



PC 001 A INCERTEZA DO CONTROLO DA ASMA DURANTE A GRAVIDEZ

Page3

PC 002 QUAL A INFLUÊNCIA DOS CONTRACEPTIVOS ORAIS (CO) NA ASMA? UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Page3

PC 003 PROVAS DE BRONCOCONSTRIÇÃO DE ESFORÇO AO AR LIVRE EM INDIVÍDUOS COM IDADES INFERIORES A 16 ANOS - INFLUÊNCIA DA TEMPERATURA, DA HUMIDADE E DA FRAÇÃO EXALADA DE ÓXIDO NÍTRICO BASAL

Page4

PC 004 POLIANGITE GRANULOMATOSA COM EOSINOFILIA - SÉRIE DE CASOS

Page4

PC 005 BRONQUIECTASIAS E RINOSSINUSITE CRÓNICA - UMA CAUSA RARA

Page5

PC 006 MEDIÇÃO RÁPIDA DE IGE PELO TESTE NIJI - EXPERIÊNCIA NA PRÁTICA DIÁRIA EM CONSULTA DE ASMA HOSPITALAR

Page5

PC 007 SOBREPOSIÇÃO ASMA - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: PRECISAMOS SABER MAIS!

Page6

PC 008 FÁRMACOS NOVOS, DESAFIOS NOVOS

Page6

PC 009 PESQUISA DA T790M EM DOENTES COM MUTAÇÃO DO EGFR EM PROGRESSÃO

Page7

PC 010 ACTINOMICOSE PULMONAR COM APRESENTAÇÃO TUMORAL - CASO CLÍNICO

Page7

PC 011 ROTINAS PRÉ-OPERATÓRIAS COMO PREDITORES DE OUTCOME EM DOENTES OPERADOS COM CANCRO DO PULMÃO

Page8

PC 012 TRATAMENTO COM NIVOLUMAB - EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM HOSPITAL CENTRAL

Page8

PC 013 METÁSTASE DE NEOPLASIA PARA NEOPLASIA - CASO ÚNICO DE PADRÃO METASTÁTICO NO ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

Page9

PC 014 DOIS CASOS DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO NA MESMA FAMÍLIA: MAIS UMA COINCIDÊNCIA?

Page9

PC 015 TRÊS ANOS DE EXPERIÊNCIA ALK POSITIVA

Page10

PC 016 A IMPORTÂNCIA DO FEV1 E DE OUTROS FATORES PREDITIVOS DE RECIDIVA DE NEOPLASIA PULMONAR EM ESTÁDIO CIRÚRGICO

Page10

PC 017 BLASTOMA PULMONAR BIFÁSICO - UM CASO CLÍNICO

Page11

PC 018 IDADE DE INÍCIO E A SUA ASSOCIAÇÃO COM OS HÁBITOS TABÁGICOS EM DOENTES HOSPITALIZADOS

Page11

PC 019 INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - UMA OPORTUNIDADE DE INTERVIR COM SUCESSO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Page12

PC 020 CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE FUMADORES NUM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA - CONHECER PRIMEIRO PARA TRATAR MELHOR

Page12

PC 021 HEMOPTISES NO JOVEM ADULTO: UM CASO CLÍNICO

Page13

PC 022 QUISTO PERICÁRDICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Page14

PC 023 ABORDAGEM CONSERVADORA DE LACERAÇÃO TRAQUEAL IATROGÉNICA EM CIRURGIA ELETIVA

Page15

PC 024 AMILOIDOSE PULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA DO PULMÃO EM ESTADIO AVANÇADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Page15

PC 025 ADENOCARCINOMA MUCINOSO COM IMUNOFENÓTIPO ENTÉRICO ENXERTADO EM MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE QUISTICA

Page16

PC 026 BOLHA GIGANTE E DESAPARECIMENTO DO PULMÃO DIREITO - BULHECTOMIA OU PNEUMECTOMIA? - A PROPÓSITO DE UM CASO

Page16

PC 027 NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO EM DOENTES COM ANTECEDENTES DE NEOPLASIA: NEOPLASIA PULMONAR PRIMÁRIA OU METASTÁTICA?

Page17

PC 028 OXIGÉNIO DE ALTO DÉBITO POR CÂNULA NASAL NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA - EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Page18

PC 029 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO DESMAME VENTILATÓRIO

Page18

PC 030 GRÁFICO R/V, APLICAÇÃO NO QUOTIDIANO CLÍNICO

Page19

PC 031 TRAQUEOSTOMIA: QUANDO? UMA QUESTÃO AINDA EM DEBATE - EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS NUMA UCI POLIVALENTE

Page19

PC 032 COMPARAÇÃO DO VALOR DE FEV1 DE CINCO EQUAÇÕES DE REFERÊNCIA: ECSC 71|83|93, NHANES E GLI

Page20

PC 033 DETERMINANTES DO USO INADEQUADO DOS INALADORES NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Page20

PC 034 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: FENÓTIPO INCUMPRIDOR?

Page21

PC 035 INTERNAMENTOS POR DPOC AGUDIZADA NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E DE MEDICINA INTERNA - CASUÍSTICA HOSPITAL DE BRAGA

Page21



PC 036 HOSPITALIZAÇÕES POR EXACERBAÇÃO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Page22

PC 037 EXACERBAÇÕES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - TEREMOS ALGO A APRENDER COM A REALIDADE?

Page23

PC 038 O PAPEL DO EBUS-TBNA NO CANCRO DO PULMÃO - EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE BRONCOLOGIA

Page24

PC 039 A IMPORTÂNCIA DO LAVADO BRONCOALVEOLAR NA IDENTIFICAÇÃO MICROBIANA

Page24

PC 040 LAVADO BRONCOALVEOLAR: SUA UTILIDADE NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS PULMONARES DIFUSAS - ESTUDO RETROSPECTIVO EM 10 ANOS

Page25

PC 041 FEBRE PÓS-BRONCOFIBROSCOPIA - UM ESTUDO PROSPECTIVO

Page25

PC 042 CRIOBÍOPSIA PULMONAR: EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS NA UNIDADE DE TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS (UTP) DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

Page26

PC 043 BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA: ESTUDO RETROSPECTIVO NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

Page26

PC 044 SINTOMAS DURANTE A BRONCOFIBROSCOPIA: 3 PONTOS DE VISTA - O DOENTE, O MÉDICO E O ENFERMEIRO

Page27

PC 045 VALOR DIAGNÓSTICO DA ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA (EBUS-TBNA) NA AVALIAÇÃO GANGLIONAR MEDIASTÍNICA DE DOENTES COM NEOPLASIA EXTRATORÁCICA

Page28

PC 046 FATORES DA TÉCNICA BRONCOFIBROSCÓPICA QUE INFLUENCIAM OS SINTOMAS DURANTE O PROCEDIMENTO

Page28

PC 047 PNEUMOTÓRAX - A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Page29

PC 048 CONDIÇÕES CLIMÁTICAS E PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO - ALGUMA INFLUÊNCIA?

Page29

PC 049 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO - CASUÍSTICA DE UM ANO

Page30

PC 050 DRENOS TUNELIZADOS DE LONGA DURAÇÃO - A EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Page30

PC 051 CASUÍSTICA DOS INTERNAMENTOS POR PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Page31

PC 052 PNEUMOTÓRAX: REVISÃO DE 5 ANOS NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

Page31

PC 053 ASPERGILOSE INVASIVA NUM DOENTE COM MIASTENIA GRAVIS

Page32

PC 054 NOCARDIA - O AGENTE INFILTRADO NUMA CAVITAÇÃO PULMONAR

Page33

PC 055 ASPERGILOSE PULMONAR - DA COLONIZAÇÃO À INFEÇÃO

Page34

PC 056 ASPERGILLUS - O AGENTE NEM SEMPRE ESPERADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Page34

PC 057 ASPERGILOSE: AGENTE DUPLO

Page35

PC 058 ASPERGILOSE PULMONAR CRÔNICA - A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

Page35

PC 059 DOENÇA ASSOCIADA A IGG4 E TUBERCULOSE PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Page36

PC 060 ISONIAZIDA: UM EFEITO SECUNDÁRIO RARO

Page36

PC 061 TUBERCULOSE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA PULMONAR EM PRÉ-ESCOLAR

Page37

PC 062 SÍNDROME DE APNEIA DO SONO E MELANOMA MALIGNO

Page37

PC 063 EASY SLEEP APNOEA PREDICTOR - UMA NOVA FERRAMENTA DIAGNÓSTICA NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Page38

PC 064 IMPACTO DA TERAPIA COM CPAP NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS DURANTE O PERÍODO TOTAL DE SONO

Page39

PC 065 EFEITOS DA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS DURANTE A TRANSIÇÃO VIGÍLIA/SONO

Page40

PC 066 RITUXIMAB COMO TERAPÊUTICA NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Page41

PC 067 UMA NUVEM TÓXICA - REVISÃO DAS ADMISSÕES NO SU APÓS INCÊNDIO NUMA FÁBRICA DE FERTILIZANTES AGRÍCOLAS

Page42

PC 068 TOXICIDADE PULMONAR A MESALAZINA

Page42

PC 069 DOENÇA GRANULOMATOSA PULMONAR NA SEQUÊNCIA DE GRANULOMAS CUTÂNEOS DA FACE 11 ANOS APÓS INJEÇÃO DE ARTECOLL®

Page43

PC 070 FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA E SILICOSE: UMA ASSOCIAÇÃO INESPERADA

Page44



PC 001

A INCERTEZA DO CONTROLO DA ASMA DURANTE A GRAVIDEZ

J Branco, F Todo-Bom, S Furtado

Hospital Beatriz Ângelo

Palavras-chave: asma, controlo da doença, seguimento

Introdução e Objectivos: A asma é a doença crónica mais comum durante a gravidez, com uma incidência estimada entre 2,4 e 13%. A associação entre a asma materna e complicações durante a gravidez e o período perinatal tem sido extensamente estudada e o mau controlo da doença é reconhecido como fator contribuinte para um agravamento da saúde materna e neonatal. O nosso objectivo é descrever a população de grávidas asmáticas relativamente ao controlo da doença e ao seu comportamento no que concerne a medicação no decurso da gravidez.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo descritivo da população de grávidas asmáticas observadas na Consulta Externa de Pneumologia do Hospital Beatriz Ângelo entre Fevereiro de 2012 e Setembro de 2016. Os dados colhidos através da consulta de processos informáticos foram submetidos a análise estatística.

Resultados: Foram analisadas 58 gestações, o que corresponde a 56 doentes. A idade média encontrada foi de 30,9 anos (d.p. 6,7), 50% (n=28) tinham rinite alérgica, 36% (n=20) eram fumadoras e 55% destas manteve hábitos tabágicos durante a gravidez. Antes da gravidez, 74% (n=43) das mulheres estavam medicadas e 37% (n=16) destas interromperam a medicação quando souberam que estavam grávidas. A maioria das doentes foi observada pela primeira vez entre as semanas 9 e 21 de gestação, uma média de 3,5 vezes. No que se refere ao controlo da doença no início do *follow up*, 55% (n=32) dos casos agravaram durante a gravidez, 7% (n=4) melhoraram e 22% (n=22) permaneceram estáveis. No decorrer da gravidez, o score *Asthma Control Test* calculado foi aumentando e foram necessárias cada vez menos alterações terapêuticas. A taxa de abandono da consulta foi de 24% (n=14). No que diz respeito a exacerbações da doença, 11 doentes recorreram ao serviço de urgência e 2 ficaram internadas.

Conclusão: Verificámos que a ocorrência de interrupção da terapêutica e abandono da consulta foi superior ao esperado. A quantidade de mulheres com doença agravada no início da gravidez foi também mais elevada que aquela descrita na literatura, o que poderá traduzir algum défice na educação para a saúde na população estudada. Não obstante, a doença ficou bem controlada nas doentes com seguimento regular, o que reforça a pertinência de um acompanhamento clínico adequado.

PC 002

QUAL A INFLUÊNCIA DOS CONTRACEPTIVOS ORAIS (CO) NA ASMA? UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

AR Silva, AC Ferreira

ACES Grande Porto IV - USF Casa dos Pescadores; Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Serviço de Pneumologia

Palavras-chave: Asma, Contraceptivos orais

Introdução: A asma continua a ser uma das doenças crónicas mais comuns nos países desenvolvidos e é uma causa major de morbidade e de custos em cuidados de saúde. Definida como sendo multifatorial, resulta da combinação de fatores ambientais e genéticos. Alguns estudos demonstraram que a prevalência da asma no sexo feminino aumenta com a puberdade, nomeadamente com a menarca. Além disso, sabe-se que a asma e a função pulmonar podem variar com a fase do ciclo menstrual, sugerindo-se que as hormonas sexuais, endógenas e exógenas, possam influenciar a ocorrência de asma nas mulheres em idade fértil. No entanto, não é claro o papel dos CO na asma, nomeadamente se potenciam o seu aparecimento ou agravamento.

Objetivo: Rever a evidência disponível sobre a relação dos contraceptivos orais com a asma.

Métodos: Pesquisa de artigos de revisão, meta-análises e guidelines na Pubmed e sítios de Medicina Baseada na Evidência (TRIP, Cochrane, Nacional Guideline Clearinghouse) publicados entre 2007 e 2017, com os termos MeSH "Asthma" e "Oral contraceptives" e publicados nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Foi utilizada a Strength Of Recommendation Taxonomy (SORT) para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação.

Resultados: Da pesquisa realizada obtiveram-se 194 artigos, dos quais foram incluídos três estudos transversais, quatro coortes e uma revisão sistemática. Os restantes foram excluídos por divergirem do objetivo do trabalho ou não cumprirem os critérios de inclusão. Relativamente aos estudos transversais, foi atribuído NE 2. Um dos estudos transversais mostrou existir benefício no uso de CO em mulheres asmáticas, nomeadamente na redução das exacerbações. Um outro estudo demonstrou, apenas para as mulheres magras sob CO, não existir aumento da incidência de asma. O outro estudo transversal demonstrou que mulheres sob CO têm mais sibilância.

Relativamente às coortes, foi atribuído a três delas NE 2 e a uma NE3. Todas as coortes demonstraram existir benefício na toma de CO em mulheres asmáticas.

À Revisão sistemática foi atribuído um NE 2, tendo demonstrado não existir consenso quanto ao papel dos CO na patologia asmática.

Discussão e conclusão: Da análise dos artigos incluídos podemos concluir que, apesar de a maioria demonstrar evidência de benefício no uso de CO em mulheres asmáticas, estão em falta ensaios clínicos aleatorizados e controlados que suportem esta evidência nomeadamente os mecanismos e os factores que influenciam esta relação.



PC 003

PROVAS DE BRONCOCONSTRIÇÃO DE ESFORÇO AO AR LIVRE EM INDIVÍDUOS COM IDADES INFERIORES A 16 ANOS - INFLUÊNCIA DA TEMPERATURA, DA HUMIDADE E DA FRAÇÃO EXALADA DE ÓXIDO NÍTRICO BASAL

AD Ferreira¹, JE Gomes², RF Fonseca³, R Lima⁴, M Guimarães⁴

¹Cardiopneumologista Recém Licenciada; Unidade Curricular “Projeto de Investigação em Cardiopneumologia”, inserida na Licenciatura em Cardiopneumologia na Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico do Porto; ²Cardiopneumologista no serviço de pneumologia no CHVNG/E (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho); ³Cardiopneumologista em empresa de Cuidados Respiratórios Domiciliários e Docente Assistente ESS|IPP; ⁴Assistentes Hospitalares de Pneumologia no CHVNG/E.

Palavras-chave: Broncoconstrição; Crianças; Provas de broncoconstrição de esforço; Ar livre; Temperatura; Humidade; FeNO

Introdução: A prova de broncoconstrição de esforço ao ar livre é um teste indireto para diagnóstico de broncospasmo induzido pelo exercício. ⁽¹⁾ A desidratação das vias aéreas e a força exercida na sua superfície durante a hiperventilação no esforço, pode resultar em lesão epitelial, processo inflamatório e consequente reação de hiperreatividade brônquica. ⁽²⁾

Objetivo: Averiguar se existe relação entre o número de provas positivas e a temperatura e humidade em que foram realizadas, bem como correlacionar com o valor de FeNO basal.

Materiais e Métodos: Recolheram-se dados de uma base de dados existente no Laboratório de Provas Funcionais Respiratórias, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E). Registaram-se os valores em percentagem do volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1%) basal, a percentagem de queda de FEV1%, e o valor de fração exalada de óxido nítrico (FeNO) basal. Requisitaram-se os valores da temperatura e da humidade ao Instituto Português do Mar e da Atmosfera consoante a data e a hora da realização da prova.

Resultados: Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias da temperatura ($p=0.037$) e de valor FeNO basal ($p=0.02$) comparando as provas positivas e negativas. Nas provas positivas a média de temperatura foi de 14.5°C e valor FeNO basal de 46.2ppb, sendo que nas provas negativas esses valores foram 16.0°C e 26.8ppb, respetivamente. Não existem diferenças estatisticamente significativas na média da humidade relativa (%) entre provas positivas (média de 70.4%) e negativas (média de 71.2%) ($p=0.734$).

Conclusão: Foi encontrada correlação entre temperaturas baixas e um maior número de provas de broncoconstrição de esforço ao ar livre positivas, podendo esta positividade estar relacionada com valores basais de FeNO elevados.

PC 004

POLIANGITE GRANULOMATOSA COM EOSINOFILIA - SÉRIE DE CASOS

I Silva, AS Rodrigues, M Faria, AT Boquinhas, F Louro

Hospital de Cascais

Palavras-chave: poliangite granulomatosa com eosinofilia; síndrome churg-strauss; vasculite; asma.

Introdução: A poliangite granulomatosa com eosinofilia (PGE), previamente denominada Síndrome *Churg-Strauss*, é uma vasculite sistémica rara, com atingimento de vasos de pequeno e médio calibre associada a asma e eosinofilia. O envolvimento respiratório, presente em 90% dos doentes, é marcado pela asma grave de início tardio frequentemente associada a polipose nasal com sinusite e que precede em vários anos a fase vasculítica. Os critérios de diagnóstico da *American College of Rheumatology* (ACR) incluem: asma; eosinofilia periférica superior a 10%; mono/polineuropatia; opacidades pulmonares migratórias ou transitórias; sinusopatia; vasculite com infiltrado rico em eosinófilos confirmada em biópsia. O tratamento inclui corticoterapia sistémica e terapêutica imunossupressora (por exemplo, ciclofosfamida).

Objetivos: Caracterizar todos os doentes com PGE internados no Serviço de Medicina Interna (SMI) do Hospital de Cascais.

Metodologia: Análise retrospectiva descritiva dos doentes internados num SMI que cumpriram os critérios de diagnóstico da ACR para PGE, no período entre 2010 e 2017. Avaliaram-se as características clínicas, laboratoriais, imagiológicas e histológicas, assim como, terapêutica e evolução clínica.

Resultados: Foram incluídos quatro doentes (três do sexo masculino e um do sexo feminino), com uma idade média de 61 anos. Todos os doentes apresentavam o diagnóstico prévio de asma de início tardio (dois de difícil controlo), sinusopatia e polipose nasal. À data do diagnóstico, todos apresentavam sintomas sistémicos, respiratórios e dermatológicos (lesões cutâneas purpúricas). Laboratorialmente todos apresentavam leucocitose, eosinofilia e velocidade de sedimentação eritrocitária elevada. A pesquisa de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA-MPO) foi positiva em três doentes. Na tomografia computadorizada de alta resolução de tórax foram documentados infiltrados pulmonares em dois doentes. Em todos os doentes, foi realizada biópsia cutânea que mostrou vasculite necrotizante com predomínio de eosinófilos, sugestiva de PGE. Todos os doentes foram tratados com corticoterapia sistémica em alta dose, com melhoria clínica e analítica em dois doentes. A ciclofosfamida foi necessária em dois doentes devido a doença severa e recidiva, respetivamente. Um doente, por manter queixas neurológicas importantes, foi tratado com imunoglobulina humana endovenosa com melhoria clínica marcada.

