* (SUV) médio de $4,78 \pm 4,5$. Dos nódulos hipercaptantes, 82,6% tinham etiologia maligna e nestes a PET mostrou hipercaptação em adenopatias mediastínicas em 63,2%. As variáveis que se associaram a etiologia maligna foram exposição prévia a tabaco (73% vs 65% OR = 2; $p = 0,006$), dimensões do nódulo ($17,6 \pm 6,3$ vs $13,6 \pm 6,6$; $p = 0,014$), bordos espiculados (57,1% vs 38,4%; OR = 2,3; $p = 0,014$), ausência de calcificações (0% vs 15,4%; OR = 6,9; $p = 0,036$), SUV elevado ($7,5 \pm 5,2$ vs $1,5 \pm 1,1$; $p = 0,023$) e hipercaptação de FDG em adenopatias mediastínicas (46,15% vs 11,5%; OR = 7,9; $p = 0,013$).

Discussão e conclusão: Os nódulos de maiores dimensões, não calcificados, espiculados e hipercaptantes de FDG, que se apresentavam em doentes com exposição prévia ao tabaco; tinham maior probabilidade de ter etiologia maligna. Nos nódulos de etiologia maligna, a PET quando realizada na avaliação inicial, complementou o estudo radiológico, sugerindo envolvimento ganglionar mediastínico quando este não era suspeitado pela tomografia computadorizada axial torácica; realçando a maior sensibilidade da PET na deteção de envolvimento ganglionar.

Palavras-chave: Nódulo solitário pulmonar. Diagnóstico.

PO15. ANÁLISE MUTACIONAL DO GENE EGFR NA DISTINÇÃO ENTRE RECIDIVA E SEGUNDO TUMOR PRIMÁRIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Vaz, S. Conde, A. Antunes, S. Campinha, A. Barroso

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

Introdução: No doente com história prévia de adenocarcinoma pulmonar tratado radicalmente, a deteção de uma nova neoplasia pulmonar obriga a colocar o diagnóstico diferencial entre recidiva da doença ou novo tumor primário. A distinção baseia-se em principalmente em critérios histológicos e temporais.

Descrição do caso: Mulher de 50 anos de idade, não fumadora, com história prévia de depressão e história familiar de deficit de alfa 1 antitripsina. Em 2009 é detetado nódulo no lobo superior esquerdo com 14 mm de diâmetro, hipercaptante na tomografia de emissão de positrões (PET) com fluorodeoxiglicose- FDG (standard uptake value-SUV tardio de 4,8) e opacidade micronodular no lobo superior direito sugestiva de secura infeciosa, sem captação de FDG. Não

foi detetada outra evidência de doença. Fica decidido em reunião de grupo referenciar a doente para toracotomia diagnóstica/terapêutica, atendendo à dificuldade técnica para realização de diagnóstico através de procedimentos menos invasivos. O exame temporâneo do nódulo do lobo superior esquerdo sugeriu o diagnóstico de adenocarcinoma pelo que realizou lobectomia superior esquerda. O estudo histológico mostrou tratar-se de adenocarcinoma pulmonar invasor lepidico estadio pT1N0M0G2R0. O estado mutacional para gene do EGFR não foi caracterizado atendendo ao estadio inicial da neoplasia. Em 2014, no contexto da vigilância clínico-radiológica da doente, verifica-se crescimento de opacidade micronodular no lobo superior direito (3 mm em 6 meses). Repete-se a PET que mostra captação discreta no nódulo indicado (SUV inferior a 1), sem evidência de outros focos de captação. Atendendo aos antecedentes da doente, ao crescimento do nódulo e ao aspeto radiológico em vidro despolido, opta-se por realizar core biópsia trans-torácica. O estudo histológico da amostra colhida sugere neoplasia mas não esclarece o diagnóstico; pelo que se propõe lobectomia. O estudo histológico da peça operatória mostrou tratar-se de adenocarcinoma invasor lepidico estadio pT1N0M0G1R0. Atendendo à similaridade histológica entre as duas neoplasias diagnosticadas nesta doente, pesquisa-se a presença de mutações no gene do EGFR em ambos os tumores. A análise mutacional mostrou mutações diferentes (L745_P753 > S e G746_A750del) ambas no exão 19 do gene EGFR em cada tumor. Assumiu-se o diagnóstico de dois tumores primários diferentes atendendo à análise mutacional e ao período temporal entre o aparecimento das 2 neoplasias.

Discussão e conclusão: Este caso clínico mostra a importância complementar da análise mutacional do gene EGFR na distinção entre recidiva de doença e segundo tumor primário, em doentes com história prévia de adenocarcinoma pulmonar radicalmente tratado, nos quais se diagnostica outro foco de adenocarcinoma.

Palavras-chave: Segundo tumor primário. Gene EGFR.

PO16. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO EM VÁRIOS ESTÁDIOS DE EVOLUÇÃO NO MESMO DOENTE: CASO CLÍNICO

M.M. Sala¹, D. Hasmucrai¹, P. Garrido¹, P. Alves¹, E. Teixeira¹, I. Lourenço², F. Félix³, R. Sotto-Mayor¹

¹Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa. ²Serviço de Anatomia-Patológica, Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

³Unidade de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

Introdução: O cancro do pulmão é uma verdadeira epidemia global sendo atualmente a neoplasia mais frequente a nível mundial, responsável anualmente por 13% (1,6 milhões) dos novos casos de cancro e de 18% (1,4 milhões) das causas de morte por essa patologia.

Discussão e conclusão: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 56 anos, fumadora de 20 UMA, reformada, com antecedentes pessoais de carcinoma ductal invasivo da mama esquerda, submetida a tumorectomia, quimioterapia e radioterapia adjuvantes em 2010. Desde Julho de 2014 a realizar 2ª linha com terapêutica hormonal por progressão da doença. Em TC (30/11/2011) de *follow-up* da doença oncológica da mama, são detetados dois nódulos do lobo superior esquerdo (LSE) de 18 e 14mm e vários micronódulos bilaterais com predomínio no lobo inferior esquerdo (LIE). Em TC (10/04/2014) de *follow-up* dos nódulos verificou-se aumento das dimensões dos dois do LSE de 18 para 20 mm e de 14 para 17 mm, mantendo-se sobreponíveis as características dos outros micronódulos. A doente não apresentava queixas respiratórias ou constitucionais. O exame objetivo e as análises eram normais. Para investigação realizou PET-TC (24/06/2014) que mostrou dois nódulos no LSE, um com 18 mm (SUV max: 2,6) e outro com 16 mm (SUV max: 5,3); e micronódulos pulmonares milimétricos bilaterais, sem captação considerável de FDG. Efetuou bronco-

fibroscopia e biópsia aspirativa trans-torácica que foram negativas para células neoplásicas, pelo que foi referenciada à cirurgia torácica, onde foi submetida a ressecção em cunha de dois nódulos do LSE e de dois micronódulos do LIE. O exame anátomo-patológico das lesões do LSE mostraram um nódulo (10 mm) e outro (15 mm) que correspondiam a adenocarcinoma bem diferenciado (TTF1+), que invadia a pleura visceral. Os dois micronódulos do LIE, um (2 mm) correspondia a carcinoma bronquíolo-alveolar e o outro (1 mm) a hiperplasia adenomatosa atípica. Decidiu-se realizar lobectomia superior esquerda com esvaziamento ganglionar do mediastino (22/10/2014). Na peça da lobectomia não se identificou tecido de neoplasia residual e os gânglios do grupo 5 e 11L foram negativos para células neoplásicas. Foi feito o estadiamento para o adenocarcinoma do pulmão - estadio IB (pT2aN0) e para o carcinoma bronquíolo-alveolar estadio IA (pT1aN0) sendo iniciada quimioterapia adjuvante. O interesse didático deste caso tem a ver com a presença das alterações histopatológicas sequenciais que conduzem à evolução para adenocarcinoma, como a hiperplasia adenomatosa atípica e o carcinoma bronquíolo-alveolar. Deverá manter-se o controlo dos restantes micronódulos pulmonares identificados por imagem.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Tabagismo.

PO17. APRESENTAÇÃO PULMONAR RARA DE SARCOMA DE KAPOSÍ IATROGÉNICO

D. Araújo, L. Meira, R. Boaventura, M. van Zeller

Centro Hospitalar São João.

Introdução: O sarcoma de Kaposi é um distúrbio angioproliferativo associado a infecção pelo vírus Herpes 8. É classificado em quatro subgrupos: clássico, endémico, iatrogénico e associado à síndrome de imunodeficiência adquirida. O subgrupo iatrogénico está maioritariamente associado a casos de transplantação de órgãos sólidos e imunossupressão intensa. Existem contudo casos descritos do seu aparecimento em doenças auto-imunes sob tratamento com imunossupressão menos intensa. A apresentação pulmonar do sarcoma de Kaposi é muito variada podendo atingir parênquima, pleura ou árvore traqueobrônquica.

Objectivos: Os autores descrevem o caso de uma doente, sexo feminino de 66 anos, com antecedentes de esclerose sistémica medicada com azatioprina 100mg/dia e prednisolona 10mg/dia, com envolvimento pulmonar - reticulação com espessamentos de septos inter e intralobulares nos segmentos postero-inferiores de ambos os campos pulmonares com aspecto “favo de mel” a traduzir padrão UIP desde 2010. Em Fevereiro de 2013, constatada lesão nodular no bordo livre da pálpebra inferior direita, procedendo-se à excisão desta, tendo a histologia confirmado sarcoma de Kaposi. Serologia para VIH negativa. Manteve-se em vigilância até Junho de 2014, altura que surgem várias outras lesões cutâneas sugestivas do mesmo diagnóstico. Nesse momento, realiza uma tomografia axial computadorizada do tórax que revela o aparecimento de múltiplos micronódulos dispersos bilateralmente, mantendo estabilidade das alterações em “favo de mel”. Decorrente do estudo dos micronódulos realizou broncofibroscopia que revelou a presença de lesão ruborizada de pequenas dimensões no segmento inicial do brônquio principal esquerdo cuja biópsia foi inconclusiva - sem sinais de malignidade, nomeadamente sarcoma de Kaposi. Lavado broncoalveolar com linfocitose intensa em contexto da esclerose sistémica. Realizou igualmente biópsia transtorácica de nódulo pulmonar. Resultado histológico com proliferação de células fusiformes monótonas muito sugestivo de sarcoma de Kaposi. Caso apresentado em reunião de grupo de Oncologia cutânea, tendo sido decidido início de tratamento sistémico.

Discussão e conclusão: Este caso realça a importância do alto grau de suspeição clínica necessário para o diagnóstico de atingimento pulmonar de sarcoma de Kaposi, dada a sua panóplia de formas de

apresentação. Trata-se igualmente de um caso raro de Kaposi iatrogénico, em contexto de esclerose sistémica.

Palavras-chave: Sarcoma Kaposi. Iatrogénico. Nódulo pulmonar.

PO18. PÓLIPO FIBROEPITELIAL ENDOBRÔNQUICO, UM TUMOR BENIGNO RARO - CASO CLÍNICO

D. Cunha Machado¹, R. Castro Melo¹, C. Ribeiro¹, A. Sanches², A. Oliveira¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os pólipos fibroepiteliais brônquicos são tumores benignos raros que podem ocluir total ou parcialmente a árvore traqueobrônquica, estando descritos menos de 25 casos na literatura. Histologicamente são constituídos por uma zona central de tecido conjuntivo revestido por epitélio de tipo respiratório ou epitélio escamoso. Os autores apresentam o caso de um doente com uma pneumonia obstrutiva por oclusão total do brônquio principal direito por um pólipo fibroepitelial.

Caso clínico: Sexo masculino, 45 anos, trabalhador da construção civil, fumador (16 UMA). Sem outros antecedentes ou medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por febre, expectoração purulenta e dor torácica pleurítica com quatro dias de evolução. Referia também o aparecimento progressivo nos últimos três meses de dispneia para médios esforços, ortopneia, astenia e tosse com expectoração mucosa. Ao exame físico apresentava-se febril, com saturação de oxigénio em ar ambiente de 92% e auscultação pulmonar com sons respiratórios diminuídos na metade inferior do hemitórax direito. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e na radiografia do tórax verificou-se uma opacidade heterogénea no lobo inferior direito com desvio ipsilateral do mediastino. O doente foi admitido com o diagnóstico inicial de pneumonia adquirida na comunidade, iniciando antibiótico de forma empírica. Após 5 dias de tratamento foi realizada TC de tórax uma vez que não se verificou melhoria clínica e radiológica significativa. No exame observou-se obliteração do brônquio principal direito por conteúdo heterogéneo e consolidação dos lobos inferior, médio e parte do superior. A broncoscopia flexível mostrou uma lesão com 2 cm, lobulada e pedunculada, com base de implantação no esporão de entrada do lobo superior direito, a condicionar obstrução total do brônquio principal direito. Realizou broncoscopia rígida que permitiu remover rapidamente a lesão polipóide com pinça de biópsia. Foi efetuado LASER à base da lesão. O doente teve alta após três dias, assintomático e com radiografia do tórax normal. O exame histológico da lesão estabeleceu o diagnóstico de pólipo fibroepitelial brônquico.

Discussão e conclusão: Discussão: Os pólipos fibroepiteliais endobrônquicos são tumores benignos raros de etiologia não completamente esclarecida, estando contudo descrita a associação com o tabagismo. Os sintomas surgem por obstrução parcial ou total da árvore brônquica, devendo ser considerados perante doentes com pneumonias recorrentes, atelectasias ou pneumonias pósobstrutivas, como o caso descrito. A ressecção endobrônquica é normalmente o tratamento de escolha. A identificação e excisão endobrônquica desta lesão permitiu a resolução total e célere do quadro infeccioso com que se apresentou o doente.