Conclusão: A coorte descrita ilustra o desafio diagnóstico imposto pela diversidade clínica da PGE. É imperativo equacionar o diagnóstico de PGE num doente com asma de início tardio, sinusopatia, neuropatia periférica e lesões vasculíticas. O diagnóstico precoce e terapêutica melhoram a qualidade de vida do doente e a sobrevida livre de doença.



PC 005

BRONQUIECTASIAS E RINOSSINUSITE CRÓNICA - UMA CAUSA RARA

J Ferra, S André, F Nogueira

Hospital Egas Moniz

Palavras-chave: Bronquiectasias, rinosinusite crónica, discinesia ciliar primária, défice de IgA

As infeções respiratórias de repetição em idade jovem implicam um desafio na prática clínica acarretando por vezes uma marcha diagnóstica extensa para até ao diagnóstico definitivo.

Apresentamos então o caso de uma doente 27 anos, sexo feminino, não fumadora. Seguida em Consulta de Pneumologia por infeções respiratórias de repetição, sem critérios de internamento. Dos exames realizados: radiografia de tórax: hipotransparência heterogénea dos 2/3 inferiores dos hemitóraces. Tomografia computadorizada (TC) de tórax: múltiplas bronquiectasias cilíndricas e quísticas nos diferentes lobos pulmonares bilateralmente com alguma impactação mucóide distal. Estudo funcional respiratório: obstrução moderadamente grave com air-trapping. Avaliação analítica: IgA 0.09 mg/dl (diminuído), IgG 1890 mg/dl, IgM 153 mg/dl; doseamento de alfa 1-antitripsina normal. Prova de suor negativa. Quadro recorrente de rinorreia purulenta. TC seios perinasais: processo extenso de rinosinusite, espessamento inflamatório da mucosa das fossas nasais e preenchimento das cavidades sinusais por espessamento da mucosa e secreções livres. Foi enviada a Consulta de Otorrinolaringologia. Solicitado estudo anatomopatológico com microscopia eletrónica de varrimento, tendo sido diagnosticada discinesia ciliar primária de tipo complexo correspondendo a desorganização microtubular com transposição de dupletos e deficiência de braços internos. Atualmente mantida vigilância em consulta de Pneumologia.

A discinesia ciliar primária é uma entidade clínica rara, causada por mutações genéticas de transmissão autossómica recessiva que podem causar alterações estruturais ou funcionais na membrana ciliar, comprometendo a **clearance** mucociliar. Esta patologia pode afetar vários sistemas de órgãos, mas envolve principalmente as vias aéreas superiores e inferiores e com alterações pulmonares a longo prazo, nomeadamente a presença de bronquiectasias. O diagnóstico é geralmente realizado na infância, mas 5 a 30% dos casos podem ser diagnosticados na idade adulta. O diagnóstico definitivo é realizado através de microscopia eletrónica de varrimento.

O défice seletivo de IgA define-se como um doseamento de IgA diminuído, sendo que o doseamento das restantes imunoglobulinas é normal e não há outra imunodeficiência coexistente. Apesar da importância da IgA nos mecanismos de imunidade a nível das mucosas, a maioria dos doentes não apresenta um aumento do número de infeções, admitindo-se que este facto seja secundário a um mecanismo de redundância compensadora da função das diferentes imunoglobulinas. Os doentes sintomáticos geralmente apresentam infeções das vias aéreas superiores e inferiores.

Trata-se de um caso raro em que uma doente apresenta duas patologias pouco frequentes e que cujas manifestações têm algumas semelhanças. Da revisão bibliográfica realizada apurou-se que associação entre défice de IgA e a discinesia ciliar primária já foi descrita, contudo o mecanismo fisiopatológico subjacente não é conhecido, sendo colocadas algumas hipóteses em discussão. Os autores apresentam este caso pelas suas particularidades no desafio do diagnóstico etiológico nos doentes com bronquiectasias.

PC 006

MEDIÇÃO RÁPIDA DE IGE PELO TESTE NIJI - EXPERIÊNCIA NA PRÁTICA DIÁRIA EM CONSULTA DE ASMA HOSPITALAR

J Lages, F Lima, A Mendes, R Lima, A Carvalho

Hospital de Braga; Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: Asma, IgE, teste Niji

Introdução: Na asma atópica, o aumento dos níveis séricos de IgE total está associado a doença moderada a grave e muitas vezes representa um caso de difícil controlo. A concentração total de IgE é medida para confirmar o diagnóstico de atopia e orientar decisões de tratamento. Foi devolvido um ensaio de IgE total que é medido através de um sistema novo de diagnóstico in vitro (Niji™). O teste Niji é um imunoensaio quantitativo que é realizado com uma gota de sangue capilar. O intervalo de medição total de IgE é de 30 a 1500 UI/mL. Foi projetado para uso fora de laboratório, fornecendo resultados em aproximadamente 12 minutos, simplificando o diagnóstico, encaminhamento e tratamento de pacientes com asma alérgica e outras condições atópicas. A precisão do ensaio de IgE total do teste Niji é comparável à dos diferentes ensaios de IgE total em laboratório.

Objetivos: Determinar a precisão clínica da medição total de IgE com o teste Niji versus teste de referência realizado em laboratório. Relacionar, nos atópicos, níveis de IgE com pontuação decorrente da aplicação do questionário ACT.

Métodos: Pacientes com idade ≥ 17 anos, com asma confirmada. Os pacientes sob tratamento atual ou recente com omalizumab foram excluídos. Foi determinado, a cada paciente, o valor de IgE pelo teste Niji e em laboratório (intervalo máximo de 1 mês).

Resultados: Foram incluídos 23 pacientes, 73.9% eram do sexo feminino. Apresentavam uma idade média de 34+16 anos, entre os 17 e 76 anos. Do total da amostra, 14 pacientes apresentavam asma atópica. Obteve-se em todos os doentes sem atopia (n=9) uma medição de IgE pelo teste Niji < 30 UI/mL, que foi consistente com a determinação de valores de IgE em laboratório. Como esperado, estes valores não se correlacionam com a pontuação obtida no questionário ACT. Nos doentes com atopia obteve-se um valor de IgE pelo teste Niji mínimo de 30 e máximo > 1500 UI/mL, que foi consistente com a determinação de valores de IgE em laboratório. Foi aplicado o questionário ACT em todos os doentes com atopia. Seis doentes obtiveram a pontuação máxima de 25, apresentando uma medição média de IgE pelo teste Niji de 214 UI/mL. Os restantes 8 pacientes obtiveram pontuação < 24 , apresentando uma IgE média de 326 UI/mL.

Conclusão: Este estudo, embora limitado pelo reduzido número da amostra, vem corroborar a precisão e reprodutibilidade do teste Niji para quantificar as concentrações totais de IgE em pacientes atópicos e indivíduos saudáveis em ambiente ambulatório. Permite um diagnóstico de atopia rápido e é particularmente útil, em ambiente hospitalar, nos doentes com asma atópica grave propostos para terapêutica biológica com omalizumab.

PC 007

SOBREPOSIÇÃO ASMA - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: PRECISAMOS SABER MAIS!

M Grafino, F Todo-Bom, S Clemente, M Felizardo, J Valença, S Furtado
Hospital da Luz - Lisboa

Palavras-chave: Sobreposição asma-DPOC; Asma; DPOC

Introdução: A asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) são duas patologias obstrutivas crónicas muito prevalentes, associadas a significativa morbilidade e mortalidade.

A asma e a DPOC são entidades independentes, com epidemiologia, fisiopatologia, história natural, tratamento e prognóstico distintos. Contudo, alguns doentes apresentam características clínico-funcionais de ambas, podendo ser classificados como Sobreposição Asma-DPOC (ACO). Vários critérios diagnósticos têm sido propostos. De acordo com estes e a população estudada, a prevalência de ACO varia amplamente, 2 a 55%. A identificação destes doentes é essencial pois esta entidade parece ter história natural, tratamento e prognóstico diferente.

Objectivos: Avaliar a prevalência de ACO em doentes com asma e DPOC numa consulta de Pneumologia; caracterização clínica e funcional respiratória dos doentes com ACO.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes com asma e DPOC seguidos em Consulta de Pneumologia do Hospital da Luz-Lisboa, de julho a dezembro de 2016, identificados através de uma base de dados hospitalar, codificada pela Classificação Internacional da Doença, 9ª edição. A codificação "bronquite crónica obstrutiva" foi utilizada para definir DPOC. Os doentes com ACO foram identificados pelo médico assistente, recorrendo aos critérios de diagnóstico propostos pelo Consenso Português. Foram avaliadas as características clínicas, exacerbações em 2016, função pulmonar e terapêutica.

Resultados: No período de 6 meses avaliado, foram observados 571 doentes com asma e 129 com DPOC. Foram identificados 29 doentes com ACO (total: 4,1%; asma: 5,1%; DPOC: 22,5%). Dezanove doentes (55,2%) eram do género masculino e a média etária foi de 65,3±11,5 anos (40-88). Apenas 3 doentes eram não fumadores, mas apresentavam exposição ambiental a outras partículas ou gases nocivos. A média de unidades-maço-ano (UMA) foi de 35,1±20,1 UMA (4-75). A média do FEV₁ pós-broncodilatador foi 76,0±14,7% (40,7-99,5) / 1883,1±459,4mL (1050-2930) e a média de variação +22,9±8,1%(12,6-42,6) / +339,3±112,1mL (210-600). O FEV₁ aumentou >15% em 24 doentes (82,8%) e >400mL em 9 (31,0%). O hemograma (18 doentes) apresentava uma média 262,8±196,9/QL e 3,5±2,5% de eosinófilos, 8 doentes apresentavam >300 eosinófilos/QL e 4 doentes >5%.

Vinte e quatro doentes (82,8%) não apresentaram exacerbações em 2016 e somente 1 doente >2 exacerbações. Dezanove doentes apresentavam dispneia mMRC <2 e 10 mMRC ≥2. De acordo com os critérios GOLD, 19 doentes pertenciam ao grupo A, 9 ao grupo B e 1 doente ao grupo D. A terapêutica mais frequentemente prescrita foi β₂-agonista de longa ação associada a corticoide inalado (LAMA+ICS) (62,1%). Oito doentes encontravam-se medicados com dupla broncodilatação+ICS e 1 doente sob azitromicina.

Conclusão: Tendo em conta a amostra de doentes com asma e DPOC, a prevalência de ACO foi inferior ao expectável, nomeadamente, no grupo com asma. O número de exacerbações e o grau de dispneia na ACO também parecem a ser inferior ao publicado. O FEV₁ pós-broncodilatador foi sobreponível a outros estudos e a presença de uma resposta muito positiva só se verificou em 31,0%. A elevada proporção de doentes sob ICS+broncodilatador, terapêutica recomendada, e diferentes critérios diagnóstico de ACO podem justificar as diferenças. A reduzida dimensão da amostra e o método de seleção dos doentes são outros possíveis viés.

PC 008

FÁRMACOS NOVOS, DESAFIOS NOVOS

R Boaventura, S Póvoa, V Hespanhol

Centro Hospitalar de São João

Palavras-chave: Nivolumab, imunoterapia, efeitos adversos, pneumonite

O tratamento do cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP) em estadios avançados evoluiu com o advento das terapêuticas dirigidas e da imunoterapia.

O Nivolumab foi o primeiro fármaco aprovado, no âmbito da imunoterapia, no tratamento de segunda linha do CPCNP metastático. Com ele, surgiram novas oportunidades de continuidade de tratamento, com uma opção associada a menor toxicidade.

No entanto, o perfil de toxicidade surge com novos desafios de fenómenos de auto-imunidade, como pneumonites, que, se não detectadas precocemente, podem constituir reações adversas graves e, eventualmente, fatais.

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 67 anos, com antecedentes de patologia osteoarticular, ex-fumadora, sem outros antecedentes de relevo e com bom estado geral na primeira avaliação em consulta. Foi-lhe diagnosticado um adenocarcinoma pulmonar em outubro de 2013, tipo Pancoast (T4,N0,M0), no pulmão direito. Realizou tratamento com quimioterapia (carboplatino e pemetrexed) e radioterapia (RT) concomitante. Por progressão da doença (adenomegalia cervical e aumento de lesão pulmonar) iniciou segunda linha de quimioterapia (gemcitabina) em Setembro de 2015 e RT. A doença apresentou novamente progressão pelo que foi proposta para Nivolumab, que iniciou em maio de 2016. O tratamento decorreu sem intercorrências até janeiro de 2017, altura pela qual a doente apresentou queixas de tosse ligeira, sem dispneia, mas com hipoxia (Saturação de O₂ em repouso de 92% previamente 97%) e alterações auscultatórias "de novo" (crepitações na base pulmonar esquerda). A doente realizou uma TC torácica que revelou múltiplas opacidades periféricas dispersas bilateralmente (lobo médio, língua, lobo superior esquerdo e lobos inferiores), predominantemente periféricas. Foi assumido o diagnóstico de pneumonite sugestiva de Pneumonia Organizativa (PO), pelo que suspendeu o tratamento com Nivolumab e iniciou corticoterapia com prednisolona (na dose de 1 mg/Kg/dia com um desmame lento perfazendo um tempo total de tratamento de 12 semanas), tendo sido observada uma significativa melhoria clínica e radiológica, que se manteve após a suspensão da corticoterapia.

Apesar da suspensão do Nivolumab, doença oncológica não apresentou progressão até à data.

As pneumonites associadas ao Nivolumab foram descritas mais frequentemente com apresentação radiológica sugestiva de PO.

Os efeitos adversos associados ao fármaco, apesar de habitualmente serem ligeiros, são potencialmente fatais quando se manifestam por pneumonite. Tem sido assumida uma taxa de ocorrência de cerca de 4% de casos de pneumonite grave (grau 3 ou superior) em doentes sob tratamento com Nivolumab. Existem algumas guias de tratamento e seguimento destes casos. No entanto, dado o número reduzido e a sua heterogeneidade clínica, ainda é difícil estabelecer orientações aplicáveis à globalidade dos doentes.

O caso apresentado realça a importância do conhecimento destas reações adversas e a importância da deteção precoce, permitindo, assim, uma melhor resposta ao tratamento e especialmente um prognóstico final mais favorável aos doentes.



PC 009

PESQUISA DA T790M EM DOENTES COM MUTAÇÃO DO EGFR EM PROGRESSÃO

M Jacob¹, R Paupério¹, R Boaventura¹, V Santos¹, A Magalhães¹, A Morais^{1,2}, H Queiroga^{1,2}, JL Costa³, J Reis³, MJ Pina³, LCyrnes³, CS Moura^{2,4}, JC Machado³, V Hespanhol^{1,2}, G Fernandes^{1,2}

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

² Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ³ I3S/IPATIMUP - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto;

⁴ Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João

Palavras-chave: cancro do pulmão; mutação T790M; Mutação EGFR

Introdução: Em doentes com carcinoma de células não pequenas do pulmão (CPNPC) avançado com mutação do *epidermal growth factor receptor* (EGFR), que progridem após tratamento com Inibidores da Cínase da Tirosina (iCT), a mutação T790M é o mecanismo de resistência mais frequente, ocorrendo em cerca de 50 a 60% dos casos. Nesta forma de progressão, está indicado tratamento com Osimertinib (iTC de 3ª geração). Neste contexto, a re-biopsia e a biopsia líquida assumem uma importância crescente.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com CPNPC avançado, EGFR positivo, que apresentaram progressão após tratamento com iCT, entre 2015 e 2016, que foram submetidos a re-biopsia ou análise do ADN tumoral circulante (ctDNA), para pesquisa de mutação T790M.

Resultados: Foram incluídos dezoito doentes: em doze foi efetuada re-biopsia do tumor e em sete análise do ctDNA (um doente efetuou ambas). A média de idade foi de 61,00 ± 13,36 anos, sendo onze (61,1%) homens. A mutação T790M foi detetada em dez (55,6%) doentes, oito na biopsia tumoral e três através do ctDNA. Entre os doentes com mutação T790M, nove efetuaram tratamento com Osimertinib. Entre estes, observou-se resposta parcial em seis e em quatro a resposta ainda não foi avaliada. Ocorreu um óbito, por progressão da doença. A sobrevivência livre de progressão (PFS) e sobrevivência global (OS) ainda não foram atingidas.

Conclusão: Nesta amostra, a realização de re-biopsia e a análise do ctDNA permitiram a identificação da mutação T790M em 55,6% dos doentes, o que permitiu o tratamento com Osimertinib em 90% dos casos. Destaca-se a importância da re-biopsia e da análise do ctDNA na abordagem dos doentes com mutação do EGFR que apresentam progressão após iTC de 1ª ou 2ª geração.

PC 010

ACTINOMICOSE PULMONAR COM APRESENTAÇÃO TUMORAL - CASO CLÍNICO

S Lucas*, C Gaspar**, T Almodovar**, JD Costa**

* Hospital de Faro - Centro Hospitalar do Algarve; **Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa

Palavras-chave: Actinomicose Pulmonar; Cancro do pulmão

A Actinomicose consiste numa infeção rara, particularmente nos países desenvolvidos sendo o pulmão o terceiro local mais atingindo, constituindo cerca de 15% das infeções por *Actinomyces spp*. O diagnóstico é difícil e demorado sendo frequentemente confundido com a neoplasia do pulmão ou doenças pulmonares supurativas. Geralmente os doentes apresentam fatores de risco para o desenvolvimento desta infeção sendo o alcoolismo, a má higiene oral e as alterações pulmonares estruturais as mais habituais. Os autores descrevem um caso clínico de um doente de 57 anos, ex-fumador de 5 unidades maço/ano com antecedentes de bilobectomia do lobo médio e lobo inferior direito aos 25 anos por bronquiectasias sequelares pós tuberculose pulmonar.

Em março de 2017 iniciou queixas de pirose e regurgitação com desenvolvimento de odinofagia após 2 semanas. Foi medicado pelo médico assistente com 7 dias de amoxicilina/ ácido clavulânico e, seguidamente, por não apresentar melhoria, penicilina intramuscular. Alguns dias depois iniciou tosse com expectoração escassa e temperaturas subfebris. Neste contexto realizou novo curso de antibioterapia com moxifloxacina durante 7 dias e foi solicitado radiografia e tomografia computadorizada (TC) do tórax. Esta, realizada a 8 Maio, mostrou uma massa envolvendo a região perihilar superior direita, estendendo-se ao longo da pleura mediastínica com cerca de 6 centímetros de maior diâmetro e presença de calcificações grosseiras dispersas no pulmão direito de natureza granulomatosa residual.

É referenciado à consulta de Pneumologia por suspeita de cancro do pulmão. À entrada mantinha apenas tosse escassamente produtiva. A observação era normal. Para diagnóstico efetuou videobroncofibroscopia (BF) a 12 de junho com apoio de ecoendoscopia endobrônquica (EBUS) com sonda radial que não revelou alterações endobrônquicas. A citologia de escovado brônquico foi negativa para células neoplásicas. Repetiu BF com EBUS com sonda linear para tentativa de punção transtraqueal da massa cuja citologia demonstrou células brônquicas sem atipia e fragmentos de cartilagem. As análises, nomeadamente, CYFRA 21.1, CEA e CA 125 eram normais. A Tomografia por emissão de positrões (PET-TC) de corpo inteiro com administração 18F-FDG realizada a 7 de Julho demonstrou que a lesão previamente descrita não apresentava tradução morfo-metabólica. Presenciava-se pequenas áreas justacentimétricas de densificação parenquimatosa nodular à direita sem expressão metabólica valorizável. A citologia das secreções brônquicas (SB) revelou *Actinomyces spp* e a microbiologia, exame direto e cultural, foi negativa.

Englobando a clínica, a melhoria radiológica franca após vários ciclos de antibioterapia e a presença de *Actinomyces spp* nas SB foi admitido o diagnóstico de actinomicose pulmonar. A presença de alterações sequelares estruturais pós cirurgia, local onde se apresentou a infeção, podem ter constituído um fator de risco ao desenvolvimento desta infeção. Atualmente, o doente encontra-se sob antibioterapia prolongada com amoxicilina/ ácido clavulânico 875/125mg de 12 em 12 horas.

Os autores descrevem este caso pela raridade da actinomicose pulmonar e pela sua forma de apresentação muito sugestiva de neoplasia do pulmão.



PC 011

ROTINAS PRÉ-OPERATÓRIAS COMO PREDITORES DE OUTCOME EM DOENTES OPERADOS COM CANCRO DO PULMÃO

M Afonso, C Cruz, TM Alfaro, A Pêgo

Hospitais da Universidade de Coimbra - CHUC

Palavras-chave: Carcinoma do pulmão não pequenas células; Ressecção cirúrgica; Rotinas pré-operatórias; Recidiva

Introdução: No tratamento do carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC) em estágio cirúrgico a primeira opção terapêutica é a ressecção. Mesmo com excisão completa a taxa de recidiva pós-operatória corresponde a 45% dos casos. A identificação de factores preditores de *outcome* nos doentes operados assume-se como crucial na redução da taxa de recidiva.

Objetivos e métodos: Procedeu-se à análise retrospectiva dos dados referentes aos doentes com diagnóstico de CPNPC submetidos a tratamento cirúrgico, no período compreendido entre 2008 e 2010, enfatizado o valor preditivo dos testes laboratoriais de rotina pré-operatória.

Resultados: Foram identificados um total de 102 doentes, incluindo 70 homens e 32 mulheres, com uma idade média de 64 ± 9.3 anos. A taxa de recidiva foi 43% (n=44), num tempo médio de follow-up de 50.1 meses (IQR 58.4). A taxa de sobrevida livre de doença aos 1, 2 e 5 anos foi, respectivamente, 76, 65.8 e 54.6%. Na análise unifactorial (log-rank) leucocitose ($p=0,0437$), elevação do coeficiente de variação plaquetar (PDW) ($p=0,0276$), quimioterapia, estágio patológico, permeação tumoral e invasão pleural associaram-se a aumento da recorrência. Na análise multifactorial (Cox) o estágio patológico foi um factor com relevância estatística.

A taxa de mortalidade foi 40% (n= 41), num tempo médio de follow-up de 55.8 meses (IQR 44.7). A taxa de sobrevida aos 1, 2 e 5 anos foi, respectivamente, 91.2, 80.4 e 62%. A análise unifactorial (log-rank) mostrou associação da sobrevida com: leucocitose ($p=0,0257$), quimioterapia, estágio patológico, localização tumoral periférica, permeação tumoral, invasão pleural, tumor residual (R) e recidiva. Com análise multifactorial (Cox) apenas o estágio patológico e a recorrência demonstraram significância.

Conclusões: As taxas de recidiva e mortalidade permanecem elevadas nos doentes com CPNPC em estágio cirúrgico. A identificação de factores preditores de *outcome* assume particular relevância, especialmente se de fácil acesso, como sucede com as análises de rotina pré-operatória.

PC 012

TRATAMENTO COM NIVOLUMAB - EXPERIÊNCIA INICIAL DE UM HOSPITAL CENTRAL

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

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Palavras-chave: Nivolumab, Cancro do pulmão

Introdução: doentes com Carcinoma do Pulmão Não Pequenas Células (CPNPC) do Pulmão que apresentam progressão da doença durante ou após a 1ª linha de tratamento com quimioterapia apresentam alternativas terapêuticas ainda limitadas.

Uma melhor compreensão do papel do sistema imunológico conduziu ao desenvolvimento do nivolumab que é um anticorpo monoclonal humano de imunoglobulina G4 (IgG4) (HuMAb) que se liga aos recetores de morte programada-1 (PD-1) e bloqueia as interações com PD-L1 e PD-L2, potenciando assim a resposta imunitária anti-tumoral. É o primeiro inibidor de PD-1 aprovado para o tratamento de carcinoma de não pequenas células do pulmão em estadio avançado após quimioterapia.

Objetivo: caracterizar a população de doentes e a experiência inicial da utilização do Nivolumab num hospital central na consulta de Pneumologia Oncológica.

Métodos: análise retrospectiva realizada através da consulta dos processos clínicos dos doentes com CPNPC submetidos a Nivolumab desde Fevereiro de 2016 (altura da introdução do fármaco no centro do estudo). Avaliou-se a taxa de resposta e a sobrevida mediana em dias após o início da terapêutica imunológica.

Resultados: a amostra foi constituída por 21 doentes, a maioria do sexo masculino (71,4%), média de idades 63,9 anos (altura do início do Nivolumab). Observou-se elevada taxa de hábitos tabágicos (81%) com a seguinte distribuição: 52,4% de ex-fumadores e 28,6% de fumadores (Carga Tabágica média 60 UMA). Histologicamente a maioria correspondeu a adenocarcinomas (n=19), havendo 2 casos de carcinoma epidermoide. A pesquisa de mutações EGFR e ALK foi negativa em todos os casos. À data do diagnóstico a amostra teve a seguinte distribuição: 15 no estadio IV, 1 no estadio IIIb, 3 no estadio IIIa, 1 no estadio Ib e 1 no estadio Ia. Os locais de metastização mais frequentes foram: ganglionar (45%), pulmão e pleura (32,4%), óssea (27%) e sistema nervoso central (14%). Dezasseis doentes receberam o Nivolumab em 2ª linha de tratamento e cinco em 3ª linha de tratamento. Os efeitos adversos foram reportados em 85,7% dos casos sendo o mais frequente a astenia. Relativamente à resposta observou-se: progressão em 28,6% dos casos, estabilidade em 42,9% e resposta parcial em 14,3%. Sem avaliação à data do estudo 14,3%. Sete doentes tiveram de suspender o fármaco: 4 por efeitos secundários (médias de dias sob terapêutica: 218 dias) e 2 por progressão (média de dias sob terapêutica: 274 dias). A sobrevida mediana dos doentes submetidos a Nivolumab foi de 225 dias (intervalo de confiança 95%: 188,2 - 268,8 dias).

Conclusão: o Nivolumab foi introduzido recentemente no nosso centro hospitalar pelo que temos ainda uma experiência limitada, mas sendo uma terapêutica promissora no tratamento no CPNPC avançado com boa tolerância e segurança.

PC 013

METÁSTASE DE NEOPLASIA PARA NEOPLASIA - CASO ÚNICO DE PADRÃO METASTÁTICO NO ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

AC Vieira, C Cristóvão, F Nogueira

Hospital de Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Palavras-chave: neoplasia do pulmão, neoplasia da próstata, metástases

A metastização de neoplasia para neoplasia é rara. Mais frequentemente o tumor dador é a neoplasia do pulmão. Por outro lado, o tumor receptor mais comum é o carcinoma das células renais. Descrevemos o caso de um homem de 68 anos, com história pessoal de hábitos tabágicos pregressos, dislipidemia, hipertensão arterial essencial e insuficiência cardíaca. O doente foi submetido a prostatectomia radical retropúbica por adenocarcinoma da próstata. Esta intervenção foi complicada de tromboembolismo pulmonar bilateral no pós-operatório. A Angio-TAC realizada neste contexto, revelou a presença de uma massa no lobo inferior esquerdo. Dado a gravidade da situação, foi iniciada terapêutica com heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica e protelou-se a realização de broncofibroscopia.

A histologia da peça operatória prostática revelou adenocarcinoma prostático com micrometástases compatíveis com adenocarcinoma do pulmão.

O doente teve alta clinicamente melhorado. Realizou, em ambulatório, broncofibroscopia que não revelou alterações endobrônquicas. A citologia do lavado broncoalveolar e das secreções brônquicas foi compatível com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão. Realizou TAC-CE que revelou múltiplos depósitos secundários e cintigrafia óssea e PET-TAC que revelaram metastização óssea de natureza osteoblástica e osteolítica.

O doente foi internado no nosso serviço por agravamento do seu estado geral com necessidade de oxigenoterapia suplementar de alto débito por insuficiência respiratória parcial importante. Imagiologicamente houve um agravamento do infiltrado bilateral sugestivo de progressão do adenocarcinoma do pulmão. O doente manteve agravamento clínico tendo vindo a falecer.

Os autores não encontraram na literatura, qualquer caso de adenocarcinoma do pulmão com metastização para adenocarcinoma da próstata. Existe apenas um caso na literatura de metastização de carcinoma de pequenas células do pulmão para adenocarcinoma da próstata.

PC 014

DOIS CASOS DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO NA MESMA FAMÍLIA: MAIS UMA COINCIDÊNCIA?

M Felizardo¹, V Sacramento¹, C Matos¹, R Madureira², P Calvino³, JLP Coelho⁴, S Furtado¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa; ³Cirurgia Cardioratórica, Hospital Santa Marta, Lisboa; ⁴Serviço de Oncologia, Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa

Palavras-chave: adenocarcinoma, cancro do pulmão, mutação EGFR, correlação familiar

Introdução: O cancro do pulmão (CP) é a principal causa de morte oncológica a nível mundial, sendo o tabagismo um conhecido e comprovado fator de risco para a sua ocorrência. No entanto, sabe-se que apenas cerca de 20% dos fumadores desenvolvem CP, e que o número de não fumadores com CP é cada vez maior. A história familiar também constitui um fator de risco, sugerindo a existência de factores individuais, nomeadamente genéticos, promotores de uma maior suscetibilidade para este cancro. As autoras descrevem o caso de duas familiares, ambas não fumadoras, com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão e mutações EGFR positivas.

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de uma doente do género feminino, 76 anos, não fumadora, doméstica, sem exposições relevantes - nomeadamente radão ou amianto. Antecedentes pessoais conhecidos de doença vascular com acidente vascular cerebral isquémico (hemiparésia braquial direita sequelar), hipertensão arterial essencial e dislipidemia. Iniciou em dezembro 2013 quadro de anorexia com emagrecimento não quantificado, cansaço/dispneia mMRC2, tosse com expectoração mucosa e febre não quantificada. Em janeiro 2014 iniciou cervicalgia pósterolateral direita com irradiação à face anterior e posterior do hemitórax homolateral. Foi pedida tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica que mostrou massa (5,7 x 4 x 6,6 cm) no segmento apical do lobo superior direito com contacto com a pleura costal com evidência de metastização hepática, óssea, subcutânea e intramuscular a nível do glúteo. Foi feito, por biópsia brônquica, o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão (T2b N2 M1b) com pesquisa de mutação EGFR positiva no exão 21. Iniciou-se radioterapia antálgica e inibidor da tirosina cinase, vindo a doente a falecer em maio 2014 por embolia pulmonar.

Descreve-se um segundo caso (filha da doente do primeiro caso) de uma doente com 58 anos, não fumadora e costureira, também sem exposições relevantes. Antecedentes familiares conhecidos de CP (mãe), neoplasia da bexiga (pai), melanoma e neoplasia do foro gastro-intestinal (primos). Perante a história oncológica familiar realizou TC tórax (abril 2014) com evidência de nódulo de contornos espiculados (2cm) no segmento externo do lobo médio. Foi pedida PET-TC que demonstrou apenas fixação da lesão do lobo médio (13,8 cm³, SUV 8) e a doente foi proposta para lobectomia média e esvaziamento ganglionar mediastínico por videotoracoscopia (adenocarcinoma do pulmão pT2N0R0) e para terapêutica adjuvante. A pesquisa de mutação EGFR foi positiva no exão 19. Mantém-se em *follow-up* com estabilidade clínica e sem recidiva imagiológica.

Discussão: Foram já identificadas algumas mutações associadas a agregação familiar de neoplasias, nomeadamente nos casos de cancro da mama e do ovário (BRCA1 ou BRCA2) ou polipose adenomatosa familiar. Vários estudos procuram demonstrar esta realidade no caso do CP, no entanto, esta relação ainda não está comprovada cientificamente. Dada a maior existência de casos de CP familiares, mais estudos são necessários e aguardam-se avanços nessa área com a análise genómica, atualmente amplamente utilizada.

PC 015

TRÊS ANOS DE EXPERIÊNCIA ALK POSITIVA

JB Correia, A Figueiredo, F Barata

CHUC - Hospital Geral

Palavras-chave: Crizotinib; ALK; Adenocarcinoma

Introdução: O crizotinib, ceritinib e alectinib são fármacos inibidores da tirosina-cinase aprovados para o Cancro do Pulmão Não Pequenas Células (CPNPC) em doentes que apresentem o rearranjo ALK. O efeito extraordinário destes fármacos no aumento da sobrevivência e do tempo para a progressão destes doentes, bem como a baixa toxicidade, permite um fácil manuseamento do fármaco, marcaram um ponto de viragem no tratamento do cancro do pulmão.

Materiais e Métodos: Efetuámos uma análise retrospectiva de todos os doentes com CPNPC e rearranjo ALK seguidos na consulta de Pneumologia Oncológica do CHUC-HG, que receberam crizotinib como primeira ou segunda linha terapêutica, avaliando a resposta da doença ao fármaco e a toxicidade do mesmo. Avaliámos ainda os mesmos parâmetros nos doentes tratados com ceritinib ou alectinib após crizotinib.

Resultados: Dos 113 doentes diagnosticados desde Junho de 2014 com adenocarcinoma estadio IV ou IIIB com indicação e material histológico suficiente para serem testados, 17 apresentavam positividade para o rearranjo ALK. Nesta população a idade média foi de 60,76 anos, sendo 76,47% (n=13) dos doentes do sexo feminino. Dezas seis doentes (94,12%) eram não-fumadores e 1 (5,88%) fumador. O estadio inicial da doença era IV em 94,12% (n=16) dos doentes (um deles por metastização cerebral, tratado com radioterapia holocraneana) e IIIB em 5,88% (n=1). Sete doentes (41,18%) apresentavam um Performance Status de 0 e 10 doentes (58,82%) apresentava um Performance Status de 1. O crizotinib foi iniciado como terapêutica de primeira-linha em 35,29% (n=6) dos doentes e como segunda-linha em 64,71% (n=11) (tendo estes efectuado inicialmente quimioterapia, cumprindo 2, 4 ou 6 ciclos de tratamento). Dez doentes demonstraram toxicidade induzida pelo crizotinib (1 apresentou rash cutâneo, 1 onicólise, 6 toxicidade hepática e náuseas e/ou diarreia, 1 toxicidade renal e 1 apresentou toxicidade cardíaca tendo vindo a falecer). Como tal, foi necessária redução da dose do crizotinib em 6 doentes (4 destes por toxicidade hepática, 1 por toxicidade renal e 1 por rash cutâneo) e noutro doente procedeu-se à alteração da terapêutica para ceritinib (devido a toxicidade hepática). Dos doentes reavaliados até Junho de 2017, observaram-se como melhor resposta 10 respostas completas, 3 respostas parciais e 3 progressões da doença. Dos 10 doentes que até à data tiveram progressão da doença, 4 progrediram a nível cerebral, 2 a nível óssea e os restantes noutras localizações. O tempo médio de administração do fármaco foi de 14 meses (mínimo 2 meses, máximo 28 meses). A terapêutica foi alterada em 7 destes doentes para alectinib (n= 5) ou ceritinib (n=2). Tendo em conta os dados disponíveis até ao momento, dos doentes que iniciaram alectinib, 2 tiveram resposta parcial e 1 resposta completa; e dos doentes que iniciaram ceritinib, 1 teve resposta parcial e 1 estabilidade da doença. No que toca aos 4 doentes com progressão cerebral, 1 encontra-se sob ceritinib (com estabilidade da doença com este fármaco) e os outros 3 encontram-se sob alectinib (1 com resposta completa e 1 com resposta parcial ao fármaco, sendo que o terceiro doente ainda não dispõe de dados de seguimento). Três destes doentes realizaram radioterapia holocraneana.

Discussão: A nossa experiência é sobreponível aos dados de outras séries, reforçando a ideia de que se trata de uma classe terapêutica com taxas de resposta muito elevadas, sobrevivência elevada e toxicidade baixa e bem tolerada.

PC 016

A IMPORTÂNCIA DO FEV1 E DE OUTROS FATORES PREDITIVOS DE RECIDIVA DE NEOPLASIA PULMONAR EM ESTÁDIO CIRÚRGICO

MJ Pereira¹, J Freitas², RJ Ribeiro³, J Bernardo²

¹Serviço de Pneumologia A do CHUC; ²Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do CHUC; ³Serviço de Patologia Clínica do CHUC

Palavras-chave: Cancro do pulmão; Lobectomia; FEV1

Introdução: A lobectomia continua a ser o tratamento de eleição no cancro do pulmão (CaP) de estágio precoce. Não obstante, a recorrência dos tumores é a causa mais comum de falência do tratamento após a cirurgia.

A função pulmonar reduzida aumenta o risco cirúrgico nos pacientes em estádios operáveis de cancro de pulmão. No entanto, a literatura existente é escassa no que se refere à associação entre a função pulmonar e a recorrência de neoplasia pulmonar.

Objetivo: Avaliar se o volume de expiração forçado no primeiro segundo (FEV1) diminuído é fator independente de mortalidade entre outros fatores preditivos, num estudo de coorte de pacientes com CaP submetidos a lobectomia.

Método: Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo em pacientes submetidos a lobectomia (estádios IA-IIIa), num hospital universitário, desde Janeiro de 2013 até Dezembro de 2014. A análise estatística foi feita recorrendo ao SPSS. A sobrevivência cumulativa foi analisada através do método Kaplan-Meier e comparado por um teste log-rank. O modelo de risco multivariável Cox foi selecionado para identificar fatores de prognóstico. A significância estatística foi definida para valores de P inferiores a um nível de 0.05.

Resultados: Este estudo incluiu 116 pacientes com uma mediana de idades de 65 (intervalo interquartil, 57-71 anos de idade; 68,1% homens). Verificou-se 25 doentes com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Histologicamente, 63,8% tinham adenocarcinoma, 15,5% carcinoma epidermóide, 1,7% carcinoma de pequenas células do pulmão e 15,5% com tumor carcinóide torácico. Doentes submetidos a uma carga terapêutica elevada (lobectomia mais quimioterapia e radioterapia), seguidos por aqueles que foram sujeitos a cirurgia mais quimioterapia, tiveram um maior risco de progressão da doença (Kaplan-Meier, P<0,0001) quando comparados com pacientes apenas submetidos a cirurgia. A regressão de Cox multivariável confirmou estes dados (HR, 1,8; 95 IC, 1,4-2,2, P <0,0001). Acrescenta-se que, por cada unidade de aumento no tamanho tumoral, houve elevação de 40% no risco de progressão (HR, 1,4; 95 IC, 1,1-1,8, P = 0,002). O efeito da carga terapêutica, como observado no risco de progressão, foi verificado na sobrevivência global, mesmo após análise multivariável (HR, 1,5; 95 IC, 1,3-1,9, P <0,0001). Curiosamente, além das terapêuticas necessárias para controlo da doença, observou-se um tempo de sobrevivência inferior com o aumento da severidade do FEV1 (HR, 2,5; 95CI, 1,7-3,7, P <0,0001).

Conclusão: A cirurgia constitui a melhor opção, potencialmente curativa, para doentes com diagnóstico de CaP em estágio inicial. No entanto, alguns doentes desenvolvem recorrência, mesmo após lobectomia com intuito curativo. O nosso estudo mostrou que o FEV1 está fortemente associado a pior prognóstico, sendo que quanto mais baixo o seu valor, menor é o tempo de sobrevivência. Além disso, algumas características do tumor, nomeadamente o tamanho, está fortemente associado ao risco de progressão de doença.