Palavras-chave: Pólipos fibroepiteliais. Obstrução brônquica. Broncoscopia.

PO19. ANGIOSSARCOMA DO PULMÃO: UMA NEOPLASIA MUITO RARA

M. Grafino¹, P. Alves¹, M. Mendes de Almeida², P. Garrido¹, D. Hasmucrai¹, E. Teixeira¹, R. Sotto-Mayor¹

¹Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa. ²Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

Introdução: O angiossarcoma é um tumor maligno com origem nas células endoteliais, o qual corresponde a 2% de todos os sarcomas. O seu envolvimento pulmonar está, em geral, associado a metastização de outros locais primários. O angiossarcoma pulmonar primário é extremamente raro, havendo poucos casos descritos.

Caso clínico: Mulher de 78 anos, não fumadora, reformada de funcionária pública, sem exposição conhecida a carcinógenos. Dos antecedentes pessoais destaca-se a documentação, em TC torácica, de consolidação pulmonar no lobo superior esquerdo há dois anos. Nessa data foi submetida a broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsias pulmonares cujos resultados não revelaram alterações patológicas pelo que abandonou o seguimento médico. Em Outubro de 2014, na sequência da investigação de quadro clínico de tosse não produtiva, dispneia e perda ponderal, com seis meses de evolução, realizou nova telerradiografia e TC do tórax, tendo-se documentado lesão no lobo superior esquerdo com 10x7cm que se insinuava para o mediastino e não apresentava plano de clivagem com a aorta e a artéria pulmonar. A videobroncofibroscopia identificou uma massa ocluindo o orifício do brônquio lobar superior esquerdo e foram realizadas biópsias. Antes de se conhecer o resultado histológico das biópsias, a doente iniciou quadro de hemiparésia direita. Realizou RM-CE na qual se documentaram múltiplas lesões cerebrais. A 18F-FDG PET-TC evidenciou atividade metabólica aumentada em múltiplos órgãos: pulmão, tireoide, ambas as supra-renais, gânglios linfáticos mediastínicos, aorto-lombares e inguinais, tecido subcutâneo e ósseo múltiplo. O maior SUVmax foi de 22 e registou-se no lobo superior do pulmão direito. O exame imunohistopatológico das biópsias foi compatível com angiossarcoma epitelióide. Admitiu-se angiossarcoma epitelióide de provável origem pulmonar. A doente faleceu duas semanas após se conhecer o diagnóstico.

Discussão e conclusão: Os autores relatam o caso clínico de um angiossarcoma epitelióide de provável origem pulmonar com dois anos de evolução. A identificação prévia de uma consolidação pulmonar, não esclarecida, na mesma localização fez-nos admitir a referida origem. Além de documentar uma neoplasia rara, este caso clínico evidencia o seu mau prognóstico, assim como a extensa invasão local e à distância na data do diagnóstico, características desta entidade.

Palavras-chave: Angiossarcoma. Neoplasia do pulmão.

PO20. CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS COM TRANSLOCAÇÃO ALK/EML4 TRATADOS COM CRIZOTINIB - EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS DE UMA UNIDADE DE PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA

M. Dias, R. Linhas, A. Antunes, S. Campinha, S. Conde, A. Barroso

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

Introdução: Nos doentes com carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC), a translocação ALK/EML4 (ALK+) é rara mas desempenha um papel-chave na carcinogénese pulmonar. O crizotinib é um inibidor seletivo da tirosina cinase do ALK, melhorando a sobrevida deste grupo de doentes. Em Portugal está autorizado para tratamento de doentes com cancro do pulmão ALK+ a partir da 2ª linha.

Objectivos: Análise descritiva das características e *outcomes* dos doentes diagnosticados com CPNPC ALK+ e tratados com crizotinib. **Métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu os doentes de uma Unidade de Pneumologia Oncológica, com diagnóstico de CPNPC ALK+ e tratados com crizotinib, entre 2011 e 2014. Foram analisadas características clinicodemográficas, *timing* de utilização do crizotinib, resposta ao crizotinib e efeitos secundários.

Resultados: No período analisado, 17 doentes apresentaram CPNPC ALK+. Desses, em 5 (29%) foi utilizado o crizotinib como linha de tratamento. O tipo histológico foi sempre o adenocarcinoma e o crizotinib foi sempre utilizado em 2ª linha. Na tabela apresentamos as características dos doentes tratados com crizotinib.

Discussão e conclusão: A caracterização molecular dos CPNPC é cada vez mais importante na escolha de um tratamento dirigido adequado. A pesquisa da translocação ALK/EML4 em doentes com CPNPC EGFR nativo permite a identificação dos doentes que poderão beneficiar do tratamento com crizotinib. Nesta série, até à data, 29% dos doentes ALK+ foram tratados com este fármaco. A maioria dos doentes apresentou controlo da doença, parecendo ser uma terapêutica bem tolerada, com apenas um caso de toxicidade relevante. Perante estes resultados, consentâneos com a literatura, e a disponibilidade em tempo útil da pesquisa da ALK/EML4, questionamos a autorização para a utilização deste fármaco em Portugal apenas após uma primeira linha de quimioterapia.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Translocação ALK/EML4. Crizotinib.

PO21. TRANSLOCAÇÃO ALK/EML4 NO CPNPC NÃO ESCAMOSO E SEUS PREDITORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS

M. Dias, R. Linhas, A. Antunes, S. Campinha, S. Conde, A. Barroso

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

Introdução: No carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC), a translocação ALK/EML4 (ALK+) parece associar-se a características clínico-demográficas como, idade mais jovem, género feminino, ausência de hábitos tabágicos, histologia nãoescamosa e estádios avançados. Esta translocação rara é mutuamente exclusiva com mutações do EGFR. Caso exista, os doentes podem beneficiar

Tabela PO20. Características e *outcomes* dos doentes tratados com crizotinib

Género	Idade	Hábitos tabágicos	PS	Estadio	Tempo até crizotinib (meses)	Resposta crizotinib aos 2 meses	Tempo até progressão (meses)	Efeitos secundários	Estado atual
1 Mulher	35	Não fumadora	0	IIIB	6	Remissão parcial	-	0	Sob crizotinib
2 Mulher	50	Não fumadora	0	IV	26,5	Remissão parcial	-	0	Sob crizotinib
3 Homem	47	Não fumador	0	IIIA	46	Doença estacionária	-	Obstipação	Sob crizotinib
4 Homem	77	Não fumador	2	IV	4,8	Doença estacionária	9,5	0	Falecido
5 Homem	61	Ex-fumador	1	IV	9	Interrupção por toxicidade	-	Aumento FA e yGT	Falecido

de tratamento com inibidores específicos. Estudos sobre CPNPC ALK+ são escassos na população portuguesa.

Objetivos: Estudar a taxa da translocação ALK/EML4 numa população portuguesa e comparar as características clínico-demográficas entre os doentes ALK+ e sem translocação (ALK-).

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes duma Unidade de Pneumologia Oncológica, com CPNPC não-escamoso, entre 2012 e 2014. Inicialmente procedeu-se à sequenciação dos exões 18-21 do EGFR, seguindo-se a análise FISH para pesquisa da translocação ALK/EML4 nos doentes EGFR nativos. Os doentes foram divididos em dois grupos: ALK+ e ALK-, analisando-se a taxa da translocação e comparando-se as características clínico-demográficas entre os grupos.

Resultados: No período analisado diagnosticaram-se 304 novos casos de CPNPC não-escamoso. O EGFR foi sequenciado em 269 doentes, 214 eram nativos. Nesses, foi realizada pesquisa ALK/EML4 em 110 doentes: 12 (10,9%) ALK+, 87 ALK-, 11 (10%) com resultado inconclusivo. Os 99 doentes ALK+/ALK- incluídos neste estudo eram maioritariamente homens (80%), fumadores ou ex-fumadores (78%), idade média de 68 ± 12 anos. A maioria apresentava-se em estágio IIIb ou IV ao diagnóstico (67%). Os doentes ALK+ eram maioritariamente homens (67%), não fumadores (50%), idade média de 58 ± 14 anos. Comparando os grupos, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a presença da translocação e idade mais jovem (58 ± 14 vs. 70 ± 11 anos, p = 0,013) e uma associação negativa com o tabagismo (18% vs. 50%, p = 0,027). Não se registaram diferenças estatísticas no género, performance status e estadió ao diagnóstico.

Discussão e conclusão: A prevalência da ALK/EML4 descrita na literatura é de 4% podendo chegar aos 30% em doentes não fumadores, EGFR nativos. Neste estudo, 10,9% dos doentes EGFR nativos com pesquisa de translocação eram ALK+ e os factores clinicodemográficos associados à presença desta translocação foram a idade mais jovem ao diagnóstico e a ausência de hábitos tabágicos. A inadequabilidade das amostras foi um problema encontrado, impossibilitando a pesquisa ALK/EML4 em 10% dos casos. A pesquisa da translocação ALK/EML4 deve, sempre que possível, ser realizada a todos os CPNPC não-escamosos em estadió avançado e ponderada nos estádios precoces, para uma melhor caracterização molecular e orientação terapêutica.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Translocação ALK/EML4.

PO22. A UTILIDADE DA BRONCOFIBROSCOPIA NO CANCRO DO PULMÃO

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

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: Ao longo dos anos tem havido um aumento da incidência de neoplasia do pulmão. Existem três grupos histológicos de cancro do pulmão. O carcinoma não pequenas células (CNPC) que corresponde a cerca de 85% dos casos, que engloba, por ordem de frequência, o adenocarcinoma, o carcinoma epidermoide e o carcinoma de grandes células. Cerca de 10-15% dos restantes casos constituem o de pequenas células (CPC), e ainda em cerca de 5% dos casos o tumor carcinoide. A broncofibroscopia é um exame complementar de diagnóstico que permite a visualização direta da árvore traqueobrônquica e a realização de técnicas auxiliares tais como o lavado broncoalveolar, escovado brônquico, a biópsia brônquica e a punção aspirativa transbrônquica. Como tal é lhe reconhecida utilidade no diagnóstico de neoplasia do pulmão, apresentando maior sensibilidade e especificidade para lesões centrais.

Objetivos: O presente estudo teve como principal objetivo determinar a utilidade diagnóstica da broncofibroscopia (BF) no diagnóstico de neoplasia do pulmão.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional do tipo descritivo. A população estudada foram os utentes do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), num total de 917 utentes que realizaram broncofibroscopia entre 2010 e 2013. A recolha de dados foi feita a partir da análise dos achados endoscópicos e colheitas efetuadas (lavado broncoalveolar, escovado brônquico e biópsia brônquica). Dos 917 utentes foram excluídos do estudo 48 utentes por cumprirem o critério de exclusão, que era a realização de broncofibroscopia com intuito terapêutico.

Resultados: Dos utentes analisados, 869 (94,8%) cumpriram os critérios de inclusão. Em 636 dos utentes (69,4%) houve identificação etiológica através da broncofibroscopia (BF), cujos 24,3% corresponderam aos casos de neoplasia. Na caracterização da etiologia neoplásica, constataram-se 61 casos de adenocarcinoma, 60 casos de carcinoma epidermoide, 24 de carcinoma de pequenas células, 31 casos de metastização pulmonar e 47 casos, sem identificação citológica e/ou histológica, através de sinais endoscópicos diretos e indiretos, perfazendo um total de 223 casos (24,3%). Constatou-se que dos 176 casos com confirmação histológica e/ou citológica, 72 apresentavam sinais diretos de neoplasia e 45 sinais indiretos, sendo o carcinoma epidermoide o subtipo histológico com maior correlação, representando cerca de 63% dos casos.

Discussão e conclusão: A broncofibroscopia é um exame complementar de diagnóstico de grande importância na avaliação e diagnóstico do cancro do pulmão. Pelos resultados obtidos confirma-se a sua maior utilidade para lesões brônquicas de localização central.

PO23. HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO - O QUE PARECIA SER UM BRONCOLITO

L. Meira, C. Damas, M. Sucena

Centro Hospitalar de S. João.

Introdução: Um broncolito é definido como uma estrutura constituída por material ósseo/calcificado localizado no lúmen brônquico, cuja suspeita clínica poderá ser levantada quando a TAC torácica demonstra lesão endobrônquica calcificada associada a obstrução brônquica - atelectasia. Os tumores benignos do pulmão são raros e dentro desses, o hamartoma é o mais comum. Os hamartomas podem ocorrer em qualquer parte do pulmão, mas a sua localização endobrônquica é rara. Os hamartomas endobrônquicos (HE) podem-se tornar sintomáticos quando provocam obstrução traqueobrônquica ou hemorragia.

Resultados: Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 59 anos, com antecedentes de pneumonia e infeções respiratórias de repetição nos últimos 13 anos e glioma frontal esquerdo, para o qual foi submetido a cirurgia em 2013. No contexto de investigação dos sintomas respiratórios, realizou radiografia do tórax que mostrou alterações e motivaram a realização de TAC torácico, na qual se identificaram algumas atelectasias laminares bibasais e massa calcificada no brônquio principal esquerdo (BPE), sem aparente relação com a parede brônquica, sugestivo de broncolito. Foi referenciado à consulta de Pneumologia Geral e posteriormente foi submetido a broncoscopia rígida para caracterização e eventual exérese, durante a qual foi observada massa esbranquiçada, de consistência dura, que ocluía quase na totalidade o 1/3 distal do BPE. Realizou-se a exérese mecânica da massa, despoletando pequena hemorragia, que foi controlada com instilação de soro gelado. O diagnóstico de HE foi dado após a análise anatomopatológica, com evidência de cartilagem, osso, tecido fibrovascular e epitélio respiratório. Seis meses mais tarde, o doente realizou broncofibroscopia de controlo, na qual não se identificou recorrência do HE. O doente mantém-se assintomático do ponto de vista respiratório desde a exérese do HE.