PC 017

BLASTOMA PULMONAR BIFÁSICO - UM CASO CLÍNICO

C Pereira¹, T Calado², P Alves¹, R Sotto-Mayor¹, F Félix², C Bárbara¹

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

Palavras-chave: Blastoma pulmonar, hemoptises

Introdução: O Blastoma Pulmonar (BP) é uma neoplasia pulmonar agressiva e rara, constitui 0,25-0,5% de todos os tumores pulmonares primários. Atualmente, o BP bifásico é considerado um tipo de Carcinoma Sarcomatoide. Tipicamente apresentam-se com tosse, hemoptises, dispneia ou toracalgia. Em 40% dos casos pode ser assintomático. Apresenta-se quase sempre como uma massa solitária, unilateral, grande, bem delimitada na radiografia torácica. Devido à desafiante natureza histológica, o diagnóstico pré-operatório é obtido em apenas 1/3 dos casos. A cirurgia é o tratamento de eleição para a doença localizada. Não há evidência de maior eficácia de nenhum agente de Quimioterapia em relação a outro, mas a cisplatina é frequentemente usada dada a sua eficácia em tumores primários. O prognóstico é desfavorável com sobrevida limitada a 2-3 anos após o diagnóstico.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 51 anos de idade, melanodérmica, natural de Cabo Verde, fumadora (25 UMA), hábitos alcoólicos marcados sem outros antecedentes relevantes ou medicação de ambulatório, evacuada para Portugal para investigação diagnóstica e terapêutica por um quadro de tosse persistente e expectoração hemoptóica com início em Maio de 2016, sem sintomas constitucionais ou outras queixas. Analiticamente com serologias e baciloscopia negativa e radiografia de tórax com evidência de uma lesão nodular de contornos bem definidos no terço médio do campo pulmonar direito. Nesse contexto realizou tomografia computadorizada do tórax com descrição de uma massa hipodensa do lobo superior do pulmão direito (LSD) com cerca de 37x38mm de contornos bem delimitados, sem captação de contraste e videobroncofibroscopia com evidência de oclusão subtotal do brônquio subsegmentar mais posterior do B3 por lesão pediculada, ultrapassável com pinça, hemorrágica. Lavado bronco-alveolar e biópsias pulmonares negativas para células neoplásicas. No seguimento da investigação diagnóstica realizou PET-TC que relata hiper captação na periferia da lesão conhecida no LSD, atingindo SUV máx de 10,4; uma parte significativa da lesão tem conteúdo líquido (necrose? lesão quística?); adenopatia hilar direita, com SUV de 5 e adenopatia paravertebral direita hipermetabólica; PFR compatíveis com ressecção cirúrgica, tendo sido discutido o caso com a Cirurgia Torácica que realizou Lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico por toracotomia posterior. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica viria a revelar Blastoma pulmonar estadiado como pT2aN0. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Após discussão em reunião multidisciplinar, realizou 4 ciclos de Quimioterapia Adjuvante com Cisplatina/Etoposido com tolerância e melhoria clínica, ficando em vigilância com reavaliação imagiológica posterior.

Conclusão: Apresentamos um caso de BP bifásico, uma neoplasia pulmonar que, devido à sua baixa incidência e reclassificação recente, é difícil interpretar a sua epidemiologia, manifestações clínicas, tratamento e prognóstico. Muitas publicações prévias podem incluir adenocarcinomas fetais, pelo que os dados publicados não estão em concordância com a nova classificação. Considerando todas estas limitações, mesmo um pequeno número de casos ou experiências individuais de BP são importantes para melhorar o nosso conhecimento deste cancro pulmonar raro.

PC 018

IDADE DE INÍCIO E A SUA ASSOCIAÇÃO COM OS HÁBITOS TABÁGICOS EM DOENTES HOSPITALIZADOS

I Oliveira, R Campanha, C Matos, F Nogueira

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Palavras-chave: hábitos tabágicos, idade de iniciação, internamento

Introdução: Alguns estudos mostraram que a idade de início dos hábitos tabágicos está inversamente relacionada com a dependência, sucesso da cessação tabágica e que está associada a um maior consumo tabágico. Consequentemente, indivíduos que começam a fumar mais cedo têm maior probabilidade de vir a desenvolver patologia respiratória e co-morbilidades associadas ao tabaco.

Objetivos: Avaliar as diferenças dos hábitos tabágicos entre os doentes internados no serviço de Pneumologia que começaram a fumar antes e depois dos 18 anos e a sua associação com as admissões hospitalares.

Métodos: Estudo transversal, prospetivo, em que os dados foram obtidos através de um questionário sobre as características demográficas e hábitos tabágicos dos doentes internados no serviço de Pneumologia de Março a Setembro de 2016.

Resultados: Durante este período foram internados 126 indivíduos, dos quais 100 apresentavam hábitos tabágicos: 37 eram fumadores ativos e 63 eram ex-fumadores. A maioria dos fumadores ativos e ex-fumadores eram do sexo masculino (69%).

58% dos indivíduos internados com hábitos tabágicos tinham iniciado o consumo antes dos 18 anos e, uma maior percentagem destes era fumador ativo à data da admissão. Dos indivíduos que tinham iniciado os hábitos tabágicos antes dos 18 anos, 48% eram fumadores ativos à data de admissão em comparação com 21% dos que tinham iniciado os hábitos após os 18 anos ($p < 0,05$ - teste Qui-quadrado).

No grupo dos fumadores ativos, aqueles que tinham iniciado o consumo antes dos 18 anos eram mais novos à data da admissão (55 vs. 58 anos). Apesar de não ser estatisticamente significativo, este grupo apresentava níveis de dependência mais elevados (avaliado através do Teste de Fagerstrom). 89% dos indivíduos apresentavam um nível de dependência elevado/médio em comparação com 78% dos que iniciavam os hábitos tabágicos mais tardiamente.

De referir também que, aqueles que iniciavam os hábitos antes dos 18 anos apresentavam menor vontade de cessação após a alta (57% vs. 67%).

Conclusões: 79% dos indivíduos hospitalizados tinham hábitos tabágicos e, de forma semelhante à população em geral, a maioria era do sexo masculino. Mais de metade dos indivíduos internados com hábitos tabágicos iniciava o consumo antes dos 18 anos. Este grupo apresentava também maior probabilidade de ser fumador ativo e de ser mais novo à data da admissão. Isto mostra que para além dos hábitos tabágicos serem um fator de risco para doenças respiratórias e para o aumento da morbilidade, idades precoces de iniciação tabágica também representam um fator importante nas admissões hospitalares e, consequentemente, no aumento da morbilidade. De forma semelhante a outros estudos, mostrámos que esta população apresenta níveis de dependência mais elevados e menor vontade de cessação. Portanto, intervir precocemente com programas de prevenção tabágica na adolescência é extremamente importante para reduzir co-morbilidades associadas ao tabagismo.



PC 019

INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - UMA OPORTUNIDADE DE INTERVIR COM SUCESSO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

R Campanha, I Oliveira, C Matos, F Nogueira

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Palavras-chave: Cessação Tabágica, Internamento Pneumologia, Oportunidade

Introdução: A admissão no internamento hospitalar constitui uma oportunidade para abordar a cessação tabágica nos doentes fumadores, principalmente se internados por descompensação de doença respiratória. Estudos recentes apontam para uma prevalência de fumadores nos internamentos de Pneumologia com variação entre os 37% e 52%.

Objetivos: 1. Caracterizar os hábitos tabágicos dos doentes internados numa enfermaria de Pneumologia de um hospital central e estabelecer estratégias para auxílio da cessação tabágica mais personalizadas; 2. Avaliar o sucesso na cessação dos doentes referenciados a partir do internamento de pneumologia em comparação com outras vias de referência.

Métodos: estudo transversal conduzido numa enfermaria de pneumologia de um hospital central entre Março e Setembro de 2016 (7 meses). Na admissão hospitalar era aplicado a cada doente um questionário por um médico. As informações recolhidas incluíam dados demográficos, caracterização dos hábitos tabágicos e aspetos clínicos, laboratoriais e radiológicos relacionados com a doença respiratória. A taxa de sucesso dos doentes referenciados à consulta de apoio intensivo foi considerada se estivessem pelo menos 6 meses sem fumar (avaliação retrospectiva dos processos de consulta de cessação tabágica).

Resultados: 128 doentes foram incluídos no estudo (dois foram excluídos por demência e incapacidade em colaborar no preenchimento do questionário). A média de idades foi de 63,4 anos com predomínio do sexo masculino (59,5%). A distribuição dos hábitos tabágicos foi: 29,4% de fumadores (média de idade: 55,5 anos); 50,0% de ex-fumadores (média de idades 67,7 anos) e 20,6% de não fumadores (média de idades: 64,5 anos). A prevalência de fumadores e ex-fumadores foi mais elevada no sexo masculino (67,6% e 69,8% respetivamente) enquanto que o grupo dos não fumadores apresentou maior prevalência do sexo feminino (76,9%). A maioria apresentava um grau de dependência de nicotina médio (54,1%) e 32,4% tinham níveis elevados de dependência (avaliada através do teste de *Fagerström*). A maioria dos doentes fumadores iniciou os hábitos tabágicos antes dos 18 anos de idade (89,2%); 67,6% fizeram pelo menos uma tentativa para deixar de fumar mas apenas 24,3% com ajuda especializada. Dos doentes com hábitos tabágicos ativos, 59,5% manifestaram vontade de parar de fumar após o internamento e foram referenciados para a consulta de cessação tabágica do serviço. Os doentes referenciados para a consulta de apoio intensivo após o internamento na Pneumologia tiveram mais sucesso na cessação do que os referenciados por meios alternativos (54,6% vs. 35,1%).

Conclusão: A caracterização dos hábitos tabágicos dos doentes internados numa enfermaria de pneumologia é importante para definir o perfil de doente fumador e estabelecer estratégias eficazes e personalizadas. Neste estudo a maioria dos fumadores correspondeu ao seguinte perfil de doente: sexo masculino, com idade inferior a 65 anos e com início precoce dos hábitos tabágicos (<18 anos). Observou-se uma menor prevalência de fumadores que o descrito na literatura. Verificou-se elevada taxa de referência à consulta dos doentes incluídos no estudo com maior sucesso na cessação em comparação com os provenientes de outras vias de referência reforçando a importância do internamento em pneumologia como uma excelente oportunidade.

PC 020

CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE FUMADORES NUM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA - CONHECER PRIMEIRO PARA TRATAR MELHOR

RP Camara¹, MM Batista², D Rolo¹, C Alves¹ E Camacho¹

¹Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo,

²Hospital São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal

Palavras-Chave: tabaco, Portugal, UMA, comorbilidades, gravidez, amamentação, terapêutica

Introdução: O tabaco é diretamente responsável por cerca de 6 milhões de mortes anuais. Em Portugal, o último Inquérito Nacional de Saúde (2014) revelou que 27,8% dos homens e 13,2% das mulheres com mais de 15 anos eram fumadores e que apenas 3,6% das pessoas que deixaram de fumar tiveram apoio médico e/ou farmacológico. O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil dos fumadores que frequentam um programa hospitalar de cessação tabágica em Portugal e tentar identificar preditores de adesão a estes programas.

Métodos: Selecionaram-se aleatoriamente 400 processos clínicos de um programa de cessação tabágica entre janeiro 2012 e dezembro 2016. Excluíram-se os registos clínicos incompletos. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, mulheres que fumaram durante a gravidez e amamentação, comorbilidades, via de referência para o programa, idade de início do consumo, unidades maço ano (UMAs), razões para fumar, tentativas prévias de cessação e duração do período sem fumar, motivação para iniciar o programa, níveis de monóxido de carbono (CO) na consulta, pontuação nos testes de Fagerström (TF) e de Richmond (TR) e modalidades terapêuticas (educativa/comportamental e farmacológica).

Resultados: Foram elegíveis 372 fumadores, cuja idade média foi 51,8 anos (mínimo 18, máximo 81). A idade média para o início do consumo diário foi 20 anos (mínimo 9, máximo 55) e 35,9 foi o número médio de UMA's (mínimo 0, máximo 135). 39% eram mulheres, 42,8% destas fumaram na gravidez e amamentação, 11,8% só na gravidez e 1,4% só na amamentação. As principais comorbilidades relatadas foram: dislipidemia (37,6%) e hipertensão arterial (30%). 91,4% dos participantes tiveram conhecimento do programa através do médico assistente e apenas 4,8% através do farmacêutico, amigo, comunicação social ou outro. As principais razões para fumar foram: stress (79,8%), prazer (45,4%), gesto automático (45%) e socialmente (42,3%). A maioria dos fumadores (80,4%) fez tentativas prévias de cessação tabágica, 24,2% recorreu a um método farmacológico, 33% destes mantiveram abstinência durante dias, 38,7% durante meses e 15,3% durante anos. As principais razões para iniciar o programa foram pessoais (82,3%), por aconselhamento médico (53%) e insistência familiar (32,8%). 51,1% dos participantes fizeram medição de CO na consulta, 42,5% apresentaram níveis inferiores a 11, 72,1% entre 11 e 20 e 5,8% superiores a 20. O resultado médio do TF foi 5,9 nas mulheres e 5,8 nos homens (mínimo 0, máximo 10) e no TR foi 7,3 nas mulheres e de 7,1 nos homens (mínimo 3, máximo 10). Todos os pacientes obtiveram aconselhamento educativo/comportamental e 91,9% receberam também terapêutica farmacológica: 68,3% pastilhas de nicotina, 60% vareniclina, 20,8% bupropiona, 15,5% adesivos de nicotina.



Conclusões: Compreender os fatores que levam um fumador a procurar ajuda especializada é fundamental no planeamento de programas de cessação tabágica. Os dados apresentados refletem o panorama nacional, destacando-se a elevada percentagem de mulheres que continuam a fumar durante a gravidez e amamentação e os graus moderados de dependência e motivação para deixar de fumar. Como se pode depreender, a realização de mais estudos nesta área é importante não só a nível de saúde pública como também de prevenção primária.

PC 021

HEMOPTISES NO JOVEM ADULTO: UM CASO CLÍNICO

A Machado, A Dias, I Faria, AC Santos, C Bárbara

Unidade de Insuficientes Respiratórios, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Sequestro pulmonar, hemoptises, pneumonias de repetição

Introdução: Hemoptises podem estar presentes em muitas patologias pulmonares não traumáticas, as mais comuns são: neoplasia do pulmão, tuberculose pulmonar, bronquiectasias, pneumonia e bronquite aguda ou crónica.

Em jovens adultos é importante ter em atenção outras causas menos frequentes, como a do sequestro pulmonar.

O sequestro pulmonar é uma anomalia congénita do pulmão, rara, na qual a artéria que irriga uma porção do pulmão tem origem numa artéria sistémica, normalmente a aorta, em vez dos ramos da artéria pulmonar.

Os autores apresentam um caso de sequestro pulmonar, clinicamente manifestado por hemoptises e história de "pneumonias recorrentes".

Caso Clínico: Mulher de 25 anos de idade, não fumadora, sem exposições ambientais importantes, história de tuberculose ou trauma. Recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptises em moderada quantidade, sem outros sintomas respiratórios associados ou outras queixas, nomeadamente constitucionais ou febre. Como antecedentes foram apuradas a presença de hemoptises ligeiras recorrentes desde os 20 anos de idade, pneumonias à esquerda de repetição (SIC) e pielonefrites à esquerda recorrentes desde a sua infância.

À admissão a doente encontrava-se hemodinamicamente estável, com roncos na base esquerda à auscultação pulmonar e sem insuficiência respiratória associada. Laboratorialmente não apresentava alterações (hemoglobina, leucócitos, d-dímeros, proteína C-reactiva, função renal e análise urinária normais). Realizou uma radiografia torácica que revelou opacidade homogénea do lobo inferior esquerdo.

Ficou internada para investigação etiológica do quadro clínico e controlo de hemoptises.

Durante o internamento, houve controlo rápido das hemoptises apenas com repouso, prevenção de tosse e dieta fria.

Realizou estudo auto-imune que foi negativo e os testes de função respiratória estavam dentro dos limites da normalidade, com DLCO 86% e DLCO/VA 76%.

Efectuou uma TC torácica que revelou a presença de um sequestro pulmonar intralobar, cuja artéria de irrigação provinha de um ramo da artéria aorta e a drenagem venosa processava-se pelas veias pulmonares.

A doente foi encaminhada para Cirurgia Torácica, onde foi submetida a uma lobectomia inferior por toracoscopia assistida por vídeo, sem complicações.

Conclusão: Os sequestros pulmonares representam 0,15-6,4% de todas as malformações congénitas pulmonares.

A sua baixa incidência nos adultos jovens instigou os autores a apresentar este caso de sequestro intralobar para alertar para a possibilidade da sua existência em doentes com hemoptises e história de pneumonias recorrentes, e assim proporcionar um tratamento definitivo para esta malformação pulmonar.



PC 022

QUISTO PERICÁRDICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C Sousa, M Jacob, M Sucena

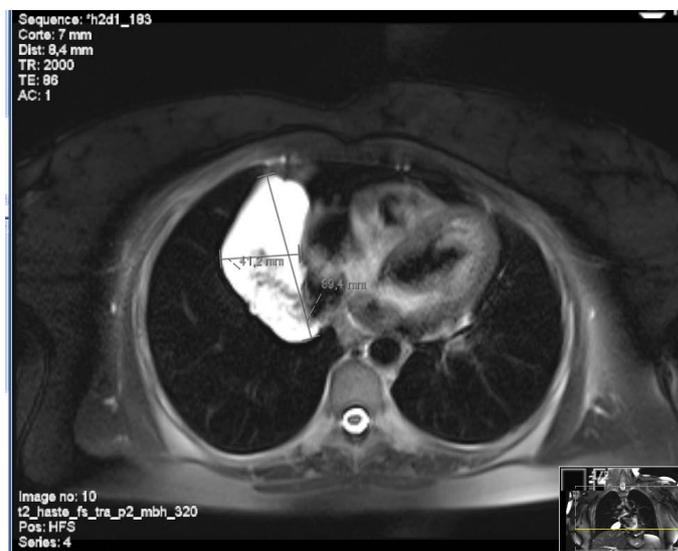
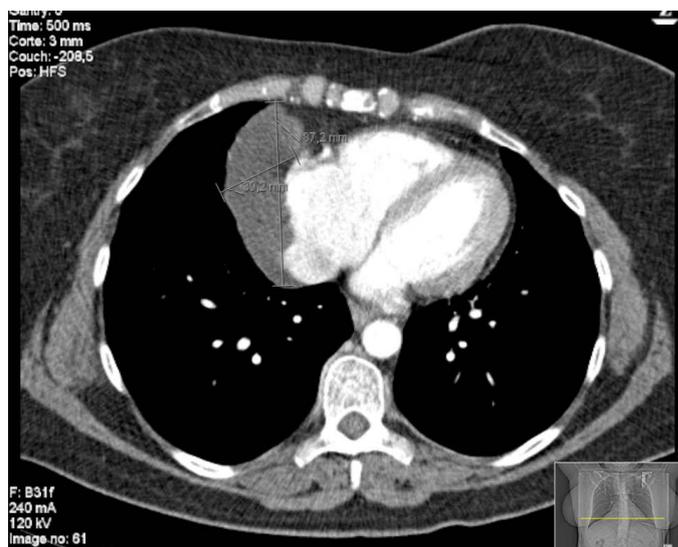
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, Porto

Palavras-chave: Quisto pericárdico, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética

Introdução: Os quistos pericárdicos são raros (incidência de 1/100000), benignos e na maioria dos casos congénitos. Localizam-se predominantemente ao nível do ângulo cardiofrênico (direito em 70%; esquerdo em 22%). Habitualmente são assintomáticos (50-75%), sendo diagnosticados acidentalmente em exames de imagem. Os quistos assintomáticos devem ser abordados conservadoramente.

Caso Clínico: Mulher, 55 anos, ex-fumadora (35 UMA), sem outros antecedentes de relevo. Referenciada à consulta de pneumologia após episódio isolado de hemoptises de pequeno volume, dispnéia de esforço (mMRC 2) e toracalgia direita intermitente com cerca de seis meses de evolução. O exame objetivo era normal. Sem insuficiência respiratória em repouso (pO₂ 90.9mmHg). Avaliação analítica não revelou alterações, incluindo marcadores de patologia cardíaca e doença auto-imune. Não apresentava eosinofilia. Eletrocardiograma e avaliação funcional pulmonar eram normais e não foram detetadas alterações na broncofibroscopia. Sem isolamentos microbiológicos de relevo em colheita de secreções brônquicas, lavado brônquico e lavado broncoalveolar. À radiografia torácica com imagem hiperdensa e arredondada, no ângulo cardiofrênico direito. Para esclarecimento desta imagem realizou tomografia computadorizada torácica que mostrou formação quística com 33x87x40mm (LxAPxT) no ângulo cardiofrênico direito sugestiva de quisto pericárdico. Ecocardiograma transtorácico era normal. Ressonância magnética torácica confirmou a presença de formação quística ao nível do ângulo cardiofrênico direito compatível com o diagnóstico de quisto pericárdico. Referenciada a Cirurgia Torácica para exérese do quisto pericárdico por cirurgia torácica assistida por vídeo.

Discussão: Apesar de habitualmente assintomáticos os quistos pericárdicos podem apresentar-se com dispnéia, toracalgia, palpitações, tosse persistente e mais raramente com hemoptises, febre ou pneumotórax. Quando sintomáticos a ressecção do quisto por cirurgia torácica é a abordagem preferencial.





PC 023

ABORDAGEM CONSERVADORA DE LACERAÇÃO TRAQUEAL IATROGÉNICA EM CIRURGIA ELETIVA

AR Costa, D Silva, J Silva, R Barata, J Reis, A Mineiro, J Cardoso, P Calvinho, J Fragata
Hospital Santa Marta

Palavras-chave: laceração traqueal, tratamento conservador, entubação orotraqueal

A laceração traqueal iatrogénica é uma condição rara e potencialmente fatal quando não diagnosticada atempadamente. A incidência na última década relacionada com entubação orotraqueal estima-se entre os 0.05% e 0.37%.

Descrevemos o caso de uma mulher de 77 anos submetida a entubação orotraqueal por colecistectomia laparoscópica eletiva que ao 2º dia de pós-operatório inicia quadro de enfisema subcutâneo e pneumomediastino extenso. A TAC de tórax diagnosticou uma laceração traqueal de cerca de 3 cm e a broncofibroscopia confirmou presença de laceração da porção membranosa da traqueia com protusão do esófago.

A doente manteve-se clinicamente estável pelo que se optou por manter tratamento conservador, com instituição de antibioterapia empírica pelo risco de mediastinite, alimentação por sonda nasogástrica, e vigilância, com cicatrização traqueal completa após 1 mês. Como complicação da colecistectomia laparoscópica, a doente desenvolveu uma evisceração de intestino delgado pela porta umbilical. Houve necessidade de intervenção cirúrgica para enterectomia segmentar, realizada sob anestesia local, de modo a evitar uma nova entubação orotraqueal.

Apesar do tratamento cirúrgico e endotraqueal serem abordagens a considerar, o tratamento conservador é uma opção válida e eficaz mesmo no caso de lacerações traqueais extensas em doentes clinicamente estáveis.

PC 024

AMILOIDOSE PULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA DO PULMÃO EM ESTADIO AVANÇADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

AR Costa, J Silva, R Barata, J Reis, P Calvinho, J Fragata
Hospital Santa Marta

Palavras-chave: Amiloidose pulmonar, diagnóstico diferencial, biópsia cirúrgica

A amiloidose pulmonar é uma forma rara de apresentação de amiloidose correspondendo a cerca de 20% dos casos. O atingimento pulmonar pode-se dar na forma traqueobrônquica, nodular ou alveolar-septal difusa. A amiloidose nodular é normalmente localizada, traduzindo a segunda forma de apresentação pulmonar mais frequente, habitualmente caracterizada por nódulo solitário do pulmão, mais frequente em homens a partir dos 60 anos. Descrevemos o caso de um homem de 76 anos, ex fumador CT 50 UMA, HTA, DM, assintomático, no qual é diagnosticado, por radiografia de tórax de rotina, várias lesões pulmonares bilaterais. A TAC confirmou a presença de múltiplas massas pulmonares e pleurais, a maior com 5 cm, para além de adenopatias mediastínicas, suspeitas de se tratar de uma neoplasia do pulmão metastizada.

Submetido a broncofibroscopia com biópsias transbrônquicas as quais foram inconclusivas, assim como BATT da massa do LSD que revelou tecido necrótico. Realizou EBUS com citologia aspirativa das adenopatias do grupo 4R e 4L cujo exame anatomopatológico revelou apenas alterações compatíveis com gânglios linfáticos reativos. Assim, foi encaminhado à Cirurgia Torácica para realização de biópsia cirúrgica. Foi submetido a biópsia de massa pulmonar do LSD por minitoracotomia subaxilar direita, cuja anatomia patológica confirmou amiloidose pulmonar.

O diagnóstico diferencial entre neoplasia do pulmão e outras patologias, como o caso de condições mais raras como a amiloidose pulmonar, são fundamentais para o correto tratamento do doente. A confirmação histológica deve ser imperativa face a um diagnóstico presuntivo de neoplasia do pulmão em estadio terminal, uma vez que a amiloidose pulmonar nodular é uma condição benigna com um prognóstico excelente a longo prazo.



PC 025

ADENOCARCINOMA MUCINOSO COM IMUNOFENÓTIPO ENTÉRICO ENXERTADO EM MALFORMAÇÃO ADENOMATOIDE QUISTICA

JD Freitas, AL Garcia, R Pancas, J Bernardo
CHUC

Palavras-chave: Adenocarcinoma, malformação adenomatóide quística, imunofenótipo entérico

As malformações adenomatóides quísticas congénitas do pulmão são lesões raras, no entanto, apresentam potencial de transformação maligna sendo diagnosticadas maioritariamente no período pré-natal ou na infância, no entanto, diagnósticos na idade adulta aquando da existência de complicações estão descritos na literatura.

O presente caso clínico apresenta um doente do sexo feminino com 44 anos, que por queixas de tosse seca esporádica, associado a astenia e dispneia de esforço com alguns meses de evolução recorreu ao médico assistente onde foi pedido estudo, em que a TC torácica que descreve lesão com densidade de tecidos moles inserida no epicentro do lobo inferior direito, espiculada, com captação heterogénea de contraste, com um volume de 53x45x37 mm, sem adenopatias mediastino-hilares. A doente realizou broncofibroscopia com biopsias endobrônquicas, em que o resultado anatomopatológico levantou suspeita de hamartoma. Seguidamente realizou PET-TC, que mostrou hiper captação a nível da massa do lobo inferior direito, com um SUV de 7.1, sem outros focos de captação anómala. As provas de função ventilatória não apresentavam alterações. Perante estes achados, foi decidido avançar para biópsia cirúrgica da lesão.

A doente foi então submetida a biópsia excisional da lesão com exame extemporâneo, em cujo o resultado foi tratar-se de provável adenocarcinoma mucinoso. Assim sendo, foi então decidido realizar a lobectomia inferior direita com linfadenectomia mediastínica. O diagnóstico definitivo da peça operatória revelou então tratar-se de um adenocarcinoma mucinoso com padrão acinar e predominantemente lepidico, com imunofenótipo entérico, que aparentemente se desenvolveu em continuidade com o epitélio respiratório observado no hilo. Em continuidade com a neoplasia descrita existiam cavidades revestidas por epitélio ciliado pseudoestratificado, colocando a hipótese do desenvolvimento tumoral se ter dado a partir de uma má formação adenomatóide quística do tipo 1 de Stocker. As células neoplásicas expressavam CK7, CK20 e CDx2, o que reforça a possibilidade de desenvolvimento da malformação adenomatóide quística hilar/brônquica, com imunofenótipo entérico. Os gânglios linfáticos hilares e mediastínicos não apresentavam metastização. A doente apresentava-se então em estadio pT2aNOMO.

Assim, o presente caso, mostra uma patologia congénita com diagnóstico tardio raro, associado a um adenocarcinoma com poucos casos descritos até à data, em que a associação destas duas patologias ainda não está descrita.

PC 026

BOLHA GIGANTE E DESAPARECIMENTO DO PULMÃO DIREITO - BULHECTOMIA OU PNEUMECTOMIA? - A PROPÓSITO DE UM CASO

JS Silva, AR Costa, AR Barata, JE Reis, L Semedo, P Calvinho, J Fragata

Hospital Santa Marta, CHLC

Palavras-chave: Bolha gigante; Enfisema; Pneumectomia; Bulhectomia; Cirurgia Torácica

O enfisema pulmonar é uma doença pulmonar definida por alargamento anormal das vias aéreas distais permanente e com consequente perda de elasticidade pulmonar e destruição dos alvéolos e formação de bolhas no parênquima pulmonar.

Estudos recentes demonstram uma associação entre a gravidade do enfisema e mortalidade respiratória e cardiovascular.

Reportamos um caso de um doente de 41 anos, sexo masculino, ex-fumador, com antecedente de cirurgia de ressecção de bolha gigante à esquerda 6 anos antes e que manteve seguimento em Pneumologia tendo sido referenciado à consulta de pré-transplante pulmonar por agravamento imagiológico à direita, com hipotransparência completa à direita em radiografia torácica (Imagem 1), e agravamento de função respiratória, apesar de se apresentar assintomático do ponto de vista respiratório.

Estudo complementar com TAC torácica identifica bolha enfisematosa gigante, sem ser possível a identificação da parênquima pulmonar saudável em todo o hemicampo pulmonar direito. Estudo com cintigrafia de ventilação/perfusão revelou uma exclusão funcional praticamente completa de todo o pulmão direito. Por ausência de critérios para entrada em lista de transplante pulmonar, foi proposto para cirurgia de pneumectomia direita.

Foi realizada cirurgia por toracotomia direita tendo-se identificado pulmão com bolha gigante a ocupar praticamente o hemitórax inteiro, predominante no lobo superior, e pulmão remanescente comprimido em posição basal. Procedeu-se a ressecção de bolhas com EndoGIA com cargas reforçadas *duet* e após recrutamento consegue-se expansão com sucesso do pulmão restante, com identificação dos lobos médio, inferior e superior restante, pelo que não se procedeu a pneumectomia.

No pós-operatório manteve fuga aérea prolongada com colapso pulmonar com drenagem torácica em passivo e necessidade de aspiração ativa durante quase todo o internamento, que durou 38 dias. Verificou-se cessação de fuga aérea ao 30º de pós-operatório, altura em que inicia quadro de pneumonia com boa evolução com antibioterapia com Piperacilina + tazobactam tendo cumprido 7 dias.

A avaliação pós-operatório, o doente encontra-se assintomático do ponto de vista respiratório e expansão pulmonar completa (Imagem 2) com melhoria dos parâmetros nas provas de função respiratória comparativamente ao pré-operatório.

Em suma, reportamos este caso pela raridade da forma de apresentação e para mostrar a importância da cirurgia de bulhectomia no enfisema severo na preservação de parênquima saudável. A pneumectomia poderia ter um pós-operatório mais curto, no entanto com uma maior morbidade a médio e longo prazo e aumentando também o risco de insuficiência respiratória terminal com necessidade de transplante pulmonar.



PC 027

NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO EM DOENTES COM ANTECEDENTES DE NEOPLASIA: NEOPLASIA PULMONAR PRIMÁRIA OU METASTÁTICA?

M Grafino, J Reis, M Felizardo, MO Fernandes, A Catarino, C Loewenthal, M Pantarotto, F Mascarenhas, F Martelo

Hospital da Luz - Lisboa

Palavras-chave: nódulo pulmonar solitário; cancro do pulmão; cirurgia

Introdução: O nódulo pulmonar solitário (NPS) é um problema clínico comum e em crescimento. O diagnóstico diferencial é amplo e muitas das vezes desafiante. A seleção da melhor estratégia baseia-se na probabilidade de neoplasia e tem em conta as características imagiologias e clínicas, nomeadamente, a história prévia de neoplasia.

Objetivo: Analisar as características do NPS dos doentes com antecedentes de neoplasia. Comparar as lesões metastáticas com os tumores primários do pulmão.

Métodos: Retrospectivamente foram estudados os doentes com NPS e antecedentes de neoplasia submetidos a ressecção pulmonar cirúrgica entre janeiro de 2015 e março de 2017 no Hospital da Luz - Lisboa. Todos os doentes realizaram TC torácica, PET-TC e provas de função respiratória e foram discutidos em reunião multidisciplinar de cancro do pulmão. Foram analisadas as características demográficas, clínicas e imagiologias, o procedimento cirúrgico e a histologia. Foram excluídos os doentes com antecedentes de basalioma cutâneo.

Resultados: Dos 73 doentes com NPS submetidos a cirurgia, 25 (34,2%) apresentaram antecedentes de neoplasia: 8 colo-rectal, 8 mama, 4 pulmão, 4 génito-urinário e 1 sarcoma. Sessenta por cento eram do género feminino e 56% fumadores ou exfumadores. A média de idade foi 70,0±8,9 (50-88) anos. Vinte e um nódulos eram sólidos (6-30mm) e os restantes 4 subsolidos (9-17mm, com componente sólido entre 2-6mm).

A neoplasia primária do pulmão foi o diagnóstico definitivo em 14 doentes (56%) - 11 adenocarcinoma (ADC), 2 carcinoma pavimentocelular (CPC) e 1 carcinoide típico; Metástase em 9 (36%) - 6 colo-rectal, 1 génito-urinário, 1 pulmão (carcinoide atípico) e 1 sarcoma; lesão benigna em 2 - hamartoma e lesão granulomatosa. Nos doentes com antecedentes de cancro do pulmão e segundo tumor primário do pulmão, os diagnósticos foram CPC (histologia distinta da anterior), ADC *in situ* e ADC minimamente invasivo. Nenhum dos doentes com história de neoplasia da mama apresentou lesão metastática. Tendo em conta a suspeita clínica, localização e tamanho da lesão, a cirurgia foi o procedimento diagnóstico em 21 doentes (84%) - 15 com exame extemporâneo. Somente 4 doentes apresentaram diagnóstico prévio à cirurgia.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as lesões primárias e metastáticas, relativamente ao género, idade e tabagismo. Todos os nódulos subsolidos foram lesões pulmonares primárias (3 ADC *in situ* e 1 ADC minimamente invasivo). Relativamente aos nódulos sólidos, 10 foram tumores primários do pulmão e 9 metástases, não se verificando diferenças nas dimensões dos nódulos (18,4±5,9 mm e 14,8±8,1mm, respectivamente). A cirurgia poupadora de parênquima foi mais frequentes nas lesões metastáticas *versus* primárias (2 lobectomias e 7 segmentectomia ou ressecções atípicas *versus* 9 lobectomias e 5 segmentectomia ou ressecção atípica) apesar de não ser estatisticamente significativo (p=0,089).

Conclusão: Integrada na avaliação multidisciplinar, a cirurgia é uma estratégia importante na abordagem diagnóstica e terapêutica do NPS em doentes com neoplasia prévia. O tumor primário do pulmão foi o diagnóstico mais frequente nesta amostra. Não se verificaram diferenças clínicas/demográficas entre as lesões metastáticas e as primárias do pulmão. Todos os nódulos subsolidos foram ADC primários dos pulmão.



PC 028

OXIGÉNIO DE ALTO DÉBITO POR CÂNULA NASAL NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA - EXPERIÊNCIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

FT Lopes, J Rodrigues, F Paula, F Froes, C Bárbara

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

Palavras-chave: insuficiência respiratória aguda, oxigénio alto débito

Introdução: O tratamento com Oxigénio de alto débito por cânula nasal (HFNC) fornece oxigénio aquecido e humidificado a altos débitos. Ajuda a reduzir o espaço morto anatómico, a aumentar a pressão positiva no final da expiração, a reduzir o trabalho respiratório e a melhorar a clearance das vias aéreas com maior conforto para o doente. Os trabalhos realizados até ao momento demonstram que o HFNC é uma modalidade eficaz no tratamento da insuficiência respiratória aguda hipoxémica (IRAH).

Objectivo: Avaliar os resultados do tratamento da IRAH com HFNC em doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudo retrospectivo onde foram incluídos todos os doentes com IRAH tratados com HFNC, admitidos na nossa UCI nos últimos 2 anos (2014-2016).

Resultados: Identificados 24 doentes maioritariamente do sexo masculino (70,8%), com uma idade média de 54,7 anos, dos quais 45,8% tinham patologia pulmonar prévia. O motivo principal para a IRAH foi pneumonia (45,8%, n=11), seguido de exacerbação de doença do interstício pulmonar (n=7), hipertensão pulmonar (n=4), pós-extubação após cirurgia torácica (n=1) e linfangiose pulmonar (n=1). A relação PO₂/FiO₂ basal média foi de 94,7. O HFNC foi eficaz em 50% dos doentes. A maioria dos doentes com pneumonia (63,6%) tiveram alta sem necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Dos 11 doentes que tinham HFNC estabelecido como intervenção terapêutica máxima, nove faleceram. A taxa de mortalidade global foi de 37,5%. Cinco doentes (20,8%) prosseguiram para VMI.

Conclusões: No nosso grupo o tratamento com HFNC na IRAH grave (doentes com relação PO₂/FiO₂ inferior a 100), foi eficaz principalmente nos doentes com pneumonia onde ajudou a prevenir a VMI, sendo uma alternativa à ventilação não invasiva. Aguardam-se estudos de maior calibre que comprovem os nossos resultados e que validem normas de implementação.

PC 029

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO DESMAME VENTILATÓRIO

M Braz, AC Ferreira, A Marques, P Coutinho, Y Martins, F Barata

Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Geral - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: ventilação mecânica invasiva, ventilação não invasiva

Introdução: o desmame ventilatório difícil ocorre em 25% dos doentes nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI), aumentando em doentes com patologia respiratória crónica. A reintubação pode ser necessária em 5 a 25% dos doentes. A ventilação não invasiva (VNI) tem surgido como técnica de desmame ventilatório em doentes intolerantes aos métodos convencionais, em doentes com insuficiência respiratória aguda (IRA) nas 48h após extubação, ou como medida profilática após extubação de doentes em risco de IRA. Nos últimos anos, a VNI consolidou-se como método de desmame, permitindo reduzir a duração da entubação e complicações associadas.

Objectivos: avaliar a utilização de VNI para desmame ventilatório num SMI polivalente.

Material e métodos: estudo transversal e retrospectivo. Recolha efectuada através do programa informático SAM® e PICIS® e tratada estaticamente no IBM®SPSS®22. Foram seleccionados doentes com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) com uso de VNI no período de desmame, excluiu-se o uso de VNI de carácter paliativo. Testes estatísticos usados: U de Mann-Whitney, Wilcoxon e Kruskal-wallis.

Resultados: amostra constituída por 32 doentes, 62,5% homens, com idade média de 71 anos. Com duração média de internamento de 18 dias no SMI (28 em meio hospitalar). Sete doentes (22,6%) faleceram (2 no SMI). Os principais motivos de admissão foram: exacerbação aguda de DPOC (25%), choque séptico de ponto de partida respiratório (18,8%) e pneumonia adquirida na comunidade (15,6%). Cerca de 75% tinham hipertensão arterial, 50% tinham diabetes mellitus tipo 2 e 50% tinham insuficiência cardíaca. A nível respiratório 34,4% tinham DPOC e 25% tinham SAOS. Cerca de 37,5% tinham insuficiência respiratória crónica: 12,5% usavam VNI domiciliária e 12,5% oxigenoterapia de longa duração (OLD). Os scores de gravidade à entrada eram: APACHE II 22 (40,7%) e SAPS II 51 (48,2%).

A duração média de VMI foi 11,6 dias. A principal modalidade de desmame foi a combinação de períodos de pressão de suporte com ventilação espontânea, a duração de desmame prévio à instituição de VNI foi de 6,94 dias. A duração da VNI foi em média 5,38 dias (78,1% instituída de modo preventivo). Oito doentes (25%) foram reintubados, metade destes tinham sido internados por pneumonia, dois tinham doença neuromuscular (um deles com ARDS) e um teve como intercorrência pneumotórax iatrogénico.. Cerca de 52,4% doentes tiveram alta com VNI e 28,6% com OLD. O motivo de internamento e os antecedentes pessoais dos doentes não influenciaram de forma significativa o número de dias de VMI ou de desmame prévio à VNI.