Discussão e conclusão: Com este caso pretendemos demonstrar a importância da análise anatomopatológica das lesões, uma vez

que só após esta análise foi possível fazer o diagnóstico de neoplasia benigna. Este diagnóstico tem implicações em termos de seguimento, com necessidade de reavaliação clínica, radiológica e endoscópica regular. Também demonstra a importância da exérese dos tumores endobrônquicos benignos, tais como os hamartomas que, embora tenham um baixo grau de transformação maligna, podem ser responsáveis por sintomas respiratórios que conferem morbidade importante aos doentes, por vezes durante anos.

Palavras-chave: Neoplasia benigna pulmão. Hamartoma. Endobrônquico. Broncolito.

PO24. CARACTERIZAÇÃO DA CELULARIDADE DO LÍQUIDO DE LAVAGEM BRONCO-ALVEOLAR NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A. Silva¹, J.P. Baptista², J. Pimentel²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina Intensiva, CHUC-HUC.

Introdução: A Broncofibroscopia óptica é uma técnica usada habitualmente no doente crítico submetido a ventilação artificial em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), com objetivo terapêutico e diagnóstico. A Lavagem Bronco-Alveolar (LBA) é uma das técnicas acessórias mais usadas, embora actualmente menos frequentemente, em detrimento do mini-lavado “cego”, por suposta equivalência diagnóstica e menor iatrogenia. No entanto, a análise diferencial da celularidade do Líquido de LBA (LLBA) tem sido pouco usada e analisada em UCI.

Objectivos: Caracterizar a celularidade do LLBA em doentes internados no serviço de Cuidados Intensivos do CHUC-HUC.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu 48 doentes internados no serviço de Cuidados Intensivos do CHUC-HUC, que efetuaram a análise da celularidade total e diferencial do LLBA.

Resultados: A amostra (n = 48) era na sua maioria do género masculino (n = 36), sendo a média de idades de 54,3 ± 17,4 anos. A média de dias de internamento foi de 20,79 ± 13,33 dias e a mortalidade de 27% (n = 13). Das co-morbidades, presentes em 25 doentes (52%), a mais frequente foi a Diabetes Mellitus, seguida de Neoplasia e de antecedentes de Transplante Renal. O diagnóstico inicial mais frequente foi a Pneumonia. A mediana da celularidade global foi de 300X106 (153-625) células. Relativamente à celularidade diferencial, a mediana dos Macrófagos foi de 38X106 (14-65), dos Neutrófilos 24 X 106 (9,3-48,8), dos Linfócitos 12X106 (8-28) e dos Eosinófilos de 1X106 (0-3) células. A maioria dos doentes (n = 43) apresentava alveolite neutrofílica. Em 19 doentes (40%) verificou-se alveolite eosinofílica, com 7 doentes exibindo Eosinófilos ≥ 5% e 3 doentes > 35%, sendo identificadas duas pneumonias eosinofílicas. A presença de hemossiderócitos constatou-se em 20 doentes (42%), dos quais 9 (45%) a contagem era frequente (3 casos acima de 30% da contagem total). A relação CD4/CD8 foi superior a dois em 14 doentes (29%). A microbiologia foi positiva em 19 doentes (40%), com acréscimo de isolamento em 10 doentes em relação ao Aspirado Traqueo-Brônquico. Dois apresentaram células neoplásicas. Não ocorreu iatrogenia clinicamente significativa.

Discussão e conclusão: A celularidade do LLBA encontrava-se globalmente muito aumentada, com predomínio de alveolite neutrofílica, relacionada com o diagnóstico predominante de pneumonia/sépsis. A análise da celularidade do LLBA permitiu uma mais-valia diagnóstica, nomeadamente no diagnóstico diferencial da Pneumonia de origem infecciosa e na caracterização da reacção inflamatória alveolar presente nestes doentes.

Palavras-chave: Lavagem bronco-alveolar. Celularidade. Serviço de Medicina Intensiva.

PO25. LESÃO INFILTRATIVA E NECROSADA ENDOBRÔNQUICA É NEOPLASIA! (OU CORPO ESTRANHO?)

B. von Amann, A. Dias, F. Lopes, V. Durão, T. Abreu, A.S. Vilariça, C. Bárbara, L. Mota, J. Semedo

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Os autores apresentam o caso clínico de um homem, 73 anos de idade, caucasiano, casado, reformado de motorista, exfumador (CT 5 UMA) com os diagnósticos anteriores de Asma complicada de Micose Broncopulmonar Alérgica a *Candida albicans*, Polipose Nasal, HTA, Fibrilhação Auricular, Diabetes Mellitus insulino-tratada, Dislipidemia e Hiperplasia Benigna da Próstata. Doente com seguimento em consulta de Pneumologia, sob imunossupressão prolongada com Prednisolona e tratamento com Itraconazol. Internado no hospital da área de residência em Outubro de 2014 por quadro com agravamento progressivo de febre, dispneia, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e edema dos membros inferiores. Analiticamente apresentava leucocitose com elevação dos parâmetros inflamatórios; Radiografia Tórax revelava hipotransparência homogénea do Lobo Superior Direito (LSD). Admitida Pneumonia do LSD foi medicado com Amoxicilina+Ácido Clavulânico e Azitromicina. Hemoculturas, uroculturas e antigenúrias para *Legionella* e *S.Pneumoniae* foram negativas. Realizou Tomografia Computorizada torácica que revelou obstrução do Brônquio Principal Direito com conteúdo heterogéneo no seu seio. A Broncofibroscopia revelou massa com ponto de partida no LSD tendo sido feitas biopsias e lavado broncoalveolar (LBA), ambos negativos para células neoplásicas. Após melhoria clínica e analítica repetiu Broncofibroscopia mantendo-se as alterações anteriores. Teve alta referenciado à consulta de Pneumologia onde foram colocadas as hipóteses diagnósticas de neoplasia/micose invasiva. Realizou nova Broncofibroscopia que evidenciou lesão infiltrativa e necrosada da emergência do brônquio lobar superior (BLS) direito. As biopsias revelaram intenso infiltrado inflamatório agudo, com “fibras vegetais”. Exame citológico do LBA foi negativo para além do isolamento de células vegetais. Sem haver história reconhecida de aspiração alimentar, programou-se Broncoscopia Rígida constatando-se resolução da obstrução: permeabilidade do LSD com alargamento ligeiro do esporão de divisão e mucosa hiperemiada e edemaciada. As novas biopsias revelaram fragmentos superficiais de mucosa brônquica com intenso infiltrado inflamatório, sem outras alterações significativas. O caso relatado reveste-se de interesse pela apresentação de um corpo estranho, presumivelmente aspirado, em localização pouco frequente, associado a complicações locais e sistémicas. As imagens da Broncofibroscopia realçavam a hipótese de lesão tumoral, persistindo a hipótese de infeção micológica invasiva. Após múltiplas biopsias locais verificou-se resolução da obstrução e melhoria das alterações imagiológicas. O doente encontra-se clinicamente estabilizado. Deste caso retiramos a aprendizagem de que os diagnósticos mais prováveis, assumidos inicialmente ou até após realização de exames complementares dirigidos, nem sempre se confirmam. Assim, durante a marcha diagnóstica, é importante manter as várias hipóteses colocadas dada a possibilidade de situações inesperadas ocorrerem alterando significativamente a perspetiva terapêutica e o prognóstico.

Palavras-chave: Aspiração de corpo estranho. Broncofibroscopia. Biópsia brônquica.

PO26. SUPORTE VENTILATÓRIO CONTÍNUO NA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: IMPACTO NA SOBREVIDA E RELAÇÃO COM A FUNÇÃO BULBAR

M. Torres Redondo¹, I. Neves¹, T. Pinto¹, F. Pires¹, A. Marinho¹, M. Goncalves^{1,2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João. ²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. ³Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto.

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma patologia neurológica degenerativa de caráter progressivo. O atingimento da musculatura bulbar pode surgir numa fase precoce ou numa fase mais tardia da doença, sendo inevitável a disfunção ventilatória que é a principal causa de morte nestes doentes. O suporte com Ventilação Não Invasiva (VNI) é inicialmente realizado em período noturno, mas muitas vezes, a progressão da doença leva à necessidade de um suporte ventilatório contínuo.

Objetivos: Descrever o impacto do uso contínuo de VNI nos doentes com ELA e a sua relação com a função bulbar.

Métodos: Foram estudados retrospectivamente doentes diagnosticados com ELA, que no decorrer do seguimento usaram VNI de forma contínua. Foi definido como suporte contínuo o uso diário de VNI de 16 a 24 horas. Tendo em conta a progressão da patologia e da consequente disfunção bulbar, a sobrevida e a taxa de traqueostomia foram também registadas.

Resultados: Foram incluídos 32 doentes (14 do sexo feminino) com uma média de idades de 60,9 anos ao diagnóstico (min.46; max. 79). À apresentação, 18 doentes (56,2%) eram bulbares lentamente progressivos e 14 (43,8%) eram bulbares rapidamente progressivos. Vinte e quatro doentes aumentaram o grau de dependência ventilatória, tendo no decurso da progressão da doença necessitado de suporte ventilatório contínuo (9 bulbares rapidamente progressivos, 15 lentamente progressivos): média da capacidade vital (ao início de VNI contínua) de 861,7 ± 353,2 ml; duração média de uso contínuo de VNI de 16,2 meses (min.1; max. 79). Cinco doentes iniciaram VNI contínua após um episódio de insuficiência respiratória aguda: média da capacidade vital ao início de 991,2 ± 673,3 ml; duração média de uso contínuo de VNI de 26,3 meses (min. 2; max. 88). O suporte ventilatório por traqueostomia foi instituído em 10 doentes (6 eram bulbares rapidamente progressivos) após um tempo médio de 9,8 meses sob suporte contínuo de VNI. Vinte e três doentes morreram, (15 por insuficiência respiratória): 17 sob VNI contínua (tempo médio sob VNI contínua de 25,4 meses) e 6 traqueostomizados (tempo médio sob VNI contínua de 13,3 meses e sob traqueostomia de 24,2 meses).

Discussão e conclusão: Na ELA, o grau de disfunção ventilatória pode evoluir até à necessidade de suporte ventilatório contínuo, o que demonstrou ter um impacto positivo no aumento da sobrevida. A eficácia da VNI contínua está dependente da função bulbar, que quando severamente comprometida poderá indicar a traqueostomia.

Palavras-chave: Esclerose lateral amiotrófica. Ventilação não invasiva.

PO27. FACTORES PREDITIVOS DA PRESSÃO TITULADA PELO AUTO-CPAP EM DOENTES COM SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

M. Dias, A. Antunes, D. Ferreira

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

Introdução: Um dos tratamentos mais eficazes para a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é a aplicação de pressão positiva na via aérea superior. Essa pressão pode ser contínua (CPAP), existindo dispositivos com titulação automática (A-CPAP), que permitem aferir a pressão necessária para que os eventos respiratórios sejam corrigidos.

Objetivos: Avaliar quais os factores clínico-demográficos que podem prever a pressão titulada pelo A-CPAP, em doentes com SAOS com IAH residual ≤ 5/h.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes seguidos numa consulta de Apneia do Sono com diagnóstico de SAOS que iniciaram

tratamento com A-CPAP com pressões entre 6 e 14 cmH₂O. Excluíram-se os doentes que apresentavam IAH residual ≥ 5/h. Foram registadas variáveis demográficas, antropométricas e clínicas no dia em que iniciaram A-CPAP e os registos do A-CPAP relativos aos primeiros 6 meses de tratamento. A pressão titulada pelo A-CPAP definiu-se como a pressão do percentil 95 (P95) ou do percentil 90 (P90) dependendo do dispositivo utilizado. Analisaram-se relações entre a P95/P90 e género, idade, hábitos tabágicos, IMC, perímetro cervical e abdominal, Mallampati, IAH ao diagnóstico, adesão e fugas do ACPAP.

Resultados: Foram incluídos 82 doentes, 76% homens, idade média 57 ± 11 anos, 18% eram fumadores ativos. Apresentavam um IMC de 32 ± 6 Kg/m² e 66% eram obesos. Dezasseis doentes (19%) apresentavam SAOS ligeira, 28 (34%) SAOS moderada e 37 (47%) SAOS grave. A maioria (90%) utilizaram máscara nasal, 67% apresentavam boa adesão e 65% não apresentavam fugas aérea significativas. Os A-CPAP utilizados registaram a P90 em 33% dos casos e a P95 em 67%. A P90 média foi de 9 ± 2 cmH₂O e a P95 12 ± 2 cmH₂O. Verificou-se que um Mallampati ≥ 2 está associado, de forma estatisticamente significativa, a uma P95 mais elevada (p = 0,037). Nenhum outro factor clínico-demográfico ou antropométrico mostrou correlacionar-se ou associar-se de forma estatisticamente significativa à P95 ou P90.

Discussão e conclusão: Na prática clínica, a titulação das pressões do CPAP em laboratório é um processo moroso que exige o envolvimento de recursos humanos, sendo o A-CPAP uma opção de titulação eficiente e mais célere. A existência de marcadores clinicodemográficos poderia contribuir para a determinação de uma pressão mais adequada *ab initio*. No entanto, este estudo mostrou que as variáveis clínico-demográficas e antropométricas avaliadas não conseguem prever de forma acertada a pressão positiva necessária para a correção dos eventos respiratórios nos doentes com SAOS, mantendo-se o A-CPAP como uma estratégia viável.

Palavras-chave: Síndrome de apneia do sono. Pressão positiva contínua. Preditores.