O número de dias de desmame antes de VNI era superior ao de dias após instituição de VNI esta diferença verificou-se estatisticamente significativa (p 0,034).

Conclusão: as doenças/comorbilidades respiratórias nesta amostra eram mais prevalentes, alguns doentes realizavam VNI domiciliário, facilitando a sua adaptação. Nesta amostra há um benefício na instituição de VNI no desmame ventilatório demonstrado pelo menor número de dias em desmame após instituição desta, no entanto isto pode dever-se à melhoria do doente. Para melhor aferir o benefício do uso de VNI são necessários estudos caso-controlo VNI vs. não VNI.

PC 030

GRÁFICO R/V, APLICAÇÃO NO QUOTIDIANO CLÍNICO

M Pereira, R Staats, T Pequito, A Lutas, S Furtado

Hospital da Luz

Palavras-chave: Provas de Função Respiratória, Pletismografia Corporal Total, Resistência das Vias Aéreas, Volumes Pulmonares

Introdução: A Pletismografia Corporal Total (PCT) é atualmente um dos métodos mais utilizados nos laboratórios de função respiratória para a avaliação da resistência das vias aéreas (R_{aw}) e dos volumes pulmonares, princípios essenciais para a compreensão da patologia respiratória e não mensuráveis através da espirometria simples.

No entanto, apesar de existir uma estreita relação entre estes parâmetros, estes não são habitualmente representados e interpretados conjuntamente.

Neste sentido, foi criado o gráfico *Resistance-Volume* (R/V), no qual é possível interpretar e avaliar com maior detalhe as variações da R_{aw} e dos volumes pulmonares durante o ciclo respiratório, através da R/V *loop*.

Objetivos: Determinar o impacto da utilização do gráfico R/V e os seus parâmetros na prática clínica e a sua correlação com os outros valores obtidos através das provas de função respiratória (PFR).

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo em que foram incluídos aleatoriamente 50 pacientes adultos que realizaram PFR com prova de broncodilatação e com consequente avaliação do gráfico R/V.

A análise estatística foi realizada usando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.

Resultados: A idade média era de 60 ± 16 anos, 42% eram do sexo masculino, com um IMC médio de $28,4 \pm 5,9$ kg/m², dos quais 18% apresentavam excesso de peso e 52% eram obesos.

O valor médio de FEV₁/FVC basal era $0,67 \pm 0,13$, sendo que 66% da amostra apresentava uma alteração ventilatória obstrutiva, de acordo com os critério FEV₁/FVC < 0,70. Após administração de broncodilatador de curta duração, 28% dos pacientes apresentaram uma resposta significativa, de acordo com os critérios ATS/ERS.

A tabela em seguida resume os parâmetros com diferenças estatisticamente significativas entre as categorias expostas:

	Parâmetros PFR clássicos	R/V loop
Alteração ventilatória obstrutiva (FEV₁/FVC < 0,70)	FEV ₁ /FVC; FEV ₁ ; PEF; MEF _{75/25%} ; MEF _{50%} ; ITGV; RV; sR _{tot}	Diff RexM RinM; AreaR/V; Peak to peak; SBE
Excesso de peso/obesidade	FEV ₁ ; FVC; VC; PEF; MEF _{75/25%} ; MEF _{50%} ; ITGV; TLC; R _{tot} ; sR _{tot}	Rex Max; Rex Mean; Rin Max; Rin Mean; AreaR/V; Peak to peak; REFmax; RIFmax; SBE

Após a administração do broncodilatador, os parâmetros Rex Max, Rex Mean, REF max, RIF max, Rin Max demonstraram diferenças estatisticamente significativas.

Discussão/Conclusão: A abordagem inicial envolvendo a análise do gráfico R/V e seus parâmetros permitiu verificar que existe um possível valor preditivo de alguns padrões para a deteção de patologia obstrutiva das vias aéreas e na justificação de dificuldade ventilatória em doentes obesos. Foi possível igualmente correlacionar as diferenças da R/V *loop* na reversibilidade da limitação ao fluxo expiratório (e inspiratório) em resposta ao broncodilatador. Este método de análise e interpretação da PCT, apesar de promissor, necessita de um maior número de estudos, especialmente focados no padrão das R/V *loop*.

PC 031

TRAQUEOSTOMIA: QUANDO? UMA QUESTÃO AINDA EM DEBATE - EXPERIÊNCIA DE DOIS ANOS NUMA UCI POLIVALENTE

MV Castanho, S André, JC Caminha

Hospital Geral de Santo António

Palavras-chave: Traqueostomia, pneumonia associada ao ventilador

A traqueostomia (TQ) é um procedimento invasivo, indicado em doentes com insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica (VM) prolongada.^{1,2}, podendo ser realizada por técnica percutânea ou cirúrgica. Tem ganho importância crescente nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por facilitar a *toilette* pulmonar, permitindo a drenagem das secreções brônquicas; melhorar o conforto do doente, com doses mais baixas de sedo-analgésia, e reduzir o tempo de desmame ventilatório, com repercussão na duração do internamento em UCI^{1,3}.

O momento ideal para a realização da TQ não é, actualmente, consensual. As *guidelines* recomendam a realização da TQ quando se antecipa uma duração da VM > 21 dias. Posteriormente, vários ensaios clínicos com amostras pequenas procuraram estabelecer se existia disparidade nas taxas de mortalidade ou pneumonia nosocomial, com procedimento precoce ou tardio (ponto de corte 10 dias).³

Realizou-se um estudo de coorte epidemiológico retrospectivo, tendo sido revistos os doentes submetidos a TQ numa UCI terciária do Porto entre Janeiro/2015 e Dezembro/2016.

Foram analisados dados demográficos, bem como as indicações para a TQ, *timing* do procedimento, duração da VM, do internamento na UCI e no hospital. Foram ainda estudadas a incidência de pneumonias pré e pós-procedimento, o modo ventilatório à data da alta da UCI e a taxa de mortalidade.

O estudo inclui 38 doentes, 68,4% homens, com idade média de $62,4 \pm 13,7$ anos. A mediana da duração da VM pré-TQ foi 15,5 dias (variando entre 2- 32 dias). Na maioria dos casos (63%), o procedimento foi realizado após o 10º dia de VM (11º-20º dia).

Num número significativo de doentes (n = 9), a principal indicação para a TQ foi a necessidade de protecção da via aérea, nomeadamente em doentes neurocríticos, com lesões neurológicas moderadas a graves (Escala Coma de Glasgow < 8).

A incidência de infecção foi aproximadamente 50%; Registraram-se 20 casos de pneumonia associada ao ventilador (VAP) pré (52,6%) e 11 pós-procedimento (28,9%).

A duração do internamento na UCI pós procedimento foi 9,8 dias (26 doentes tiveram alta em ventilação espontânea e 6 em modo de suporte). A taxa de mortalidade global foi 28,9%, tendo 8 dos 11 óbitos ocorrido na UCI (os restantes na enfermaria ou na Unidade de Cuidados Intermédios).

Os resultados estão de acordo com a literatura, mostrando que a realização da TQ permite progredir no desmame ventilatório, o que se reflecte no número significativo de doentes em ventilação espontânea à data de alta da UCI. A diminuição da demora média do internamento repercute-se na redução das taxas de infecção respiratória. Verificou-se que os doentes em que se prevê VM > 10 dias serão provavelmente os que mais beneficiam da realização precoce da TQ com o intuito de diminuir as taxas de infecção nosocomial.

¹ Regan K, Hunt K. Tracheostomy management. *Contin Educ Anaesthesia, Crit Care Pain*. 2008;8(1):31-35. doi:10.1093/bjaceaccp/mkm049.

² Young D, Harrison D a, Cuthbertson BH, Rowan K. Effect of Early vs Late Tracheostomy. *Jama*. 2013;309(20):2121-2129. doi:10.1001/jama.2013.5154.

³ Engels PT, Bagshaw SM, Meier M, Brindley PG. Tracheostomy: From insertion to decannulation. *Can J Surg*. 2009;52(5):427-433.



PC 032

COMPARAÇÃO DO VALOR DE FEV1 DE CINCO EQUAÇÕES DE REFERÊNCIA: ECSC 71|83|93, NHANES E GLI

M Fernandes, M Silva, S Moreira, D Escalera, R Staats, J Valença, A Barros, C Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: espirometria, equações de referência

Introdução: A espirometria desempenha um papel fundamental na avaliação da função pulmonar. Em 2012, com a publicação da equação de referência da Global Lungs Initiative (GLI), a discussão das equações escolhidas por cada laboratório voltou a estar no centro das atenções.

Objetivos: Comparar o valor de FEV1 de diferentes equações de referência disponíveis, nomeadamente European Community for Steel and Coal (ECSC) 71|83|93, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III e GLI.

Métodos: Foram escolhidos de forma retrospectiva espirometrias de 30 indivíduos (63% homens), com idade entre 51 e 82 anos, que cumpriam os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade. Foi calculada a percentagem do volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1) usando todas as equações mencionadas. Por uma questão de uniformização da amostra foram escolhidos apenas doentes com obstrução brônquica (FEV1/FVC<0,7).

Resultados: Quando comparadas as 5 equações, apenas os resultados entre GLI e ECSC 71 não são significativamente diferentes (*pairwise t-tests*, $p<0,05$). Ao comparar a gravidade da obstrução, classificada de acordo com a percentagem de obstrução prevista (critérios ERS/ATS de 2005), verificou-se que os resultados entre ECSC 83 e 93 são muito semelhantes. No entanto, ambos foram estatisticamente diferentes de GLI (testes Wilcoxon *pairwise*). Não houve diferenças significativas entre NHANES III e as outras metodologias.

Discussão: Como as equações produzem valores de FEV1 previsto significativamente diferentes, a classificação da obstrução resultante também será diferente. Portanto, é fundamental que todos os relatórios indiquem claramente a equação utilizada, até que os laboratórios concordem com a equação padrão a ser usada.

PC 033

DETERMINANTES DO USO INADEQUADO DOS INALADORES NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A Duarte-de-Araújo^{1,2,3}, P Teixeira^{1,2}, C. Durães³, Figueiredo³, V Hespagnol^{4,5}, J Correia-de-Sousa^{1,2,6}

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

Palavras-chave: DPOC; técnica inalatória

Introdução: Na DPOC, o uso adequado dos inaladores é um dos principais fatores de sucesso terapêutico. Género, idade, escolaridade e severidade da doença são determinantes relacionados com o doente para uma correta técnica inalatória.

Objetivo: Avaliar que características demográficas, clínicas ou funcionais conseguem prever uma adequada técnica inalatória.

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

Resultados: Foram estudados 295 indivíduos (76,9% homens, idade média=67,7 anos) realizando um total de 510 manobras inalatórias. Dez tipos de DIs foram examinados, e 47,5% das inalações tiveram pelo menos um passo incorretamente realizado. Em 149 (29,2%) demonstrações foram observados erros críticos: 52,9% com pMDIs, 23,3% com sDPIs, 26,2% com mDPIs e 27,5% com o SMI Respimat®. No grupo mDPI, os erros críticos variaram entre 16,1% com o Ellipta® e 35,1% com o Turbohaler®. Em geral, uma técnica inalatória incorreta foi relacionada à preparação do DI em 6,9%, à inalação em 13,1% e a ambas em 9,2%. Não se encontrou correlação com significado estatístico entre o número de passos corretamente executados ou o número de erros críticos e rendimento auferido, tipologia de área de residência (TIPAU 2014), FEV₁, pontuação do CAT, grau de dispneia mMRC, estadios 1 a 4 ou grupos ABCD, GOLD 2017. Encontrou-se no entanto correlação com significado estatístico entre o número de passos corretamente executados e idade do doente ($p=.032$), género ($p=.005$), escolaridade ($p=.002$) e score de Graffar ($p=.030$). Também se encontrou correlação estatisticamente significativa entre o total de erros críticos e idade ($p=.023$) e género ($p=.000$). Os doentes mais novos, do género masculino, com maior escolaridade e melhor nível socioeconómico demonstraram melhor técnica inalatória.

Conclusões: Apesar dos significativos melhoramentos a nível dos inaladores nos últimos anos, a manipulação incorreta permanece um problema atual. O ensino e follow-up da técnica inalatória deve ser reforçado nas mulheres, nos doentes mais idosos, com menor grau de escolaridade e pior nível socioeconómico.



PC 034

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: FENÓTIPO INCUMPRIDOR?

A Duarte-de- Araújo^{1,2,3}, P Teixeira^{1,2}, C Durães³, M Figueiredo³, V Hспанhol^{4,5}, J Correia-de- Sousa^{1,2,6}

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

Palavras-chave: DPOC; adesão ao tratamento

Introdução e objetivos: A má adesão à medicação é atualmente considerada um importante problema de saúde. A adesão à terapêutica inalatória prescrita na DPOC é desconhecida no nosso meio, e a sua caracterização é o objetivo do presente estudo.

Métodos: Doentes com DPOC diagnosticada de acordo com os critérios do GOLD e idade ≥ 40 anos foram incluídos sequencialmente. A todos foi aplicado um inquérito demográfico, socioeconómico e clínico, bem como o MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos) e o BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire, com adaptação transcultural). Foi posteriormente realizada análise estatística usando o IBM SPSS Statistics for Windows, versão 22.0.

Resultados: Foram estudados 314 participantes (idade média = 67,7 anos, 78% homens), 79,6% residindo em áreas predominantemente urbanas, 88,1% referindo baixa escolaridade (≤ 6 anos) e 65,3% baixos rendimentos ($< 530\text{€}$). Foram considerados não-aderentes à terapêutica inalatória prescrita 16,3% dos inquiridos. Idade, género, escolaridade, rendimento económico e classificação social de Graffar não se relacionam estatisticamente com o grau de adesão. Não se encontrou associação com significado estatístico entre adesão e número de agudizações referidas. Encontrou-se associação com significado estatístico entre obstrução (FEV₁%) e adesão ($p=0,000$), aumentando a adesão com o grau de obstrução. A adesão aumenta igualmente com o grau de obstrução GOLD 1 a 4, não tendo significância estatística a relação entre adesão e grupos ABCD, GOLD 2017. Foi também encontrada associação com significado estatístico entre adesão e hábitos tabágicos atuais (25% dos fumadores e 14,6% dos ex-fumadores ou não fumadores foram não-aderentes, $p=0,040$). A regressão logística binária indica uma chance 2,4 vezes maior de os fumadores ativos serem não-aderentes, controlando a idade, género, escolaridade, mMRC e o FEV₁. A média da pontuação da escala de necessidades do BMQ foi maior nos pacientes aderentes (20,59/15,58, $p=0,000$), sendo a média da pontuação da escala de preocupações similar (10,80/10,63, $p=0,825$).

Conclusões: A adesão está relacionada com a perceção da necessidade e com a gravidade funcional da doença. O doente não aderente é geralmente um doente que mantém hábitos tabágicos, que tem menor grau de obstrução e menor perceção da necessidade da medicação.

PC 035

INTERNAMENTOS POR DPOC AGUDIZADA NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E DE MEDICINA INTERNA - CASUÍSTICA HOSPITAL DE BRAGA

MJ Araújo, F Aguiar, R Pereira, J Lages, AL Vieira, L Ferreira
Hospital de Braga

Palavras-chave: DPOC agudizada, Comorbilidades, Hospitalização, Mortalidade

Introdução: As exacerbações da DPOC são eventos importantes no controlo da doença, uma vez que afetam negativamente o estado de saúde, as taxas de hospitalização, reinternamento e a progressão da doença.

Objetivos: Comparar o perfil do doente com DPOC internado por exacerbações agudas no Serviço de Pneumologia e no Serviço de Medicina Interna.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes internados por exacerbações da DPOC no Serviço de Pneumologia e no Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga no ano de 2016.

Resultados: Identificaram-se 113 doentes internados por DPOC agudizada, dos quais 61 (54%) ficaram no Serviço de Pneumologia e 52 (46%) ficaram no Serviço de Medicina Interna. A média de idades dos doentes internados no Serviço de Pneumologia foi significativamente menor que a dos doentes internados na Medicina Interna (71,5 \pm 12,6 vs 80,3 \pm 7,3; $p<0,001$), com um predomínio do sexo masculino tanto na Pneumologia (77%) como na Medicina Interna (57,7%). Dos doentes internados no Serviço de Pneumologia, 68,9% tinham o diagnóstico de DPOC confirmado por espirometria, sendo que na Medicina Interna 55,8% tinham uma espirometria a confirmar o diagnóstico. As comorbilidades mais frequentes identificadas nos doentes internados no Serviço de Pneumologia foram as bronquiectasias (54,1%), insuficiência cardíaca (47,5%), diabetes mellitus (26,2%), neoplasias (16,4%), doença renal crónica (13,1%) e síndrome da apneia obstrutiva do sono (11,5%). No Serviço de Medicina Interna foram a insuficiência cardíaca (67,3%), bronquiectasias (23,1%), diabetes mellitus (21,1%), doença renal crónica (17,3%), neoplasias (13,4%) e asma (11,5%).

78,7% dos doentes internados na Pneumologia estavam medicados no domicílio com terapêutica tripla (corticoesteróide, agonista b2 de longa duração e anticolinérgico de longa ação inalados) e 65,6% tinham insuficiência respiratória crónica. No Serviço de Medicina Interna 30,8% dos doentes estavam medicados com terapêutica tripla e 25% tinham insuficiência respiratória crónica. Existe uma associação estatisticamente significativa entre a presença de insuficiência respiratória crónica e o local de internamento ($p<0,001$).

Relativamente às exacerbações, 40 (65,6%) doentes internados na Pneumologia tinham tido pelo menos uma exacerbação no ano anterior, sendo que desses, 30 (80%) tinham precisado de internamento. Nos doentes internados na Medicina Interna, 30 (57,7%) tinham tido pelo menos uma exacerbação no ano anterior, e 15 (53,6%) precisaram de internamento.

No Serviço de Pneumologia, o tempo médio de internamento foi de 12,03 dias, e a mortalidade intrahospitalar de 4,9%. No Serviço de Medicina Interna, o tempo médio de internamento foi de 8,94 dias, com uma mortalidade intrahospitalar de 9,6%. Não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois serviços no tempo médio de internamento ($p=0,147$) e na mortalidade intrahospitalar ($p=0,332$).

Conclusão: O perfil do doente internado por exacerbação de DPOC nos dois serviços é diferente, no entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois serviços na mortalidade intrahospitalar nem no tempo de internamento. A mortalidade global nestes doentes está de acordo com o esperado na literatura. A existência de espirometria nestes doentes é menor que o desejável.



PC 036

HOSPITALIZAÇÕES POR EXACERBAÇÃO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

J Ferra, S André, F Nogueira

Hospital Egas Moniz

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica, exacerbações, comorbilidades, resultados microbiológicos

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) acarreta um impacto significativo na morbidade e mortalidade, sendo que a sua exacerbação constitui uma causa frequente de admissão no Serviço de Urgência (SU) e internamento hospitalar. A DPOC é uma patologia que se acompanha de outras comorbilidades que contribuem para a gravidade global da doença.

Objetivo: Os autores pretenderam caracterizar retrospectivamente as hospitalizações no grupo de doentes com exacerbações de DPOC que recorreram ao SU do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) durante o primeiro semestre de 2015.