PO28. APLICAÇÃO DO TESTE DE MANUTENÇÃO DE VIGÍLIA NA PRÁTICA CLÍNICA

L. Meira¹, M. van Zeller^{1,2}, A. Marinho¹, M. Sucena¹, F. Soares Pires¹, J. Almeida¹, E. Eusébio¹, J. Pipa¹, P. Viana¹, M. Drummond^{1,2}

¹Centro Hospitalar de S. João. ²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: O teste de manutenção de vigília (TMV) é utilizado na avaliação de doentes cuja atividade laboral exige capacidade de se manterem acordados, por questões de segurança, e também no estudo e seguimento da hipersónia diurna.

Objetivos: Caracterização demográfica e clínica dos doentes submetidos a TMV e avaliação dos resultados.

Métodos: Foram selecionados todos os doentes seguidos na consulta de Patologia Respiratória do Sono do Centro Hospitalar de S. João que realizaram TMV e cuja informação clínica constava no processo, no período compreendido entre 2012 e 2014.

Resultados: Dezasseite doentes do sexo masculino realizaram TMV, com média de idades 49,2 ± 9,8 anos. A maioria (75%) foi referenciada à consulta por roncopatia e/ou história de pausas respiratórias assistidas durante o sono e os restantes doentes por hipersónia. Em todos os doentes foi efetuado o diagnóstico de Síndrome de Apneia do Sono (3 por PSG nível I e 14 por PSG nível III), com um IAH médio do exame inicial de 40,3 ± 27,8/h, que foram orientados de acordo com as normas vigentes, tendo-se confirmado boa adesão à terapêutica instituída. Onze doentes eram motoristas profissionais; 5,9% fumadores e 11 doentes (64,7%) tinham diagnóstico de pelo menos um fator de risco cardiovascular, com especial enfoque para

a HTA (90,9%). Relativamente ao TMV, a média da latência média ao sono (LM) foi de $20,3 \pm 11,4$ minutos, tendo nove doentes adormecido nas quatro sestas e apenas 2 doentes não adormeceram em nenhuma. Nove doentes (52,9%) apresentaram critérios de sonolência patológica (CSP). Comparando os doentes com CSP e sem CSP, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à média da LM ($p < 0,001$) e à latência de todas as sestas ($p = 0,001$ para a primeira; $p = 0,024$ para a segunda, $p = 0,048$ para a terceira e $p < 0,001$ para a quarta). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao IMC inicial, idade, IAH inicial, índice de dessaturação e escala de Sonolência de Epworth (ESE). Salienta-se que quatro doentes com $ESE < 15$, tiveram CSP no TMV. Dos doentes com CSP, três doentes prosseguiram estudo com teste de latência múltipla ao sono e num doente foram alterados parâmetros ventilatórios.

Discussão e conclusão: O TMV é um teste útil na avaliação de hipersónia diurna, em particular em doentes com profissões de risco, especialmente naqueles que não valorizam os seus sintomas. Realçamos que não foi possível prever com base na avaliação clínica e resultados da PSG, os doentes com CSP.

Palavras-chave: Teste manutenção de vigília. Hipersónia diurna.

PO29. DISCREPÂNCIA ENTRE RESULTADOS OBTIDOS POR POLISSONOGRAFIA DE NÍVEL I E III - EXISTEM PREDITORES CLÍNICOS E FENOTÍPICOS?

E. Padrão¹, A. Marinho¹, F. Pires¹, M. Sucena¹, P. Teles¹, J. Pipa¹, M. Drummond^{1,2}

¹Laboratório de Patologia Respiratória do Sono e Ventilação não Invasiva, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença com prevalência elevada e crescente taxa de novos diagnósticos. A polissonografia nível III (PSG-III) é uma ferramenta que permite agilizar a abordagem diagnóstica em tempos de grande solicitação. Em contexto clínico adequado, justificar-se-á prosseguir a investigação recorrendo à PSG nível I (PSGI).

Objectivos: Identificação e caracterização clínica e fenotípica dos doentes que apresentaram discrepância entre os resultados das PSGs-I e -III.

Métodos: Foram incluídos todos os doentes enviados à consulta de Patologia Respiratória do Sono de um hospital central, por suspeita de SAOS, em que a PSG-III excluiu SAOS ou diagnosticou SAOS ligeira e cujos resultados foram reavaliados com PSG-I, durante o ano de 2014. Foi efetuada uma análise retrospectiva para caracterização clínica e fenotípica dos doentes em causa.

Resultados: Foram incluídos 67 doentes, 53,7% do sexo feminino, média de idades de 50 anos. Foi identificada discrepância entre PSG-I e -III em 89,6% ($n = 60$) dos indivíduos. Naqueles em que foi excluída SAOS na PSG-III (46,7%), foi diagnosticada SAOS grave por PSG-I em 39,3% (IAH médio $49,3/h \pm 11,7$) e moderada em 21,4% (IAH médio $20,8/h \pm 5,6$) e naqueles com diagnóstico de SAOS ligeira (53,3%), foi diagnosticada SAOS grave por PSG-I em 53,1% (IAH médio $45,7/h \pm 15,1$) e moderada em 46,9% (IAH médio $20,3/h \pm 2,8$). O padrão de eventos foi semelhante nos dois exames (predomínio de hipopneias (63%) versus apneias). No grupo com discrepância de resultados, o IMC (média \pm DP) foi de $31,4 \pm 5,1$ Kg/m² nas mulheres e $26,8 \pm 3$ Kg/m² nos homens. A maioria (58,6%) era não fumadora. Identificaram-se fatores de risco cardiovascular (CV) em 55,2% dos casos (29,3% com mais do que um). Outras comorbilidades: rinite (17,2%), patologia psiquiátrica (15,5%) e asma (12,5%). Estavam medicados com psicofármacos 34,5% dos doentes (85% com efeito sedativo). Em média, os doentes pontuavam $12 (\pm 6)$ na escala de sonolência de Epworth. As queixas mais frequentemente referidas foram roncopatia (100%), despertares noturnos (93%), cansaço matinal (84,4%), perturbações cognitivas (82,9%), pausas

assistidas (64,4%), cefaleias matinais (63,6%) e sensação de asfixia (52,3%).

Discussão e conclusão: Características como presença de hipersónia diurna e/ou outros sintomas atribuíveis a SAOS, antecedentes CV, ausência de obesidade ou obesidade grau I e predomínio de hipopneias na PSG-III em doentes cujo resultado foi negativo ou revelou SAOS ligeira podem ser preditores da necessidade de realização de PSG-I dado o elevado número de falsos negativos ou de SAOS subvalorizada encontrado no presente estudo.

Palavras-chave: Síndrome de apneia obstrutiva do sono.

Diagnóstico. Polissonografia. Índice de apneia/hipopneia. Escala de sonolência de Epworth.

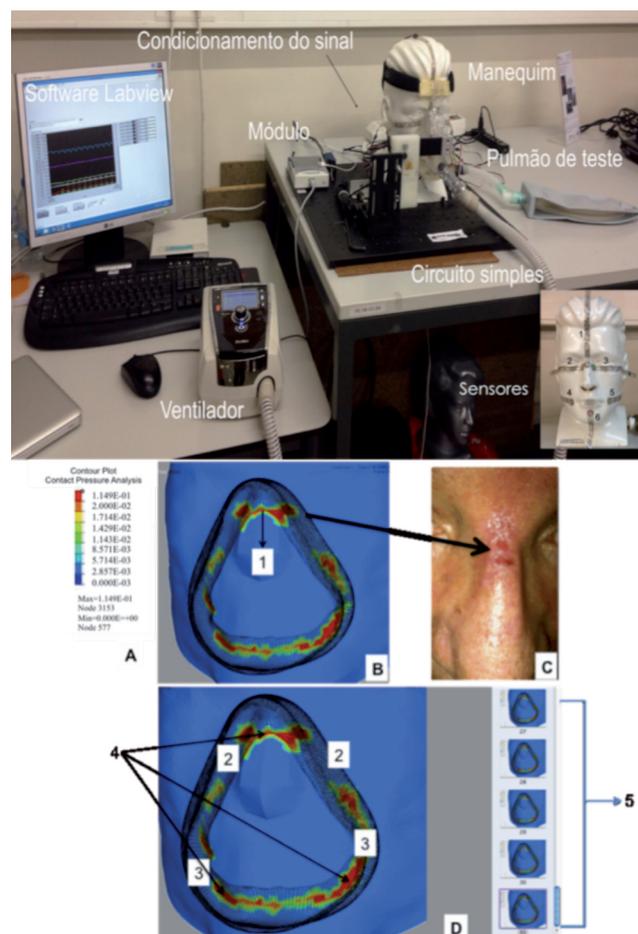
PO30. ESTUDO NUMÉRICO E EXPERIMENTAL DA PRESSÃO DE CONTACTO DE UMA INTERFACE ORONASAL UTILIZADA NA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

L. Souto¹, R. Correia², J. Gabriel², R. Natal³, M. Drummond⁴

¹Universidade de Engenharia da Universidade do Porto.

²LABIOMED, Universidade do Porto. ³INEGI, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. ⁴Departamento de Pneumologia, Hospital São João. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: A ventilação não-invasiva (VNI) tornou-se o tratamento padrão para a insuficiência respiratória. O desenvolvimento de lesões na face induzidos pela pressão de contacto das interfaces utilizadas na VNI, especialmente no dorso nasal (DN), é uma das principais complicações durante desta terapia.



Objectivos: Avaliar a pressão de contacto de uma interface oronasal (IO) em dois contextos numérico e experimental.

Métodos: Numérico: Foram construídos um modelo digital 3D da face humana (FH) e um modelo geométrico 3D baseado na IO Quattro TMFX da ResMed. Foi utilizado o software RADIOSS® (ALTAIR) para simular a interação da IO com a FH. Experimental: Foi utilizado o sensor FlexiForce para quantificar os 4 principais PPC em cmH₂O (Regiões: DN, paranasal direita, comissura labial direita e sublabial) com IPAP = 10/15/20/25/30 e EPAP = 5. Para a aquisição e análise dos dados foi utilizado o software LabVIEW.

Resultados: Numérico: Foram realizadas 21 simulações para a análise em cada modelo FH-IO obtendo imagens gráficas descritivas das zonas PPC. A simulação apresentou PPC com maior relevância na região paranasal e mandibular. Na região paranasal observaram-se PPC com valor máximo 204 cmH₂O. Experimental: As comparações de IPAP que apresentaram diferenças significativas ($p < 0,005$) foram: Dorso nasal: 10 vs 15 (12,64 vs 46,9); 25 vs 20 (8,77 vs 16,52); 25 vs 15 (8,77 vs 46,9); 30 vs 15 (10,8 vs 46,9) e 30 vs 20 (10,8 vs 16,52). Região paranasal: 10 vs 25 (237,60 vs 86,10); 15 vs 20 (315,71 vs 147,45); 15 vs 10 (315,71 vs 237,60) e 30 vs 10 (45,28 vs 237,60). Região da comissura labial: 10 vs 25 (13,87 vs 56,70); 15 vs 20 (86,07 vs 32,80) 15 vs 10 (86,07 vs 13,87) e 30 vs 15 (33,24 vs 86,07). Região sublabial: 10 vs 15 (2,24 vs 47,11); 25 vs 15 (3,06 vs 47,11); 10 vs 30 (2,24 vs 5,10); 10 vs 20 (2,20 vs 4,10).

Discussão e conclusão: Os valores máximos encontrados no estudo experimental (355 cmH₂O) são próximos dos valores encontrados no estudo numérico (204 cmH₂O). O modelo computacional desenvolvido neste estudo poderá introduzir a aplicabilidade de um modelo biomecânico de estudo das interfaces utilizadas na VNI como estratégia de minimizar o mecanismo de lesão facial induzido pelas mesmas. O uso de IPAP > 15 com EPAP = 5, na interface QuattroTMFX da ResMed, mantém a almofada mais insuflada, distribuindo melhor a pressão de contacto. Este estudo sugere a eficácia da tecnologia Spring Air e que esta pode ser uma interface alternativa quando os doentes apresentam lesão na região do DN.

Palavras-chave: Interface oronasal. Pressão de contacto. Simulando computacional. Ventilação não invasiva.

PO31. APNEIA DO SONO NA GRAVIDEZ

A.L. Vieira¹, L. Batata², E. Vitorino³, P.U. Brito⁴, J. Moutinho⁵, F. Teixeira², J. Moita²

¹Pneumologia, Hospital de Braga. ²Centro de Medicina do Sono, CHUC. ³Linde Saúde. ⁴Pneumologia, CHUC-HG. ⁵UCSP Mealhada.

Introdução: A síndrome de apneia do sono (SAS) é frequente na gravidez, com uma prevalência estimada entre 11 a 20%, e constitui um fator de risco significativo para complicações maternas, obstétricas e neonatais, tais como cardiomiopatia, embolia pulmonar, hipertensão e diabetes gestacionais, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) e parto prétermo. Infelizmente, esta realidade ainda não é suficientemente valorizada pela comunidade médica.

Objectivos: Pretende-se alertar para a SAS na gravidez, salientando a importância do diagnóstico e tratamento, e abordar as complicações obstétricas e neonatais associadas.

Métodos: Descrição de um caso clínico.

Resultados: Trata-se de uma senhora de 35 anos, 2G1P, com história de amigdalectomia, hipotireoidismo, hiperplasia suprarrenal e ameaça de parto pré-termo na primeira gestação. A segunda gestação decorria sem alterações, sem evidência de hipertensão ou diabetes gestacionais, restrição de crescimento intra-uterino ou aumento ponderal significativo. A partir do 2º trimestre de gestação, queixava-se progressivamente de sonolência e cansaço diurnos, insónia, fragmentação do sono com despertares, nictúria muito frequente e ressonar intenso. Os sintomas não foram adequadamente

valorizados. Às 31 semanas de gestação, foi observada em consulta de Medicina do Sono. Ao exame físico, a destacar hipertrofia amigdalina, Mallampati de III e edemas dos membros inferiores. Pontuava 18 na escala de sonolência de Epworth. Efetuou estudo cardiiorrespiratório, com índice de apneia/hipopneia (IAH) de 94/h e saturação de oxigénio (SpO₂) mínima de 83%, tendo iniciado tratamento com autoCPAP. Foi observada em consulta de Obstetrícia e constatado ecograficamente oligoâmnios grave, sem rutura da membrana amniótica e ainda sem RCIU. Por esse motivo, foi internada e submetida a cesariana pré-termo. À reavaliação 6 semanas após o parto, mantinha tratamento com autoCPAP e encontrava-se assintomática. Repetiu estudo cardiiorrespiratório, com IAH de 4/hr e SpO₂ mínima de 89%.

Discussão e conclusão: O caso alerta para a importância do diagnóstico de SAS em grávidas com sintomas sugestivos de perturbação do sono. Esta associação é frequente e complexa e, se não diagnosticada e tratada, acarreta significativa morbimortalidade.

Palavras-chave: Apneia do sono. Gravidez. Rastreio. Oligoâmnios.

PO32. APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NÃO DIAGNOSTICADA EM DOENTES COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO: A IMPORTÂNCIA DO QUESTIONÁRIO STOP-BANG

R. Martins¹, J. Marques¹, D. Alves², A.C. Braga³, A. Gonçalves⁴

¹Serviço de Cardiologia, Hospital de Braga. ²Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Maria Maior, Barcelos.

³Departamento de Produção e Sistemas, Universidade do Minho.

⁴Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A associação entre Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) e Doença Cardiovascular foi demonstrada por vários estudos sugerindo que a AOS deve ser considerada como fator de risco. O questionário STOP-Bang foi criado para rastreio pré-operatório da AOS podendo a sua aplicabilidade ser mais abrangente.

Objectivos: Determinar a prevalência da AOS não diagnosticada em doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA) internados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC); avaliar a aplicabilidade do questionário STOP-Bang no rastreio da AOS em doentes com SCA; determinar a associação entre o score do questionário STOP-Bang e a gravidade da AOS em doentes com SCA.

Métodos: Estudo observacional transversal de doentes internados por SCA na UCIC, num período de 3 meses. Foi aplicado o questionário STOP-Bang aos doentes selecionados. Durante o internamento foi efetuado uma poligrafia noturna (PN) com 7 canais (Alice PDX®). Foram colhidos os fatores de risco cardiovasculares: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, idade e sexo.

Resultados: Foram selecionados consecutivamente 79 doentes com SCA. Setenta e seis completaram o estudo, 63 (82,9%) do sexo masculino, com média etária de 57 + 10 anos. O questionário STOP-Bang foi positivo (score ≥ 3) em 56 (73,7%) casos. A PN foi compatível com AOS em 56 (73,7%): 51 com score ≥ 3 e 5 com score < 3. O índice de apneia e hipopneia (IAH) médio no grupo com score < 3 foi de 4,69 + 2,96 e no grupo com score ≥ 3 foi de 16,54 + 12,24. Para um IAH ≥ 5 o questionário STOP-Bang demonstrou uma capacidade discriminatória de 87,1% e, aumentando o valor de referência do IAH para 15 e 30, a capacidade discriminatória aumentou para 90,2% e 95,4%, respetivamente.

Discussão e conclusão: Verificou-se uma elevada prevalência de AOS não diagnosticada em doentes com SCA. O questionário STOP-Bang revelou uma boa performance no rastreio, assim como na estratificação da gravidade da AOS nesta população de doentes.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono. Síndrome coronário agudo. Questionário STOP-Bang. Prevalência. Rastreio.

PO33. COMA MIXEDEMATOSO: UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

P. Dionísio¹, S. Moreira¹, S. Alfarroba¹, E. Fragoso², C. Lopes², P. Cardim², J. Monteiro², F. Monteiro², C. Bárbara¹

¹Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

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

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem, 75 anos, autónomo, ex-fumador, com os diagnósticos prévios de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão pulmonar moderada, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crónica sem critérios de hemodiálise e obesidade grau II. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por dispneia e alteração do estado de consciência. No exame objectivo destacava-se, obesidade, hiporreactividade, edema da face, membros inferiores e parede abdominal, hipotermia marcada, má perfusão periférica, tensão arterial de 112/68 mmHg, pulso arritmico e bradicárdico, murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Gasimetricamente, em ar ambiente, apresentava acidemia respiratória (pH 7,21, pCO₂ 69 mmHg, pO₂ 51,4 mmHg, sO₂ 81,9%, HCO₃⁻ 22,4 mmol/L). Analiticamente com Hb 12,2 g/dL, sem leucocitose, neutrófilos 84,1%, PCR negativa, ureia 113mg/dL, creatinina 2,7 mg/dL, TSH 67,0 uU/mL (0,55-4,78), T4L 0,35 ng/dL (0,80-1,80). Na radiografia torácica apresentava cardiomegalia e sinais de estase pulmonar. Electrocardiograficamente com bradifibrilhação auricular. No SU iniciou ventilação não-invasiva (VNI) e levotiroxina endovenosa e 24 h depois foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos por coma mixedematoso, provavelmente secundário à toma prolongada de amiodarona. Nos primeiros 4 dias houve agravamento do quadro: necessidade de suporte aminérgico, grande dependência da VNI, agravamento da acidemia (agora mista) e oligúria. Posteriormente assistiu-se a uma melhoria progressiva, sem presença de hipoventilação em vigília, tendo tido alta sob VNI nocturna, sem oxigénio suplementar. Após a alta, com normalização da função tiroideia e sem pressão positiva, realizou polissonografia que revelou SAOS e hipoventilação alveolar nocturna, que confirmou a necessidade de manter VNI.

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

Palavras-chave: Coma mixedematoso. Hipotiroidismo. Insuficiência respiratória.

PO34. OSCILOMETRIA DE IMPULSO NA ESTENOSE TRAQUEAL

D. Coutinho, J. Gomes, A. Oliveira, J. Almeida, I. Ladeira, R. Lima, M. Guimarães

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Tradicionalmente, a avaliação das estenoses traqueais envolve a realização de espirometria, tomografia computadorizada (TC) e broncoscopia. A avaliação das curvas de débito-volume é a forma mais simples de avaliação da obstrução das vias aéreas superiores (VAS) em doentes com estenose traqueal. No entanto, a espirometria apresenta algumas limitações na avaliação destes doentes, dado que alterações espirométricas significativas surgem de forma tardia e nem todos conseguem colaborar na realização de uma manobra de expiração forçada. A oscilometria de impulso é um tipo de teste de função respiratória independente do esforço e colaboração do doente, que provou recentemente ser útil na deteção de obstrução das VAS.

Objectivos: Avaliar os resultados da oscilometria de impulso numa população de doentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de estenose traqueal e a relação dos diferentes parâmetros da oscilometria de impulso com o grau de estenose e os parâmetros da espirometria.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de estenose traqueal que realizaram oscilometria de impulso e broncoscopia num serviço de Pneumologia entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Os dados colhidos incluíram variáveis sociodemográficas, hábitos tabágicos e os diferentes parâmetros incluídos na espirometria, oscilometria e broncoscopia realizadas. Na análise estatística foi utilizado o programa SPSS® 21.0 e o nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 6 doentes com idade média de 56 anos e sem história prévia de patologia do foro respiratório. As características da população são apresentadas na tabela 1. Não ocorreram diferenças estatisticamente significativas nos valores espirométricos e oscilométricos entre os doentes com estenoses $\geq 50\%$ do lúmen traqueal e os com estenoses $< 50\%$. Adicionalmente verificou-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o parâmetro oscilométrico R20 e os parâmetros espirométricos PEF ($p = 0,005$; $r = -0,943$) e FEV1/PEF ($p = 0,019$; $r = 0,886$).

Discussão e conclusão: A oscilometria de impulso representa uma mais-valia na avaliação de doentes com estenose traqueal. A correlação de parâmetros oscilométricos com os parâmetros espirométricos

Tabela PO34.

	Idade/Sexo	Etiologia	Grau de estenose	R5(%)	R20(%)	PEF(%)	FEV1/PEF	MIF50/MEF50
1	48/F	Pós-EOT	50%	0,67 (179,3)	0,48 (152,2)	2,74 (44,3)	0,80	2,17
2	61/F	Pós-traqueostomia	25%	0,48 (120,1)	0,42 (125,5)	4,04 (75,3)	0,43	0,56
3	66/M	Pós-EOT	20%	0,29 (93,3)	0,25 (92,8)	8,22 (119,3)	0,28	0,73
4	24/M	Pós-traqueostomia	30%	0,45 (173,2)	0,43 (195,9)	3,53 (36,9)	0,82	0,76
5	66/M	Pós-EOT	10%	0,52 (170,4)	0,39 (148,4)	5,45 (73,9)	0,30	0,40
6	71/F	Compressão extrínseca	30%	0,92 (222,2)	0,4 (113,5)	3,71 (72,5)	0,51	1,41

tricos tradicionalmente utilizados vem reforçar a validade do uso desta técnica como método não invasivo e simples para avaliação deste tipo de doentes.

Palavras-chave: *Oscilometria de impulso. Estenose traqueal.*

PO35. EFEITO DA REABILITAÇÃO PULMONAR NO ÍNDICE DE DISPNEIA AVALIADO PELO MMRC EM DOENTES COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

L. Gaspar, P. Martins, E. Araújo, L. Meira, H. Dabo, M. Borges

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João.

Introdução: A dispneia é um importante sintoma nos doentes com doenças respiratórias crônicas. Na prática clínica, a avaliação quantitativa deste sintoma aplicada à reabilitação pulmonar é útil para caracterizar os doentes e avaliar a eficácia da intervenção. Usada preponderantemente em doentes com DPOC, a escala do Medical Research Council modificada (mMRC) poderá ser um instrumento simples para avaliar o índice de dispneia neste contexto.

Objetivos: Identificar o índice de dispneia avaliado pela mMRC em doentes encaminhados para Reabilitação Pulmonar (RP) e qual o impacto que esta pode ter no mesmo índice.

Métodos: Estudo retrospectivo em doentes com patologia respiratória crônica encaminhados para RP nos anos de 2013 e 2014. A dispneia foi avaliada no início e no final do programa pela mMRC. O tratamento estatístico foi efetuado usando um teste não paramétrico (Wilcoxon signed-rank test).

Resultados: Foram incluídos 109 doentes (68,8% homens, 31,2% mulheres; idade mediana 60 anos; VEMS mediana: 41%) que apresentavam as seguintes patologias: DPOC (61,5%), bronquiectasias (31,2%), fibrose quística (4,5%) e silicose (2,8%). Previamente ao programa de reabilitação verificou-se que a distribuição pelo total dos doentes dos diferentes índices da escala de dispneia foi a seguinte: 0 n = 4; 1 n = 5; 2 n = 21; 3 n = 44; 4 n = 35. No final do programa a distribuição dos índices de dispneia foi: 0 n = 4; 1 n = 7; 2 n = 40; 3 n = 42; 4 n = 16. A diferença entre estes índices nos dois momentos de avaliação foi estatisticamente significativa ($p = 0,000$). Verificou-se ainda que independentemente da gravidade da obstrução e em grupos de doentes com determinadas patologias (DPOC, bronquiectasias) a distribuição dos índices de dispneia teve uma evolução favorável e com significado estatístico: VEMS ≤ 50 ($p = 0,000$), VEMS ≥ 50 ($p = 0,020$), DPOC ($p = 0,000$) e bronquiectasias ($p = 0,002$).

Discussão e conclusão: A RP parece melhorar os índices de dispneia avaliados pela escala mMRC em doentes respiratórios crônicos em qualquer grau de gravidade funcional, e também quando se consideram separadamente doentes com DPOC ou com bronquiectasias.

Palavras-chave: *Reabilitação pulmonar. Dispneia. mMRC.*

PO36. PNEUMONIA GRAVE POR VÍRUS VARICELLA ZOSTER - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Marçôa, R. Linhas, C. Ribeiro, M. Vanzeller, T. Shiang

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A varicela é uma doença comum na infância, ocorrendo pouco mais de 2% dos casos em adultos. A pneumonia a *Varicella zoster* (VVZ) constitui a complicação mais grave e mais frequente no adulto. Os autores apresentam um caso clínico de pneumonia VVZ num adulto imunocompetente.