Material e métodos: Os dados foram recolhidos através das plataformas informáticas HCIS (*Health Care Information Systems*) e SAM (Sistema de Apoio ao Médico). Foram incluídos os doentes com os diagnósticos de saída relacionados com DPOC e com este diagnóstico nos antecedentes pessoais, admitidos com clínica de exacerbação e que necessitaram de internamento. Avaliados dados demográficos (sexo e idade), espirometria realizada no CHLO durante o seguimento e respetiva classificação GOLD, oxigenoterapia e/ou ventiloterapia crónica, comorbilidades (nomeadamente hipertensão arterial, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, diabetes mellitus, doença renal crónica e alcoolismo) e dados relativos à exacerbação (antibióterápia, corticoterapia sistémica, valores gasométricos iniciais, resultados de exame microbiológico de expetoração)

Resultados: obtivemos total 110 doentes, dos quais 19 foram internados (17.3%): 3 em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), 6 no Serviço de Pneumologia e os restantes no Serviço de Medicina. Os doentes internados tinham idades compreendidas entre 43 e 89 anos (70 ± 12 anos); 73.7% do sexo masculino.

Os resultados espirométricos foram obtidos em 73.7%: GOLD2: 35.9%; GOLD3: 42.5%; GOLD4: 21.6%. 31.6% faziam oxigenoterapia e 15.7% faziam oxigenoterapia e ventiloterapia.

Relativamente à análise das comorbilidades, 36.8% tinham 3 ou mais comorbilidades, nomeadamente: HTA 68.4%; fibrilhação auricular 15.8%; insuficiência cardíaca 15.8%; cardiopatia isquémica 10.5%; alcoolismo 26.3%; doença renal crónica 15.8%, diabetes mellitus 5.2%.

Foi prescrita antibióterápia em 89.5% e corticoterapia sistémica em 68.4%. Foi realizado exame microbiológico da expetoração em 52.6%, com resultado positivo em 15.8% destes, sendo *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae* os mais frequentes. 52.4% tinha hipoxemia (ajustada à idade), 20.9% $pCO_2 > 45$ mmHg e 15.7% tinha $pH < 7.34$.

Conclusão: A análise da população do estudo revela que, apesar do número reduzido da amostra, a maioria dos doentes internados apresentavam um FEV1 < 50%. Um número significativo de doentes apresentava 3 ou mais comorbilidades, contribuindo para a gravidade global da doença. A doença cardiovascular, doença renal crónica e alcoolismo são as mais prevalentes no grupo analisado, sendo que estas patologias podem estar associadas a uma maior necessidade de internamento. A maioria das exacerbações foram de causa infecciosa, contudo apenas foi realizado exame microbiológico de expetoração em cerca de metade dos doentes. Uma percentagem significativa não foi medicado com corticoterapia sistémica, dado que merece alguma reflexão face às recomendações atuais. Estes dados devem ser corroborados com grupos de maiores dimensões, o que faz parte do objetivo dos autores.

PC 037

EXACERBAÇÕES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - TEREMOS ALGO A APRENDER COM A REALIDADE?

J Ferra, S André, F Nogueira

Hospital Egas Moniz

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica, exacerbações, serviço de urgência, terapêutica de manutenção, terapêutica de exacerbação

Introdução: As exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) são frequentes e estão associadas a uma degradação do estado basal, representado um consumo importante dos recursos de saúde. A caracterização das exacerbações que motivaram recurso ao Serviço de Urgência (SU) permite refletir sobre a prática clínica.

Objetivo: Os autores pretendem caracterizar retrospectivamente as exacerbações de DPOC nos doentes que recorreram ao SU do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO) no primeiro semestre de 2015.

Material e métodos: Os dados foram recolhidos através das plataformas informáticas HCIS (*Health Care Information Systems*) e SAM (Sistema de Apoio ao Médico). Foram incluídos doentes com os diagnósticos de saída relacionados com DPOC e com este diagnóstico nos antecedentes pessoais, admitidos com clínica de exacerbação. Avaliados dados demográficos (sexo e idade), espirometria realizada no CHLO durante o seguimento e classificação GOLD, terapêutica de manutenção, oxigenoterapia e/ou ventiloterapia, comorbilidades e dados relativos à exacerbação (antibióterápica, corticoterápica, valores gasométricos iniciais, microbiologia de expetoração, hospitalização e mortalidade).

Resultados: Incluídos 110 doentes com idades entre 43 e 94 anos (72±12 anos), 61.8% do sexo masculino.

Resultados espirométricos obtidos em 57.3%: GOLD1: 11.1%; GOLD2: 41.3%; GOLD3: 31.7%; GOLD4: 15.9%. Terapêutica de manutenção: 45.5% LAMA+LABA+ICS, 21% ICS+LAMA, 19.1% LABA+LAMA, 7.2% LAMA, 3.6% LABA, 3.6% não faziam terapêutica farmacológica; 30% estavam sob oxigenoterapia e 10.9% sob ventiloterapia e oxigenoterapia. Relativamente às comorbilidades 32.6% tinham 3 ou mais, sendo as mais frequentes: HTA 46.4%, fibrilhação auricular 9.1%, insuficiência cardíaca, 12.7%, cardiopatia isquémica 15.5%, diabetes mellitus 15.5%; doença renal crónica 5.5%, alcoolismo 7.3%.

Foi prescrita antibióterápica em 59.1% dos doentes e corticoterápica sistémica em 48.2%. Realizado exame microbiológico da expetoração em 18.2%; destes, 45% tiveram um resultado positivo, sendo *Haemophilus influenza* o mais frequente.

Na gasometria inicial, 52.7% apresentavam hipoxemia (ajustada à idade), 45.5% pCO₂>45mmHg e 14.4% pH<7.34. 17.3% foram internados (3 em Unidade de Cuidados Intensivos); 2.7% de óbitos durante o internamento.

Conclusões: A idade avançada parece ser um fator associado ao recurso ao SU por exacerbação. O FEV1 não parece estar diretamente relacionado com a ocorrência de exacerbações que motivem o recurso ao SU. A terapêutica de manutenção, com inclusão de ICS em 66.5% dos doentes poderá corresponder efetivamente a um grupo de exacerbadores e estar de acordo com as recomendações atuais. O facto de a terapêutica com associação LABA+LAMA não estar ainda generalizada na altura referente à recolha de dados deve ser tido em conta na análise do estudo. O elevado número de doentes sob oxigenoterapia e ventiloterapia corrobora a gravidade dos mesmos.

A maioria dos doentes teve critérios para alta hospitalar o que permite especular que um sistema de monitorização domiciliária ou nos cuidados de saúde primários para os doentes com DPOC poderia ser adequado, reduzindo idas ao SU. Um número considerável de doentes necessitou de internamento (17.3%), estando próximo do que se encontra na literatura disponível (16%).

As exacerbações correspondem a um evento com impacto na mortalidade da DPOC; os autores consideram importante a reflexão sobre os aspetos da prática clínica diária, de forma a melhorar a prevenção e tratamento das mesmas.



PC 038

O PAPEL DO EBUS-TBNA NO CANCRO DO PULMÃO - EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE BRONCOLOGIA

FT Lopes¹, A Dias¹, T Abreu^{1,2}, L Mota^{1,2}, J Semedo^{1,2}, C Bárbara¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: cancro do pulmão, massas mediastínicas

Introdução: A aspiração por agulha transbrônquica guiada por ecografia endobrônquica (EBUS-TBNA) é uma ferramenta minimamente invasiva utilizada para o diagnóstico e estadiamento do cancro do pulmão (CP) assim como na investigação de adenopatias ou massas mediastínicas. O objectivo do nosso estudo foi caracterizar todos os doentes submetidos a EBUS-TBNA na nossa Unidade nos últimos 4,5 anos.

Métodos: estudo retrospectivo dos doentes submetidos a EBUS-TBNA na nossa Unidade entre janeiro de 2012 e junho de 2016. Os motivos para a realização de EBUS-TBNA foram adenopatias (>10mm) na TC, adenopatias positivas na tomografia de emissão de positrões ou a existência de massas positivas.

Resultados: Foram submetidos a EBUS-TBNA 141 doentes, dos quais 66,7% eram do sexo masculino. A idade média foi de 62,6 anos. O EBUS-TBNA foi positivo em 70 doentes: 49 CP não pequenas células, 7 carcinomas de origem desconhecida, 4 sarcomas, 3 CP pequenas células, 1 tuberculose, 1 tumor carcinóide típico, 1 mesotelioma e 4 metástases de tumores extra-pulmonares. O número médio de passagens foi de 3,7, sendo as estações mais frequentemente puncionadas a 7 (42,9%) e a 4R (29,2%). Vinte e dois doentes apresentaram gânglios linfáticos com menos de 10 mm diâmetro, dos quais 27,2% tiveram um diagnóstico positivo. A rentabilidade diagnóstica das massas mediastínicas foi de 62,5%. Quinze doentes foram submetidos a mediastinoscopia ou cirurgia. Destes, 5 tiveram um resultado coincidente com o EBUS-TBNA, 7 foram falsos positivos e 3 foram falsos negativos.

Conclusão: EBUS-TBNA continua a ser uma técnica segura e valiosa no diagnóstico e tratamento do CP. Os resultados falsos positivos poderão ser explicados pela realização de quimioterapia neo-adjuvante, muitas vezes indicada em doença N2 prévia à cirurgia. Os gânglios linfáticos < 10mm foram positivos em 27,2% dos casos, o que sugere que a punção destes gânglios poderá ser útil.

PC 039

A IMPORTÂNCIA DO LAVADO BRONCOALVEOLAR NA IDENTIFICAÇÃO MICROBIANA

V Firmino, P Ulisses, P Ferreira

IPO - Lisboa

Palavras-chave: Lavado broncoalveolar, microbiana

Introdução: O lavado broncoalveolar (LBA) é um procedimento realizado através da broncoscopia, que permite obter amostras das vias aéreas distais. A utilidade clínica do estudo do LBA tem sido constantemente um foco de controvérsia, em grande parte pelas dificuldades na standardização do método, no entanto atualmente a sua utilidade é reconhecida não só na investigação mas na prática clínica.

Objetivos: *Primário:* identificar os agentes microbianos nos doentes submetidos a broncoscopia com realização de lavado broncoalveolar. *Secundários:* Identificar a classe microbiana predominante; Correlação entre os resultados obtidos no LBA e no exame microbiológico das secreções brônquicas;

Método: Foi realizado um estudo descritivo, com base na análise de conteúdo de processos clínicos referentes ao período compreendido entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016. A amostra abrangeu doentes oncológicos e não oncológicos com intercorrência infecciosa clínica e radiologicamente documentada, que foram propostos para broncoscopia com realização de LBA.

Resultados: Foram efetuadas 132 broncoscopias com realização de LBA. Dos 132 doentes, 84 (63,7%) apresentavam neoplasia hematológica, com predomínio do linfoma. As alterações radiológicas predominantes foram a condensação (n=42, 32%) e o infiltrado pulmonar (n=49, 37%). Relativamente aos achados endoscópicos, a maioria apresentava um exame sem alterações (n=48, 36%), seguido de hiperémia da árvore traqueobrônquica (n=32, 24%).

No LBA houve um predomínio de identificação de vírus, com isolamento de mais do que um agente viral. O exame microbiológico das secreções brônquicas reportou que a maioria dos agentes isolados pertencia à classe dos fungos, sendo seguido pelas bactérias, destacando-se um isolamento mínimo de vírus. Em apenas 25 isolamentos (42%) houve concordância entre os resultados obtidos no LBA e no exame microbiológico das secreções brônquicas.

Conclusão: Este estudo demonstra a importância do lavado broncoalveolar, para além do exame cultural das secreções brônquicas, na identificação da população microbiana, com predomínio do isolamento de vírus, permitindo assim a instituição de terapêutica dirigida.



PC 040

LAVADO BRONCOALVEOLAR: SUA UTILIDADE NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS PULMONARES DIFUSAS - ESTUDO RETROSPECTIVO EM 10 ANOS

S Lucas*, CB Forte**, J Boléo-Tomé***, F Rodrigues***

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro; **Serviço de Pneumologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal; ***Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Palavras-chave: Lavado Broncoalveolar; Doenças Pulmonares Difusas

O lavado broncoalveolar (LBA) consiste num procedimento realizado durante a broncoscopia em que se introduz soro fisiológico estéril num dos segmentos distais do pulmão, recolha e posterior análise dos componentes celulares e não celulares da superfície das vias aéreas inferiores. Permite obter informações sobre o mecanismo de inflamação de várias patologias podendo auxiliar no diagnóstico das doenças difusas do parênquima pulmonar (DDP).

Objetivo: Verificar a rentabilidade dos LBA realizados em doentes com suspeita de DDP que tenham realizado exame endoscópico com biópsia pulmonar transbrônquica (BPTB).

Métodos: Estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos com avaliação de dados demográficos, exames de imagem, relatórios endoscópicos, resultados analíticos, microbiológicos e anatomo-patológicos de doentes com suspeita de DDP, submetidos a LBA e BPTB entre janeiro de 2007 e maio de 2017.

Resultados: Foram incluídos no estudo 144 doentes, com uma média de idades de 58 anos e com 72 doentes de cada género (50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino). A maioria dos doentes (77%) eram não fumadores e apenas 21 doentes (14,6%) apresentavam história de exposição.

Foram realizadas 144 broncofibroscopias. A maioria não apresentava alterações endoscópicas sendo o local preferencial de realização do LBA o lobo médio (84%). Na maioria dos casos (89,6%) foram instilados 150 ml de soro fisiológico estéril aquecido (3 seringas de 50 ml) com recuperação média de 82 ml. Em 7 doentes (4,8%) não se conseguiu a realização do LBA ou recuperação superior a 30 ml. As amostras foram enviadas sequencialmente para exame microbiológico, citológico e estudo de populações linfocitárias.

Em 32 doentes (22,2%) a BPTB permitiu o diagnóstico final. Nestes doentes o LBA foi consistente com o diagnóstico em 13 doentes (40,6%), sendo que a relação CD4/CD8 foi superior a 3,5 em metade dos doentes com diagnóstico final de sarcoidose (6 em 12 doentes). Nos doentes cuja BPTB foi insuficiente ou inconclusiva (112 doentes) o LBA permitiu efetuar o diagnóstico final em 5 doentes (4,5%), sendo que em 2 doentes confirmou-se DDP e nos restantes 3 doentes confirmou-se presença de patologia infecciosa. Assim, a rentabilidade final do LBA no diagnóstico da DDP foi de 12,5%.

Nesta amostra de doentes as 3 DDP mais diagnosticadas foram em ordem decrescente: Sarcoidose, Pneumonia Criptogénica Organizativa e Pneumonia intersticial não específica (NSIP).

Conclusão: No grupo de doentes avaliados a rentabilidade do LBA no diagnóstico de DDP foi baixa sendo maior quando associada à BPTB. Contudo, o LBA juntamente com a BPTB deve ser a primeira abordagem das DDP apesar da fraca rentabilidade. Assim, deverá ser uma técnica utilizada na suspeita de DDP pois também é útil no diagnóstico diferencial nomeadamente com a patologia infecciosa ou neoplásica.

PC 041

FEBRE PÓS-BRONCOFIBROSCOPIA - UM ESTUDO PROSPETIVO

E Dias, Y Martins

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

Palavras-chave: Febre; Broncofibroscopia

Introdução: A broncofibroscopia (BF) é um procedimento diagnóstico e terapêutico indispensável em inúmeras patologias pulmonares. A ocorrência de febre transitória pós-broncofibroscopia é uma das complicações descritas, principalmente após realização de lavado broncoalveolar (LBA).

Objetivo: Determinar a incidência de febre e bacteriémia nas 24 horas pós-BF e eventual relação fatores precipitantes.

Métodos: Estudo prospetivo de 50 doentes ambulatoriais e 17 doentes internados no Serviço de Pneumologia do Hospital Geral (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) nas 24 horas após BF, relativamente ao aparecimento de febre ($T > 38^{\circ} C$). Foram excluídos do estudo todos os doentes ambulatoriais que haviam apresentado febre nas 48h prévias ao procedimento, que apresentavam infeção do trato respiratório inferior documentada, terapêutica antibiótica e/ou corticoterapia em curso. Os dados foram tratados em Microsoft Excel.

Resultados: Os resultados apresentados terão em consideração doentes em regime de ambulatório vs doentes internados. Sendo assim, 37,3% vs 16,4% eram homens e apresentavam média de idades de 63 anos vs 67 anos. Negaram antecedentes respiratórios 34,3% vs 11,9% dos doentes e apenas, 3% vs 1,5% eram fumadores. Observou-se febre pós-BF em 3% dos doentes em regime de ambulatório e em 3% dos doentes internados. Não se verificou isolamento de microrganismos nas hemoculturas colhidas aos doentes em causa. E nos doentes internados, não houver sequer houve subida de leucócitos superior a 50% da contagem prévia. Os doentes em regime de ambulatório que apresentaram febre, realizaram LBA durante a BF. Os doentes internados tinham idade superior a 60 anos e um deles era ex-fumador.

Em todos os doentes ($n= 4$) que desenvolveram febre, verificou tratar-se de uma complicação transitória, de duração limitada (poucas horas) e facilmente resolvida com recurso a medicação antipirética.

Conclusão: Uma baixa percentagem de doentes (6%) desenvolveu febre após BF e todos eles apresentaram hemoculturas negativas, o que suporta a hipótese da subida transitória da temperatura corporal se dever à libertação de mediadores pró-inflamatórios.



PC 042

CRIOBIÓPSIA PULMONAR: EXPERIÊNCIA DE 2 ANOS NA UNIDADE DE TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS (UTP) DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA

AC Moreira, T Martín, J Soares, JR Vieira
Serviço de Pneumologia - Hospital Garcia de Orta

Palavras-chave: criobiópsia; rentabilidade; complicações

Introdução: A criobiópsia pulmonar é uma técnica endoscópica recente, menos invasiva do que a biópsia pulmonar cirúrgica no diagnóstico da patologia intersticial pulmonar. Em Junho de 2015 foi implementada no Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta. Os autores tiveram como objetivo caracterizar a população de doentes submetida a criobiópsia, rentabilidade diagnóstica e complicações associadas à técnica.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo para análise dos resultados das criobiópsias realizadas entre Junho de 2015 e Julho de 2017. O procedimento realizou-se sob broncoscopia rígida, com anestesia geral e ventilação assistida por "jet ventilation". Foi utilizado o aparelho de criobiópsia modelo ERBOKRYO CA e a sonda de criobiópsia flexível (diâmetro de 2,4 mm e 780 mm de comprimento). As amostras obtidas seguiram para estudo anatomopatológico.

Resultados: Foram submetidos a criobiópsia pulmonar 9 doentes. Destes, 55,5% eram do sexo feminino (n= 5), com uma idade média de 55,8 anos (desvio padrão 11,6 anos). Os padrões imagiológicos mais frequentemente observados foram *Non-specific interstitial pneumonia* (NSIP) fibrosante e o padrão de possível *Usual interstitial pneumonia* (UIP). A rentabilidade diagnóstica foi de 66,7% (n=6), não estando relacionada com o tamanho da amostra. Foram colhidas uma média de 2,1 (± 1,3) amostras por doente, com tamanho médio de 0,75 (± 0,2) cm. A criobiópsia foi a técnica diagnóstica inicial na maioria dos doentes (apenas 1 foi submetido a biópsia pulmonar prévia por outra técnica). A taxa de complicações imediatas foi de 33,3% (1 pneumotórax; 2 hemorragias moderadas) e a taxa de complicações tardias foi de 33,3% (3 casos de manutenção de hemoptise). A duração média do internamento foi de 3,13 (± 1,9) dias. Não se registou a ocorrência de óbitos aos 6 meses após o procedimento. No respeitante ao diagnóstico histológico obtido, os autores destacam 1 caso de UIP, 1 caso de padrão *UIP-like* com infiltrado linfocitário a favor de Pneumonite de Hipersensibilidade crónica (n=1) e 1 caso de Granulomatose não necrotizante consistente com Sarcoidose (n=1). Ainda a referir 2 casos de Fibrose não caracterizada e 1 caso de infiltrado inflamatório inespecífico. Em 2 casos, o aspeto histológico obtido não revelava alterações e num dos casos a amostra foi insuficiente para diagnóstico. Em reunião de consenso Multidisciplinar de Patologia do Interstício, após integração dos resultados histológicos, imagiológicos e clínicos foi possível o diagnóstico definitivo em todos os casos. Um dos casos foi posteriormente submetido a Videotoroscopia, aguardando caracterização histológica definitiva.