Descrição do caso: Mulher de 45 anos, trabalhadora numa serração, fumadora 48 UMA. Antecedentes de dislipidemia. Sem medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por odinofagia intensa, dispneia, tosse e lesões cutâneas vesiculares e pustulosas, pruriginosas, com 5 dias de evolução dispersas por tronco, face e membros. Doente sem história de varicela na infância, contactou

com filha de 5 anos com a referida patologia. Ao exame objetivo: apirética, tensão arterial 98/72 mmHg, frequência cardíaca 100 bpm, saturação periférica O₂ 89% (FiO₂ 100%) Sem alterações da consciência, polipneica com sinais de dificuldade respiratória (SDR). À auscultação pulmonar (AP) com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Apresentava lesões vesículo-pustulosas dispersas e lesões aftosas na orofaringe. Analiticamente com leucocitose (13,4 g/dL) e proteína C reativa elevada (31,51 mg/dL). A telerradiografia torácica mostrava hipotransparência reticulo-nodular bilateral. Com FiO₂ 100%: pH 7,44; pCO₂ 27 mmHg; pO₂ 63 mmHg. Iniciou terapêutica endovenosa com aciclovir 750 mg 3 x dia; ceftriaxone 2 g 1 x dia e azitromicina 500 mg 1xdia e foi admitida na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP). Do estudo realizado: IgM e IgG VVZ positivos. Não houve isolamento de outros agentes infecciosos. Marcadores HIV, HBV, HCV negativos. Durante a permanência na UCIP necessitou de ventilação mecânica invasiva (14 dias) e de suporte aminérgico (7 dias). Ao 8º dia de internamento inicia quadro de citólise hepática (valores máximos de TGO 193U/L, TGP 394 U/L). Ao 16º dia foi transferida para o Serviço de Pneumologia. No total, cumpriu 12 dias de aciclovir e 10 de corticoterapia sistémica com melhoria clínica, radiológica e diminuição dos marcadores inflamatórios e de citólise hepática. À alta: apirética, hemodinamicamente estável, eupneica, sem SDR, AP normal, sem insuficiência respiratória. IgM e IgG VVZ positivos, com aumento dos níveis de IgG (256,5 --> 1911,0 mUI/L). Telerradiografia torácica: resolução das hipotransparências bilaterais.

Discussão e conclusão: Na pneumonia VVZ a precocidade no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada é fundamental. Em todos os doentes com varicela deve ser investigada a existência de fatores de risco para complicações, designadamente para pneumonia. Trata-se de um caso clínico interessante pela raridade e gravidade da situação e iconografia apresentada.

Palavras-chave: *Varicela. Complicações. Pneumonia.*

PO37. PNEUMONIA A VARICELLA-ZOSTER: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Pereira Eusébio, C. d' Araújo, D. Duarte, C. Costa Cardoso, A. Domingos, I. Antunes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: A varicela, infecção primária causada pelo vírus *Varicella-Zoster*, é uma doença infectocontagiosa comum na infância mas rara em adultos (cerca de 2% dos casos). No adulto, a doença está associada a maior gravidade e maior incidência de complicações. Das múltiplas complicações da varicela, a pneumonia a *Varicella-Zoster* é a mais grave e mais frequente (com uma incidência de 1 por cada 400 casos de infecção), podendo ser potencialmente fatal.

Resultados: Os autores apresentam o caso de um doente de 36 anos de idade, sexo masculino, fumador (CT 22 UMA), com antecedentes pessoais irrelevantes, com queixas de febre alta, exantema maculo-papulo-vesicular, mialgias e toracalgia pleurítica com vários dias de evolução. Como factor de risco adicional para o desenvolvimento de pneumonia a *Varicella-Zoster*, o doente apresentava ainda convívio próximo com o caso-índice (filho). Análises revelaram citólise hepática ligeira com AST 66 U/L e ALT 177 U/L, LDH 314 U/L e PCR 4,15 mg/dL. A gasometria arterial não apresentou alterações. A radiografia do tórax evidenciou infiltrado micronodular difuso bilateral que foi confirmado por TC torácica. Admitida pneumonia a *Varicella-Zoster* com factores preditivos de maior gravidade, interinou-se o doente para vigilância e instituiu-se terapêutica com aciclovir que cumpriu durante 7 dias, com evolução clínica e radiológica favorável.

Discussão e conclusão: Na abordagem de uma pneumonia a *Varicella-Zoster*, é essencial a precocidade no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada. Consideram-se factores de risco para

o desenvolvimento de pneumonia: tabagismo, gravidez, compromisso imunológico, idade avançada, convívio próximo com o caso-índice, sexo masculino e doença pulmonar crônica. A apresentação da doença faz-se, geralmente, sob a forma do típico exantema maculo-papulo-vesicular, frequentemente em associação com história recente de exposição, com apenas 10-25% dos doentes a apresentar queixas respiratórias típicas. A presença de febre, tosse, dispnéia, toracalgia pleurítica e hemoptises pressupõe infecção pulmonar grave. A radiografia do tórax pode revelar infiltrado reticulo-nodular difuso, cuja extensão não parece ter correlação directa com a gravidade da morbidade pulmonar (PaO₂/FiO₂), mas parece reflectir a intensidade do exantema. Em doentes com complicações da varicela, como é o caso da pneumonia, é mandatório o uso de aciclovir, preferencialmente por via intravenosa, na dose de 5-15 mg/kg 8/8 h, durante 7-10 dias. Nestes doentes é ainda necessário manter uma vigilância clínica apertada, visto que a probabilidade de desenvolvimento de falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica é difícil de estabelecer no início da doença.

Palavras-chave: Varicela. Pneumonia. Adulto. Imunocompetente.

PO38. NOCARDIOSE PULMONAR - UM CASO INVULGAR NUM PACIENTE COM SILICOSE

P. Alves¹, A. Azevedo¹, M. Céu Póvoa², A. Caiado²

¹USF São Martinho, ACeS Tâmega II-Vale do Sousa Sul. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Introdução: A nocardiose pulmonar é uma infecção causada por bacilos aeróbios Gram-positivos do género *Nocardia*, infrequente mas potencialmente grave. Tipicamente, afeta pacientes imunocomprometidos e/ou com doença pulmonar estrutural.

Objectivos: Descrever um caso de nocardiose pulmonar num paciente com silicose.

Resultados: Relata-se o caso de um doente do sexo masculino, de 54 anos de idade, de raça caucasiana, com antecedentes de asma e silicose pseudo-tumoral com fibrose maciça progressiva associada a compromisso funcional significativo traduzido por alteração ventilatória obstrutiva grave com prova de broncodilatação negativa. Medicado com corticoides inalados e sistémicos. História de internamento recente por traqueobronquite tratada com levofloxacina e, posteriormente, por resposta desfavorável, com piperacilina/tazobactam; sem agente identificado. Admitido por agravamento do padrão habitual de dispnéia, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e febre. Ao exame objetivo, taquipneia e auscultação pulmonar com sibilância. Sem repercussão nas trocas gasosas. Realizou radiografia torácica que revelou progressão do infiltrado pulmonar à direita. Analiticamente, com elevação dos marcadores de resposta inflamatória sistémica. Efetuou-se colheita de secreções respiratórias. Internado por pneumonia associada aos cuidados de saúde, sob antibioterapia com imipenem durante sete dias. Ao décimo dia de internamento, por agravamento clínico associado a insuficiência respiratória hipoxémica, iniciou amicacina e vancomicina. Ao 12.º dia, necessidade de recurso a ventilação não invasiva por evolução clínico-gasométrica desfavorável associada a radiografia torácica com hipotransparência “de novo” no terço inferior do campo pulmonar direito. Efetuou nova colheita de secreções respiratórias. Para melhor caracterização imagiológica, realizou tomografia computadorizada torácica que, além dos achados previamente documentados e interpretados no contexto de silicose, evidenciou múltiplos focos de condensação no pulmão direito, com espessamento brônquico associado, de predomínio no lobo inferior, assim como derrame pleural de pequeno a médio volume à direita. Considerada a hipótese de tuberculose, decidiu-se pela introdução de antibacilares. Ao 24.º dia, o exame microbiológico de secreções respiratórias identificou *Nocardia* spp. e iniciou-se tratamento dirigido com cotrimoxazol e amicacina, tendo o paciente respondido

favoravelmente. Alta ao 58.º dia com oxigenoterapia de curta duração, medicado com cotrimoxazol e doxiciclina pelo menos durante seis meses.

Discussão e conclusão: Os autores pretendem alertar para a dificuldade na confirmação do diagnóstico de nocardiose pulmonar, resultando num atraso significativo na instituição do tratamento específico. Este caso demonstra a importância de considerar esta hipótese diagnóstica nos pacientes com fatores de risco, nomeadamente imunodepressão e doença pulmonar estrutural, uma vez que se trata de uma infecção cuja apresentação clínica é diversa e inespecífica, associada a uma mortalidade não negligenciável.

Palavras-chave: *Nocardia infections*. Silicosis.

PO39. ACTINOMICOSE PULMONAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Vale Lages, J.F. Cruz, C. Lacerda, A.L. Vieira, L. Iglesias, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A actinomicose pulmonar é uma infecção pulmonar bacteriana rara. Afeta principalmente pessoas entre 30 e 60 anos de idade e ocorre mais frequentemente em homens. Trata-se de uma patologia com uma apresentação clínica e radiológica inespecífica, frequentemente interpretada como malignidade sendo, portanto, muitas vezes difícil e protelado o seu diagnóstico.

Resultados: Doente do sexo masculino, 61 anos de idade, ex-trabalhador numa pedreira e na construção civil. Ex-fumador (cerca 60 UMA). Antecedentes de gastrectomia total em Março de 2012 por carcinoma do tipo células anel sinete, em vigilância, sem sinais de recidiva. Enviado da consulta de Cirurgia Geral por alteração em TC torácico: adenopatias mediastínicas calcificadas e micronódulos dispersos em relação com silicose pulmonar. Sem sintomas respiratórios e constitucionais. Exame físico a destacar presença de cáries dentárias, sem alterações na avaliação pulmonar. Realizou broncofibroscopia, sem alterações endobrônquicas. Exame microbiológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar negativos. Manteve vigilância em consulta. TC torácico de reavaliação em Fevereiro de 2014: aparecimento de novo, à periferia do lobo inferior esquerdo (LIE), de nódulo com 17 mm, de contornos espiculados. PET-TAC com hipermetabolismo do nódulo do LIE (SUVmax 5.6), bem como em gânglios mediastínicos (SUVmax 6.5). Biópsia aspirativa trans-torácica do nódulo do LIE negativo para malignidade. Por suspeita imagiológica de carcinoma, e possível estadió cirúrgico, realizou EBUS-TBNA, cuja biópsia de gânglios revelou lesões de antracose, negativo para células malignas. Discutido caso com Cirurgia Torácica tendo sido submetido, em Março de 2014, a mediastinoscopia cervical com exame extemporâneo sem malignidade e lobectomia inferior esquerda por toracotomia com esvaziamento ganglionar, no mesmo tempo operatório. Relato de peça operatória com presença de nódulo pulmonar calcificado de 10 mm, correspondendo a hamartoma condroide, lesão subpleural com abscesso pulmonar com características compatíveis com actinomicose. TAC torácico após cirurgia evidenciava lobectomia inferior esquerda bem como derrame pleural ipsilateral. No lobo superior esquerdo, observava-se um nódulo justa-hilar com cerca de 2 cm de diâmetro e um outro no segmento anterior com contorno bosselado com cerca de 15 mm com significado impreciso, não presentes no estudo anterior. Realizou antibioterapia dirigida para actinomicose com amoxicilina que cumpriu durante 4 meses. Aguarda TAC torácico de controlo. Atualmente assintomático.

Discussão e conclusão: Quando a infecção é reconhecida precocemente e tratada de forma adequada apresenta excelente prognóstico, com taxa de mortalidade muito baixa. Os autores pretendem alertar para a inclusão do presente diagnóstico como diferencial em todos os pacientes com história de infiltrados pulmonares de longa duração para prevenir morbidade desnecessária ou ainda cirurgia injustificada.

Palavras-chave: *Actinomicose. Adenopatias. Micronódulos. Nódulo.*

PO40. INFEÇÕES FÚNGICAS PULMONARES: UM DESAFIO SEMPRE ACTUAL

F. Teixeira Lopes¹, M. Alvoeiro², T. Abreu¹, J. Carvalho¹, A.S. Oliveira¹, F. Paula¹, F. Froes¹, A. Carvalheira¹, F. Félix², C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 58 anos, coronel do exército, residente em Angola. A destacar dos diagnósticos prévios, DPOC GOLD D, medicado com Formoterol/Budesonido (320/9) 1+1. Foi internado por quadro com 3 meses de evolução de dispneia progressiva, pieira, astenia, emagrecimento (perda ponderal 12,5%) e edema dos membros inferiores. À admissão apresentava analiticamente PCR elevada (9,8 mg/dl), telerradiografia do tórax com uma imagem sugestiva de cavitação com nível hidro-aéreo no terço superior do campo pulmonar direito e uma gasometria arterial sob O₂ suplementar a 2L/min com acidemia respiratória (pH 7,30, pCO₂ 70, pO₂ 75, HCO₃ 29, sO₂ 92%). O doente iniciou ventilação não invasiva para correção da insuficiência respiratória e antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e ciprofloxacina. Realizou investigação etiológica com hemoculturas, exames microbiológicos da expectoração e lavado bronco-alveolar que foram todos negativos. As serologias para VIH e *Aspergillus* foram também negativas. A TC tórax revelou cavidade com paredes espessadas com nível hidro-aéreo e enfisema centro-lobular. Por agravamento do quadro clínico e parâmetros inflamatórios, realizou nova TC com manutenção da imagem prévia e de novo pneumonia necrotizante do lobo superior direito, tendo sido alterada a antibioterapia para Meropenem, Amicacina, Linezolid e Itraconazol com ausência de resposta pelo que se decidiu realizar lobectomia superior direita com pleurectomia, tendo desenvolvido no pós-operatório agravamento imagiológico com sépsis grave. O exame anatomo-patológico revelou granulomas de células gigantes, infiltrado linfoplasmocitário e neutrofílico e vasculite de pequenos vasos sugestivo de processo infeccioso fúngico, não se podendo contudo excluir doença auto-imune (granulomatose com poliangeíte). Procedeu-se a serologias para doenças auto-imunes que foram negativas. A revisão da peça operatória evidenciou imagens sugestivas de hifas e leveduras no interior dos granulomas, sendo suspenso o Itraconazol e iniciada anfotericina B empiricamente que cumpriu durante 27 dias com boa resposta. Face ao quadro clínico, epidemiologia, imagiologia e anatomo-patologia admitiu-se possível histoplasmose e alterouse novamente terapêutica para itraconazol, com melhoria clínica, analítica e imagiológica lenta e progressiva. O doente teve alta hospitalar sob VNI nocturna e oxigenoterapia de longa duração (1 L/min em repouso e 3L/min no esforço) a aguardar resultado da serologia para histoplasmose que veio depois a revelar-se negativa.

Discussão: Salienta-se neste caso a apresentação inicial sub-aguda sem resposta à terapêutica com antibioterapia de largo espectro e agravamento para sépsis grave, sendo necessário controlo de foco por cirurgia torácica e a resposta demorada mas eficaz aos anti-fúngicos num quadro clínico muito sugestivo de histoplasmose.

Palavras-chave: *Pneumonia necrotizante. Histoplasmose. Sépsis grave.*

PO41. ABCESSO PULMONAR: ESTUDO DESCRITIVO DE 2012 A 2014

C. Alves Simao, C. Castro Sousa, H. Liberato, F. Rodrigues

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.

Introdução: Os abscessos pulmonares constituem infecções necrotizantes complexas ao nível do parênquima pulmonar com destruição do mesmo podendo envolver espaço pleural com necessidade de drenagem torácica emergente. Habitualmente cursam com longos períodos de antibioterapia de largo espectro e necessidade de internamentos prolongados. São vários os factores predisponentes, dos quais se salienta alcoolismo, obstrução brônquica crónica por neoplasias, imunodeficiência e alteração cognitiva com depressão do estado de consciência.

Objectivos: Análise de características epidemiológicas, microbiológicas e tratamento referente a doentes internados nos últimos 3 anos no Serviço de Pneumologia do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca com diagnóstico de abscesso pulmonar.

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo relativo aos doentes internados no Serviço de Pneumologia do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no período compreendido entre 2012 e 2014. A análise estatística foi efectuada através do programa IBM SPSS Statistics®, versão 21.

Resultados: Obtivemos uma amostra constituída por 17 doentes com média de idades 54,47 anos ($\sigma = 16,50$). A maioria dos doentes (70,6%) apresentava história de exposição a fumo do tabaco e 35,29% apresentava história de etanolismo. Relativamente a hábitos toxicofílicos, dois doentes possuíam consumo ativo de haxixe e cocaína. Apenas dois (11,8%) apresentaram tosse hemoptoica como manifestação clínica. Do total de doentes, 35,30% necessitaram de colocação de drenagem torácica. Quanto à etiologia, apenas foi possível o isolamento de agente em três casos (*Pseudomonas aeruginosa* e *Morganella morganii*). A média de dias de internamento foi 25,60 dias ($\sigma = 13,68$). A maioria dos doentes (76,47%) realizou antibioterapia dupla sendo a média do total de dias de antibioterapia de 18,65 dias ($\sigma = 3,50$). Um doente foi proposto para tratamento cirúrgico. Durante o internamento apenas um doente veio a falecer.

Discussão e conclusão: O abscesso pulmonar constituiu uma infecção complexa ao nível parênquima pulmonar podendo complicar-se com extensão ao espaço pleural. Apesar de a antibioterapia dirigida ser de fulcral importância, o isolamento de microrganismos constitui um desafio na prática clínica como demonstramos na nossa amostra.

Palavras-chave: *Abscesso pulmonar. Drenagem torácica. Etiologia. Antibioterapia dupla.*

PO42. INFEÇÃO PULMONAR POR ASPERGILLUS SPP. GRAVIDADE E COMPLEXIDADE!

C. Costa, T. Abreu, C. Rodrigues, F. Paula, F. Froes

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O *Aspergillus*, mais frequentemente o *Aspergillus fumigatus*, seguido do *Aspergillus niger*, afecta principalmente o pulmão causando quatro principais síndromes: aspergilose bronco-pulmonar alérgica, aspergiloma, aspergilose pulmonar invasiva e aspergilose necrotizante crónica (ANC). A ANC é uma forma localmente invasiva e ocorre sobretudo em doentes com imunodeficiência leve ou doença pulmonar subjacente. O aspergiloma ocorre habitualmente numa cavidade pulmonar préexistente podendo complicar-se com hemoptises, fibrose pulmonar ou aspergilose invasiva. O seu tratamento definitivo passa pela ressecção cirúrgica.

Caso clínico: Mulher caucasiana, 48 anos, empregada de balcão, fumadora (carga tabágica 40 UMA) com início súbito de dispneia em repouso e hemoptises em grande quantidade, sem outra sintomatologia acompanhante. Antecedente pessoal de neoplasia pulmonar (adenocarcinoma do lobo superior direito - estadio IIB, submetida a quimioterapia neoadjuvante, lobectomia superior direita e quimioterapia mais radioterapia adjuvante há 8 anos; ANC por *A. niger* isolado no lavado bronco-alveolar (LBA) há 2 anos, tratada

com voriconazol durante 2 meses; Cinco meses antes do actual internamento, diagnosticado aspergiloma com disseminação broncogénica em cavidade residual com 80 mm de diâmetro no lobo médio por *A. fumigatus* isolado no LBA, tendo efectuado voriconazol durante 3 meses e sido proposta para lobectomia que aguardava. Seguida em Consulta de Pneumologia e Cirurgia Torácica. Sem medicação habitual, alergias medicamentosas, hábitos etanólicos ou toxicofílicos. Ao exame objectivo, a realçar instabilidade hemodinâmica com perdas hemáticas abundantes, polipneia e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito à auscultação pulmonar. Analiticamente sem alterações; gasometria arterial com insuficiência respiratória parcial; radiografia torácica com hipotransparência heterogénea de todo o campo pulmonar direito. Ficou internada para controlo das hemoptises em provável contexto de aspergiloma. Foi submetida a lobectomia média e segmentectomia de B6, verificando-se presença de *Aspergillus spp.* na anatomia patológica da peça operatória. Exames culturais pré-operatórios negativos (hemoculturas, bacteriológico e micológico de secreções brônquicas). No sexto dia pósoperatório, verificou-se deterioração clínica com agravamento da insuficiência respiratória, tendo sido necessário ventilação mecânica invasiva. Radiografia torácica com hipotransparência homogénea do campo pulmonar direito e líquido pleural sugestivo empiema tendo iniciado antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam, ampicilina e vancomicina. Empiema pleural por *Pseudomonas aeruginosa* e *Streptococcus salivaris* sensíveis à antibioterapia prescrita. O internamento complicou-se ainda de sépsis e pneumonia de aspiração por secreções que prolongaram o internamento. Teve alta melhorada após um mês.

Discussão e conclusão: Os autores pretendem salientar a gravidade e complexidade das infecções fúngicas por *Aspergillus*, sendo as hemoptises maciças uma das complicações mais temida nos casos de aspergiloma requerendo, por vezes, terapêutica cirúrgica.

Palavras-chave: *Aspergilose pulmonar. Hemoptise.*

PO43. UM ANO DEPOIS SERIA DIFERENTE...

M. Loureiro

UCSP de Vila Nova de Cerveira.

Introdução: A Fibrose Quística (FQ) apresenta uma incidência estimada de 1/6000 nascimentos em Portugal, existindo mundialmente cerca de 7 milhões de portadores. É uma doença hereditária autosómica recessiva, na qual a mutação mais frequente é a F508 del. Esta alteração leva a uma anomalia na síntese da proteína CFTR existente na superfície apical das células epiteliais de vários órgãos (vias aéreas, pâncreas, vias biliares, canais deferentes, trato digestivo, glândulas sudoríparas e salivares). Esta doença multisistémica apresenta uma variedade de manifestações clínicas o que leva por vezes a um diagnóstico tardio, levando ao prolongamento do sofrimento e atraso no tratamento.

Resultados: Relato de caso: Lactente do sexo feminino nascida a junho de 2012. Raça caucasiana, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. É a terceira filha da fratria, pais saudáveis não consanguíneos. Durante a gravidez a mãe desenvolveu Diabetes Gestacional, sem necessidade de insulinoaterapia. Parto por Cesariana às 38 semanas, sem intercorrência. Efetuou Rastreio de Doenças Metabólicas ao 6º dia de vida, sem alterações reportadas. Na primeira Consulta de Saúde Infantil (CSI), a mãe refere existência de várias dejeções fétidas e moles. Ao exame físico destaca-se o baixo peso e distensão abdominal, pelo que se procedeu a um pedido de Consulta de Pediatria para esclarecimento do quadro. Na segunda CSI (1 mês de vida), persiste com má evolução ponderal e apresenta: febre, prostração, sibilância e recusa alimentada. É enviada para o SU onde posteriormente fica internada sem identificação da etiologia. Aos 13 meses, na sequência de nova Infecção Respiratória Aguda, interna-se para estudo da etiologia das múltiplas infecções respiratórias. O es-

tudo revelou-se positivo no Teste do Suor. Posteriormente enviada para o Hospital de São João (HSJ) onde efectuou Estudo Genético.

Discussão e conclusão: O diagnóstico de FQ passa muitas vezes despercebido sendo importante frisar o quão terrível pode ser o comprometimento da qualidade de vida das crianças acometidas pela doença. Um ano depois seria diferente porque, o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce promoveu o alargamento do rastreio das doenças metabólicas introduzindo a FQ no plano de 2013/2014. Atualmente esta doença será rastreada através do Teste do Pezinho, pelo doseamento da Tripsina Imunorreactiva. Assim, este caso clínico, será dos últimos a ser relatado onde foram necessários 13 meses para obter um diagnóstico, no qual atualmente, seriam necessários apenas alguns dias.

Palavras-chave: *Fibrose quística. Rastreio neonatal. Diagnóstico precoce.*

PO44. PRIMARY TRACHEBRONCHIAL AMYLOIDOSIS - A CASE REPORT

L. Martins, A. Manique, I. Correia, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Amyloidosis is a rare, infiltrative disease characterized by the deposition of abnormal protein in various tissues. Pulmonary lesion by amyloid deposition is rare, whether it is part of localized disease or systemic amyloidosis. Primary tracheobronchial amyloidosis consists in the the deposition of AL-amyloid in trachea and large bronchi, with extension at times into segmental bronchi. Our case is a rare one of localized AL amyloidosis with involvement of the tracheobronchial tree, presenting as submucosal infiltration and polypoid nodules.

Resultados: We present the case of a 57-year-old man admitted to our hospital with dyspnea. One week prior, the patient complained of fever and increasing cough with yellow purulent sputum. He had a history of dyspnea on exertion and chronic productive cough in the past 3 years which had never been investigated. He was a former smoker (20 pack-years) who quitted 30 years ago. He had been hospitalized three months before with the same complaints and treated for tracheobronchitis. Besides this episode, his past medical history included alcoholic chronic liver disease (Child A) and seborrheic dermatitis. On physical examination, his respiratory rate was 25 breaths/min and chest auscultation revealed bilateral wheezes. A chest X-ray showed no relevant alterations. Blood tests revealed signs of infection. A thoracic CT showed tracheal and bronchial wall thickening, bronchoscopy was subsequently performed and revealed a yellowish flat submucosal infiltration narrowing the bronchial lumen of the left superior bronchus, one polypoid nodule located in the thoracic trachea wall with 3 cm of diameter and two nodules, each with 2 cm diameter, in the right main bronchus wall. Biopsy specimens of the nodules located in the tracheal wall and right main bronchus revealed acellular amyloid material that stained positive with Congo-Red, and had apple-green birefringence under polarized light, consistent with amyloidosis. Systemic amyloidosis was excluded and therefore, a diagnosis of primary tracheobronchial amyloidosis was established.

Discussão e conclusão: Primary localized tracheobronchial amyloidosis is rare. Until 2002, less than 135 cases were published. Two patterns of localized tracheobronchial amyloidosis can be identified at bronchoscopy: 1) nodular disease and 2) diffuse submucosal disease. In our patient, we could observe the both patterns. The management of primary tracheobronchial amyloidosis depends on the symptoms, since there is no effective drug. In cases of symptomatic obstruction, interventional bronchoscopy is needed. Pulmonary amyloidosis is a diagnostic challenge by virtue of its rarity and non specific symptomatology.

Palavras-chave: *Amyloidosis. Tracheobronchial amyloidosis.*

PO45. CIRURGIA DO PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA

P. Fernandes, M. Guerra, J. Miranda, L. Vouga

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário (PEP) é uma patologia relativamente comum com um pico de incidência em adultos jovens e uma taxa de recorrência elevada. O desenvolvimento de abordagens minimamente invasivas, nomeadamente a toracoscopia uniportal, torna o seu tratamento cirúrgico ainda mais seguro, com internamentos mais curtos e recuperações mais rápidas.

Objectivos: O objectivo do presente estudo foi analisar retrospectivamente os resultados das cirurgias efectuadas ao PEP no C.H.V.N.G.E. entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2014 (10 anos).

Métodos: Foram operados 202 doentes com PEP, com idade média de $31,4 \pm 13,6$ anos, sendo 22,8% do sexo feminino e 54,0% do lado direito. As indicações cirúrgicas foram: primeiro episódio com fuga aérea prolongada, re-expansão pulmonar incompleta ou restrição profissional ($n = 50-24,8\%$), pneumotórax ipsilateral recidivante ($n = 139-68,8\%$), recorrência contralateral ($n = 11-5,4\%$) e pneumotórax bilateral ($n = 2-1,0\%$). A toracotomia foi a abordagem cirúrgica realizada em 15,3% dos casos, tendo sido efectuada videotoracoscopia (VATS) em 84,7% dos casos, com incremento desta percentagem para 95,9% nos últimos 5 anos do estudo. A técnica cirúrgica incluiu: ressecção atípica do ápex com exérese de bolhas (98,0%), pleurectomia parietal apical (66,3%), abrasão pleural sem pleurectomia (16,8%) e talcagem cirúrgica (16,8%).

Resultados: O tratamento cirúrgico foi eficaz na grande maioria dos casos, registando-se uma taxa de recidiva de apenas 6,9%, dos quais 3 casos foram resolvidos com drenagem percutânea e 11 casos com re-operação. As principais complicações observadas foram: fuga aérea > 5 dias em 17 casos (8,4%), hemorragia em 6 casos (3,0%), empiema em 6 casos (3,0%) e infecção da ferida operatória em 3 casos (1,5%). Não se observou mortalidade operatória. A mediana do tempo de internamento foi de 5 dias. Não foi evidenciada relação entre a abordagem cirúrgica (toracotomia vs. VATS) e o resultado cirúrgico, bem como não foi observada relação entre a técnica cirúrgica (pleurectomia vs. não pleurectomia vs. talcagem cirúrgica) e o resultado cirúrgico.

Discussão e conclusão: A nossa experiência permite concluir que o tratamento cirúrgico do PEP é eficaz, reduzindo substancialmente a taxa de recidiva desta patologia, sem apreciável morbidade. A intervenção toracoscópica deve ser considerada como tratamento de primeira linha, permitindo obter todas as vantagens de uma cirurgia minimamente invasiva, sem comprometer os resultados cirúrgicos. Da mesma forma, a realização de pleurectomia, tratando-se de uma técnica cirúrgica mais agressiva, não deve ser realizada como primeira abordagem cirúrgica, mas considerada apenas para os casos de recidiva cirúrgica.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Cirurgia. Toracotomia. Videotoracoscopia.*

PO46. BULECTOMIA NO TRATAMENTO DE TORACALGIA POSTERIOR: 2 CASOS CLÍNICOS

L. Mendonça Almeida, L. Meira, M. van Zeller, I. Gomes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: Uma bolha pulmonar é um espaço preenchido por ar com diâmetro igual ou superior a 1 cm formado a partir de um processo de destruição, dilatação ou confluência dos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais. Quando aumentam até uma dimensão que ocupa um grande volume na cavidade torácica, chamam-se bolhas gigantes. O tratamento cirúrgico urgente das bolhas é motivado maioritariamente por complicações como o pneumotó-

rax, infecção ou hemorragia. O tratamento cirúrgico eletivo para a dispneia e outros sintomas é raramente realizado e os resultados após a bulectomia são menos conhecidos.

Resultados: Apresentam-se dois casos clínicos de bolhas pulmonares que tiveram a incomum forma de apresentação de toracalgia posterior à direita e que foram tratadas cirurgicamente. Doente do sexo feminino, 55 anos, não fumadora, sem história de patologia respiratória, sem hábitos toxifílicos, orientada para a consulta de Pneumologia por achado de bolha apical de 95 mm numa TC cervical requisitada noutro contexto, posteriormente confirmada em TC torácica. Apresentava uma clínica de toracalgia posterior direita e dispneia para esforços médios com 3 meses de evolução. Doente do sexo feminino, 60 anos, não fumadora, sem antecedentes patológicos de relevo, sem hábitos toxifílicos. Dois anos antes da orientação para a consulta de Pneumologia, apresentou quadro de tosse irritativa intensa que foi medicado com antibiótico. A partir dessa data, manteve dispneia para esforços moderados e dor ao nível da omoplata direita. Realizou TC torácica que documentou múltiplas bolhas apicais no pulmão direito e que motivou a orientação para a consulta de especialidade. Ambas as pacientes apresentaram um doseamento de $\alpha 1$ -antitripsina, estudo imunológico e microbiológico normais. As provas de função respiratória documentaram um síndrome obstrutivo com prova de broncodilatação positiva na primeira paciente e, na segunda, não apresentavam alterações. Foram igualmente referenciadas para Cirurgia Torácica e foram submetidas a toracotomia com bulectomia. A toracalgia posterior ao nível da omoplata direita resolveu em ambas após a intervenção cirúrgica.

Discussão e conclusão: Estes casos pretendem ilustrar que as bolhas pulmonares não complicadas podem causar sintomas não relacionados com a limitação da função pulmonar. A toracalgia intensa, apesar de incomum e com mecanismo fisiopatológico mal esclarecido, pode condicionar indicação cirúrgica para bulectomia que, nos casos descritos resultou no desaparecimento das queixas álgicas das pacientes.

Palavras-chave: *Bolha pulmonar. Bulectomia. Dor torácica.*

PO47. GENÓTIPO T/T DA METILTETRAHIDROFOLATO REDUCTASE E CONTRACEPÇÃO HORMONAL ORAL: CAIXA DE PANDORA PARA EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS MAJOR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Cordeiro da Costa, J. Almeida, T. Shiang

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os anticoncetivos orais (ACO) têm sido associados a um maior risco de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (TEP). Ainda que possa existir algum viés de seleção dos doentes nestes estudos, os dados têm apresentado alguma consistência. Sendo estes eventos considerados provocados é lícito colocar a questão da relevância de um estudo trombofílico aprofundado neste contexto. O presente caso clínico relata um caso de TVP/TEP com manifestação atípica numa mulher em idade fértil sob ACO e com uma predisposição genética de risco.

Resultados: A.G.G.M., 38 anos de idade, sexo feminino, autónoma. Observada em Consulta de Pneumologia: episódio de síncope um mês antes da consulta, associada a perda de consciência mas com recuperação imediata (sem observação médica à data); negava sintomas acompanhantes nomeadamente neurológicos, respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais ou genitourinários à data do evento ou posteriormente. Observada alguns dias após pela Médica de Família que pediu um estudo analítico (sem alterações) e um ecocardiograma que evidenciou “dilatação ligeira das câmaras cardíacas direitas, movimento anormal do septo interventricular, insuficiência tricúspide moderada e sinais de hipertensão pulmonar severa (80+PVC), com função sistólica conservada”. O exame objetivo na Consulta de Pneumologia não apresentava nenhuma altera-

ção à exceção de um discreto sopro cardíaco sistólico grau II/VI aórtico. A paciente, previamente saudável, apresentava como medicação habitual o ACO (nulgesta). Por suspeita de TEP foi realizado no próprio dia um Angio-TC do Tórax que evidenciou “imagens seguras de tromboembolismo pulmonar (...) bilateralmente em todos os ramos lobares e estendendo -se a vários ramos segmentares (...) dilatação das câmaras cardíacas direitas”. Iniciou hipocoagulação e foi efetuado estudo complementar. O Doppler dos membros inferiores confirmou TVP à esquerda. O estudo trombofílico geral e de autoimunidade foi negativo, bem como os marcadores víricos. O estudo genético revelou variante c.677C > T do gene MTHFR em homozigotia (genótipo T/T). Os níveis de homocisteína sérica, vitamina B12 e ácido fólico foram normais.

Discussão e conclusão: A ACO é considerada um fator provocador de eventos trombóticos. No entanto, o mesmo indivíduo pode ter vários fatores provocadores que apenas podem ser detetados mediante alto nível de suspeição. Os resultados dos estudos referentes ao papel da MTHFR nos eventos trombóticos são díspares, mas ainda assim obrigam a uma maior vigilância dos doentes, em particular na gravidez pelo risco de complicações para a mãe e para o feto. Pela baixa prevalência e pela dimensão do evento trombótico numa doente com níveis normais de homocisteína, este caso apresenta relevância científica nesta problemática.

Palavras-chave: *Metiltetrahydrofolato. Tromboembolismo pulmonar. Contraceção.*

PO48. DEMASIADO DE UMA SÓ VEZ? UM CASO DE EDEMA PULMONAR AGUDO NÃO CARDIOGÉNICO

A. Dias¹, M. Alvóeiro², T. Abreu¹, F. Paula¹, I. Faria¹, A.C. Freitas¹, F. Froes¹, F. Félix², C. Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O edema pulmonar não cardiogénico tem múltiplas etiologias, sendo que, entre as menos frequentes, se podem assinalar o edema pulmonar de reexpansão e a lesão pulmonar aguda associada a transfusão sanguínea (TRALI). Descrição do caso: Relata-se o caso de uma mulher de 36 anos, com sequelas pulmonares bilaterais de tuberculose, submetida a lobectomia superior direita electiva por aspergiloma em caverna nesta localização. O período pós-operatório foi complicado de quadro insidioso, de dispneia e toracalgia direita, vindo a diagnosticar-se hemotórax homolateral. Verificou-se queda do valor de hemoglobina (Hb) até 6,4 g/dL, com necessidade de transfusão de 4 unidades de concentrado eritrocitário (UCE) ao longo dos 10 primeiros dias de pós operatório. A doente foi reintervencionada ao 10º dia, por toracoscopia, com remoção de 2,7 L de líquido sero-hemático e coágulos. Não apresentava sinais de hemorragia activa. No pós-operatório imediato e, no decorrer da transfusão de mais 1 unidade de concentrado eritrocitário, verificou-se quadro de dispneia compatível com edema pulmonar agudo, tendo a doente sido reentubada, com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Foi então transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos. Na admissão apresentava-se hipotensa, PAM 66 mmHg, normocárdica, apirética, PVC 8 cm H₂O. Na auscultação pulmonar apresentava ferveiros bolhosos bilaterais. Gasimetria arterial realizada com FiO₂ 100% com acidémia respiratória (pH 7,24, pCO₂ 55, pO₂ 206, HCO₃ 24, lactatos 0,6). Na radiografia de tórax observava-se infiltrado intersticial bilateral. Realizada ecografia torácica que revelou hipomotilidade à direita e edema pulmonar bilateral. Admitiram-se as hipóteses de edema pulmonar de reexpansão, não se podendo excluir eventual TRALI. Procedeu-se à optimização da terapêutica de suporte, com diuréticos e morfina. Foi extubada ao fim de 24 horas, sem intercorrências, tendo sido transferida para a Unidade de Cuidados Intermediários da Cirurgia Torácica ao fim de 5 dias, após melhoria clínica e radiológica.

Conclusão: O diagnóstico formal de TRALI implica a exclusão de factores de risco adicionais que constituam etiologia possível da lesão pulmonar aguda. Assim sendo, o edema pulmonar de reexpansão surge como hipótese mais provável neste episódio de edema agudo do pulmão. Desenvolve-se habitualmente nas 24 horas após drenagem e em 64% dos casos nas primeiras duas horas. Pode ser unilateral ou bilateral. A expansão pulmonar rápida após drenagem de volume > 1,5L é um factor de risco conhecido e apesar da sua ocorrência ser rara, é uma entidade a ter em conta neste contexto.

Palavras-chave: *Edema pulmonar agudo. TRALI. Edema de reexpansão.*

PO49. PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO A COLOCAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA: CASO CLÍNICO

C. Marques, S. Neves, M. Vanzeller, T. Shiang Tzer

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A colocação de uma sonda nasogástrica é uma prática comum em meio hospitalar para a administração de medicação ou nutrição entérica, descompressão gastrointestinal ou lavagem gástrica. No entanto, este procedimento não está isento de riscos. Neste trabalho são relatados dois casos de pneumotórax após colocação de sonda nasogástrica.

Resultados: Caso 1: Doente do sexo feminino, 53 anos, antecedentes pessoais de hérnia epigástrica a aguardar cirurgia de correção, insuficiência venosa periférica, várias intervenções cirúrgicas ortopédicas prévias. Sem antecedentes de patologia respiratória ou consumo de drogas. Recorre ao serviço de urgência por dor abdominal na região do epigastro/hipocôndrio esquerdo, intensa e associada a um vômito biliar único. Ao exame físico objectivada prociência epigástrica dolorosa à palpação, consistente com hérnia epigástrica. Após redução de hérnia epigástrica e colocação difícil de sonda nasogástrica, doente inicia quadro de dor intensa ao nível do dorso e ombro direito, agravada com a inspiração. Realizada tomografia computadorizada do tórax que objectiva pneumotórax direito de grande volume, condicionando desvio contralateral do mediastino. Colocado dreno torácico sem intercorrências, com melhoria das queixas da doente e expansão pulmonar imediata. Manteve seguimento em consulta de reabilitação respiratória. Caso 2: Doente do sexo feminino, 81 anos, ex-fumadora (70 UMA), com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar na adolescência, doença pulmonar obstrutiva crónica, ansiedade, hipertensão arterial e dislipidemia, é trazida ao serviço de urgência por intoxicação medicamentosa voluntária (lorazepam e álcool). A admissão sem alterações relevantes ao exame objetivo. Para realização de lavagem gástrica foi tentada colocação de sonda nasogástrica, sem sucesso: apesar da progressão sem esforço era objectivada saída de ar e drenagem hemática pela sonda. Após as tentativas de entubação nasogástrica, a doente inicia quadro de dispneia e broncoespasmo marcado, inicialmente interpretada no contexto de aspiração, com melhoria paulatina a terapêutica broncodilatadora. Radiografia de tórax demonstrou pneumotórax direito de grande volume. Colocado dreno torácico sem intercorrências, com expansão do parênquima pulmonar. Teve alta para seguimento em consulta externa.

Discussão e conclusão: Discussão: Os casos clínicos descritos pretendem alertar para uma das complicações pulmonares secundárias à colocação de uma sonda nasogástrica. Os profissionais de saúde devem estar atentos a sintomas de novo e alterações no estado clínico do doente após tentativa/colocação de sonda nasogástrica, que devem motivar realização de uma radiografia torácica com o objetivo de avaliar a posição da sonda nasogástrica e as complicações pulmonares secundárias a sua colocação, como é o caso de pneumotórax. Nos casos apresentados a evolução clínica mostrou-se favorável.

Palavras-chave: *Pneumotórax.*