Conclusão: Apesar da reduzida dimensão da amostra de doentes, atendendo à recente implementação da mesma na UTP do Hospital Garcia de Orta, o presente estudo pôs em evidência a crescente importância da criobiópsia pulmonar no diagnóstico da patologia intersticial. Esta, além de permitir a obtenção de amostras de qualidade suficiente para o diagnóstico, demonstrou ser uma técnica segura e associada a uma baixa taxa de complicações.

PC 043

BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA: ESTUDO RETROSPECTIVO NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

CB Forte, S Lucas, J Boléo-Tomé, F Rodrigues
Serviço de Pneumologia, Hospital de São Bernardo, Setúbal

Palavras-chave: Broncoscopia, Rentabilidade diagnóstica, Biópsia Pulmonar Transbrônquica

A biópsia pulmonar transbrônquica (BPTB) consiste numa técnica endoscópica acessória que tem como objetivo recolher material representativo das vias aéreas distais. Esta técnica, expandiu-se nos últimos anos como arma para o diagnóstico de várias patologias pulmonares, reduzindo a necessidade de biópsias pulmonares por toracotomia.

Objetivo: Verificar a rentabilidade das BPTB em doentes com história clínica sugestiva de doença difusa do parênquima pulmonar (DDP), patologia infecciosa (PI) ou suspeita de neoplasia do pulmão (NP), com alterações imagiológicas observadas na radiografia de tórax e/ou tomografia computadorizada do tórax.

Métodos: análise retrospectiva de processos clínicos, que incluiu dados demográficos, exames de imagem, relatórios endoscópicos e resultados anatomo-patológicos de doentes submetidos a BPTB entre janeiro de 2007 e maio de 2017.

Resultados: Foram incluídos no estudo 224 doentes, 120 (53%) do género masculino e 104 (46%) do género feminino, com uma média de idades de 58 anos.

Dos 224 doentes, 144 (64%) realizaram o exame por suspeita de DDP, 48 (21%) por suspeita de PI e 32 (14%) por suspeita de NP. A maioria dos doentes (137; 61%), foi referenciado a partir do serviço e consulta de pneumologia.

No total foram realizadas 200 broncofibroscopias flexíveis e 24 broncoscopias rígidas, efetuando-se entre 3 e 6 biópsias pulmonares transbrônquicas em cada doente. A maioria não apresentava alterações endoscópicas sendo o local preferencial das BPTB escolhido em função das alterações observadas na tomografia computadorizada do tórax e na maioria das situações realizadas nos lobos inferiores.

Nos doentes que foram submetidos a BPTB por suspeita de DDP, 32 (22%) permitiram o diagnóstico final, 40 (28%) não revelaram alterações, 39 (27%) foram inconclusivas, 26 (18%) não tinham material suficiente para o diagnóstico e 7 (4%) revelaram outras patologias. Por ordem decrescente as patologias mais diagnosticadas foram: Sarcoidose (n=10; 6%), Pneumonia Criptogénica Organizativa (n=8; 5%) e Pneumonia intersticial não específica (NSIP) (n=5; 3%).

Nos doentes que efetuaram o exame por suspeita de PI, apenas 9 resultados (18%) foram positivos, sendo os agentes mais isolados o *Mycobacterium tuberculosis* (n=4; 8%) e o *Pneumocystis jirovecii* (n=3; 6%).

Por último, nos doentes com suspeita de NP, a BPTB permitiu efetuar o diagnóstico em 14 doentes (43%), sendo as histologias mais encontradas as de Adenocarcinoma do Pulmão (n=5; 16%) e de Carcinoma do Pulmão Não Pequenas Células (n=3; 9%).

Assim, a rentabilidade das BPTB para os diferentes grupos de patologias foi de 22% nas DDP, 18% na PI e de 43% na NP, com uma rentabilidade diagnóstica global de 24%.

Conclusão: O presente estudo, permitiu avaliar a rentabilidade diagnóstica das BPTB nas diferentes situações clínicas. O rendimento global foi de 24%. Uma percentagem relativamente baixa, que resulta, em parte, de uma combinação de limitações inerentes à técnica: tamanho da amostra e artefactos de esmagamento do parênquima pulmonar, sendo necessário em muitos casos a realização de criobiópsia ou toracoscopia para o diagnóstico porque permitem a observação de uma amostra maior de tecido.



PC 044

SINTOMAS DURANTE A BRONCOFIBROSCOPIA: 3 PONTOS DE VISTA - O DOENTE, O MÉDICO E O ENFERMEIRO

AC Ferreira, JC Costa, E Dias, M Braz, F Costa, Y Martins

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

Palavras-chave: Broncofibroscopia, Sintomas, Doente, Médico, Enfermeiro.

Introdução: A broncofibroscopia (BF) é um procedimento diagnóstico invasivo, sendo a tosse, sensação de sufocação, náuseas e dor, sintomas frequentemente experienciados pelo doente. A forma como se vive e/ou observa estes sintomas varia de indivíduo para indivíduo, sendo influenciada por inúmeros fatores não diretamente relacionados com a técnica broncoscópica.

Com este estudo tentou-se perceber se a caracterização dos sintomas feita pelo doente durante a BF correspondia à percepção que o médico e o enfermeiro, que acompanham o procedimento, têm.

Métodos: Estudo observacional transversal de 148 doentes que realizaram BF no Serviço de Pneumologia B do CHUC-HG, entre Fevereiro/2016 e Junho/2017, sem história prévia de procedimentos broncoscópicos.

Colheram-se dados demográficos e averiguou-se a presença de patologia psiquiátrica. Registou-se o motivo para a BF e se o doente tinha noção desse motivo.

Utilizou-se uma Escala Visual Analógica para que o doente caracterizasse os sintomas (tosse, dor, náuseas, sensação de sufocação e desconforto), questionando-o ainda acerca do grau de aceitação para repetir o exame, se necessário. O mesmo questionário foi colocado também ao médico e enfermeiro presentes no exame, para que respondessem de acordo com o que observavam no doente.

A análise estatística foi efetuado com o IBM®SPSS®Statistics, versão 23.

Resultados: 62,2% de homens, idade mediana 64,5 anos. Os principais motivos para a BF foram: suspeita de neoplasia pulmonar(16,7%) ou de patologia intersticial(16,0%). 54,1% tinham noção do que motivava o exame.

A BF teve uma duração média de 16,2 minutos. 63,5% realizaram apenas um procedimento endoscópico, sendo os mais efetuados: aspirado brônquico(36,9%), LBA(28,2%) e biópsias brônquicas(14,6%).

A tosse (73%) e a dor (58,1%) foram as queixas mais referidas pelos doentes. 79,7% dos indivíduos voltariam a repetir o exame caso fosse necessário.

Não houve relação estatisticamente significativa entre os sintomas dos doentes e características como sexo, idade, habilitações literárias ou patologia psiquiátrica.

Objetivou-se diferença estatisticamente significativa entre todos os sintomas referidos pelo doente e os percecionados pelo enfermeiro e/ou médico (ver Tabela nº1).

Tabela 1 – Teste de Wilcoxon ("paired t-test") usado na comparação entre os grupos do estudo: Doente, Enfermeiro e Médico (IBM®SPSS®Statistics)

Sintomas	Grupos relacionados	Z score	p-value
Tosse	Enfermeiro-Doente	-2,783	0,005
	Médico-Doente	NS	NS
	Médico-Enfermeiro	NS	NS
Dor	Enfermeiro-Doente	-4,376	<0,001
	Médico-Doente	-2,819	0,005
	Médico-Enfermeiro	NS	NS
Náuseas	Enfermeiro-Doente	-5,164	<0,001
	Médico-Doente	NS	NS
	Médico-Enfermeiro	-5,924	<0,001
Sensação de Sufoco	Enfermeiro-Doente	-4,091	<0,001
	Médico-Doente	-3,628	<0,001
	Médico-Enfermeiro	-7,321	<0,001
Desconforto	Enfermeiro-Doente	NS	NS
	Médico-Doente	-2,894	0,004
	Médico-Enfermeiro	-3,291	<0,001
Grau de aceitação para repetir o exame	Enfermeiro-Doente	NS	NS
	Médico-Doente	-3,045	0,002
	Médico-Enfermeiro	-2,815	0,005

Foram obtidos valores estatisticamente inferiores: 1) tosse no registo dos enfermeiros ($p=0,005$), 2) dor no registo dos enfermeiros ($p<0,001$) e do médico ($p=0,005$), 3) náuseas no registo dos enfermeiros ($p<0,001$) e 4) sensação de sufoco no registo dos enfermeiros ($p<0,001$).

Foram encontrados valores estatisticamente superiores na descrição dos sintomas pelos profissionais de saúde apenas relativamente à sensação de sufoco e ao desconforto (o médico tem valores maiores que o doente e enfermeiro).

No que diz respeito à aceitação para repetir o exame, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o médico e doente, com o médico a referir um maior grau ($p=0,002$)

Conclusão: Existe uma grande diferença entre a forma como os doentes sentem os sintomas e como os profissionais de saúde os percecionam. Há uma tendência para o médico e/ou enfermeiro sub-valorizarem os sintomas dos doentes, e ainda a noção de que o doente iria repetir o exame, com maior certeza que os próprios doentes.



PC 045

VALOR DIAGNÓSTICO DA ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA TRANSBRÔNQUICA (EBUS-TBNA) NA AVALIAÇÃO GANGLIONAR MEDIASTÍNICA DE DOENTES COM NEOPLASIA EXTRATORÁCICA

M Santis, P Matos, AL Fonseca, L Barradas
IPO de Coimbra

Palavras-chave: EBUS, Neoplasia extratorácica, mediastino

Introdução: O pulmão representa uma localização frequente de metastização nas doenças neoplásicas extratorácicas. O envolvimento ganglionar mediastínico, quando presente, pode condicionar uma alteração da estratégia terapêutica e do prognóstico, sendo portanto a confirmação histológica fundamental.

Objetivos: Avaliar a importância do EBUS-TBNA em doentes com suspeita de envolvimento ganglionar mediastínico por doença neoplásica extratorácica.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo observacional, com base na consulta dos processos clínicos dos doentes submetidos a EBUS-TBNA por suspeita de envolvimento ganglionar mediastínico de doença neoplásica extratorácica concomitante ou previamente tratada, entre fevereiro de 2014 e dezembro de 2016. Em caso de amostra negativa os doentes foram submetidos a biópsia cirúrgica ou vigilância clínica e radiológica de no mínimo 6 meses.

Resultados: Foram avaliados retrospectivamente 69 pacientes (41 homens e 28 mulheres; média de idades 62,3±11 anos [32-83]). 18,8% dos doentes (n=13) apresentavam alterações intratorácicas (mediastínicas ou mediastínicas e pulmonares) na altura do diagnóstico da neoplasia. Em 81,2% dos doentes (n=56) verificou-se o aparecimento de alterações intratorácicas durante o follow-up com um tempo médio desde o tratamento de 4,7 anos (3 meses a 16 anos). A maioria dos doentes tinham um diagnóstico prévio de tumor primitivos de Cabeça e Pescoço (n=21; 30,4%), seguido por neoplasias do trato Gastrointestinal (n=16, 23,2%), aparelho Génito-urinário (n=14, 20,3%) e Mama (n=13, 18,8%). 45 doentes (65,2%) apresentavam exclusivamente adenopatias mediastínicas e 24 doentes (34,8%) nódulos pulmonares associados a adenopatias. Foram puncionadas um total de 114 adenopatias, em 60% dos casos das estações paratraqueal inferior direita e subcarinal. Os principais diagnósticos obtidos foram: envolvimento ganglionar secundário em 19 doentes (27,5%), sarcoidose em 5 (7,2%), neoplasia primitiva do pulmão em 3 (4,3%) e linfangioma quístico em 1 (1,4%). As punções foram negativas em 41 casos (59,4%). Destes, 9 (21,9%) foram submetidos a biópsia cirúrgica, sendo confirmada doença metastática em 4 casos e sarcoidose em 2. Os restantes doentes (n=32) mantiveram-se em controlo clínico não se verificando progressão das lesões. A sensibilidade, o valor preditivo negativo e a rentabilidade diagnóstica foram 84,6%, 92,8% e 91,3% respetivamente. Não houve registo de complicações.

Conclusões: O EBUS-TBNA é um procedimento simples, seguro e com uma elevada sensibilidade no diagnóstico de envolvimento ganglionar por doença neoplásica extratorácica concomitante ou prévia. Os nossos dados são sobreponíveis aos da literatura levando a recomendar o EBUS-TBNA como primeira abordagem neste grupo de doentes.

PC 046

FATORES DA TÉCNICA BRONCOFIBROSCÓPICA QUE INFLUENCIAM OS SINTOMAS DURANTE O PROCEDIMENTO

AC Ferreira, JC Costa, E Dias, M Braz, F Costa, Y Martins

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

Palavras-chave: Broncofibroscopia, Sintomas, Doente, Sedação, Anestesia Local

Introdução: A broncofibroscopia (BF) é um procedimento invasivo, útil na investigação de patologias respiratórias causando, no entanto, alguns sintomas ao doente, nem sempre relacionados com os aspetos técnicos do mesmo. Numa tentativa de os minorar, utiliza-se sedação e/ou anestesia tópica.

Este estudo teve como objetivo perceber a associação entre a intensidade das queixas do doente e os vários aspetos técnicos da BF.

Métodos: Estudo observacional transversal de 148 doentes que realizaram BF no Serviço Pneumologia-B, CHUC-HG, de Fevereiro/2016-Junho/2017. Colheram-se dados demográficos e o motivo para a BF. Utilizando uma Escala Visual Analógica, o doente caracterizou os sintomas (tosse, dor, náuseas, sensação de sufocação e desconforto) e respondeu sobre o grau de aceitação para repetir o exame, se necessário. Registou-se a duração da BF, o número, tipo e local de procedimentos e a utilização de sedação e anestesia tópica.

A análise estatística foi efetuada com o IBM®SPSS®Statistics, versão 23.

Resultado: 62,2% homens, idade mediana 64,5A. Os principais motivos para a BF foram: suspeita de neoplasia pulmonar (16,7%) ou patologia intersticial (16,0%).

Em 8,8% administrou-se sedação pré-procedimento, maioritariamente diazepam oral. Usou-se, em média, 10,7mg lidocaína gel 2%, 38,7mg de lidocaína solução líquida 2% e 40mg de lidociana spray 40%, num total de 48,9 mg.

A BF teve duração média de 16,2 minutos. 64,4% realizaram apenas um procedimento, sendo os mais frequentes o aspirado brônquico (36,9%) e LBA (28,2%). Os locais mais abordados foram o lobo superior (27,1%) e lobo médio (23,9%).

A tosse (73%) e a dor (58,1%) foram as queixas mais referidas. 79,7% dos indivíduos voltariam a repetir o exame, caso necessário. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sintomas e a administração de sedação prévia à BF ou a sua duração. Observou-se diferença entre a quantidade de lidocaína solução usada e o grau de desconforto (p=0,015) e a quantidade de lidocaína gel e o grau de dor relatados pelo doente (p=0,006), com maior quantidade de anestésico nos mais queixosos. Quando se avalia o total de lidocaína utilizada (gel e líquida), só existe diferença relativamente ao grau de aceitação em repetir o exame (p=0.015), sendo que quanto menor o grau de aceitação, maior a quantidade de lidocaína usada.

Houve diferença entre o nº de procedimentos efetuados e o desconforto do doente (p=0,008), com maior desconforto quanto maior o número de procedimentos. Verificou-se também que quanto maior o número de procedimentos realizados, maior a quantidade de lidocaína solução utilizada.

No grupo de indivíduos que fez apenas 1 procedimento, verificou-se diferença estatisticamente significativa quanto ao tipo de procedimento: mais dor, tosse e desconforto quando se realiza mini-LBA, LBA e aspirados, comparativamente com escovados, biópsias brônquicas e transbrônquicas.

Conclusão: O tipo de procedimento, e não o seu local ou a duração da BF, condicionam mais sintomas. O uso de pré-medicação não foi determinante nas queixas do doente. Apesar de a tosse ser o sintoma mais frequente, apenas a dor e o desconforto, assim como o maior nº de procedimentos, motivaram a instituição de uma quantidade significativamente superior de anestésico local.



PC 047

PNEUMOTÓRAX - A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

J Branco, V Martins, S Clemente, M Aguiar, S Furtado

Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa

Palavras chave: pneumotórax, etiologia, tratamento

Introdução e Objetivos: O pneumotórax tem uma prevalência estimada que varia de 1,2 a 37 doentes por 100000 habitantes. Os objetivos deste trabalho são caracterizar a população de doentes internados com pneumotórax no que concerne a dados demográficos, fatores de risco, etiologia, apresentação clínica e abordagem terapêutica e comparar os resultados obtidos com aqueles descritos na literatura.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo da população de doentes internados com diagnóstico de pneumotórax entre Janeiro de 2012 e Maio de 2017. Procedeu-se à colheita de dados pela consulta dos processos clínicos e à sua análise estatística descritiva no programa *Microsoft Office Excel*.

Resultados: Foram analisados 152 doentes (190 casos de pneumotórax), dos quais 78% eram do sexo masculino. Em 48% dos casos (n=91) o pneumotórax foi espontâneo primário (PEP), em 28% (n=54) pneumotórax espontâneo secundário (PES), em 18% (n=35) iatrogénico, dos quais 17 ocorreram na sequência de biópsia torácica, e em 5% (n=10) traumático. Verificou-se que 149 casos correspondiam a um primeiro episódio e 41 a recorrências, num total de 33 doentes com pneumotórax recidivante. A taxa de recidiva nos doentes com PEP foi de 26% e nos doentes com PES 13%.

À data do episódio, a média etária encontrada foi de 44,3 anos (\pm 21,6). Mais de metade dos doentes (55%) fumavam. As comorbilidades respiratórias mais frequentes foram DPOC (12%), asma (6%), doença do interstício (5%), neoplasia do pulmão (4%) e sequelas de tuberculose pleuropulmonar (4%); 63% dos doentes não apresentavam comorbilidades. O IMC médio foi de 22,1 kg/m² (\pm 3,8). Foi realizada TC torácica em 110 doentes e as alterações mais comuns foram enfisema (25% dos doentes), *blebs* (15%), consolidação (11,8%) e massa (9%).

Na maioria dos casos (82%) procedeu-se a colocação de dreno torácico, com um tempo médio de drenagem de 7,2 dias (\pm 4,8). As complicações documentadas foram enfisema subcutâneo (7% dos casos), exteriorização do dreno torácico (2%), infeção do local de inserção do dreno num caso e edema de re-expansão noutra. O internamento nos casos cujo diagnóstico principal era pneumotórax durou em média 7,8 dias (\pm 10,6) nos casos de PEP (n=90) e 9,6 dias (\pm 13,1) nos casos de PES (n=45).

Foi feita referência de 42 casos (22%) a Cirurgia Cardiorácica, 33 (17%) dos quais foram submetidos a cirurgia em 5,3 dias (\pm 3,6). Foi realizada pleurodese química em 7 casos (4%).

Conclusão: O género, as faixas etárias, os fatores de risco e as comorbilidades mais encontradas, de onde se destacam o tabagismo e as doenças obstrutivas da via aérea, vão de encontro ao descrito na literatura. A abordagem terapêutica adotada foi sobreponível ao que é consensual. O tempo médio de internamento foi superior ao encontrado noutras séries de doentes. Contrariamente ao que está descrito, detetou-se maior taxa de recidiva nos casos de PEP do que PES, o que poderá ser explicado pela subsistência do tabagismo como fator de risco e pelo facto de os doentes com PES terem sido submetidos a cirurgia.

PC 048

CONDIÇÕES CLIMÁTICAS E PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO - ALGUMA INFLUÊNCIA?

S Lucas, H Ramos, U Brito

Hospital de Faro - Centro Hospitalar do Algarve

Palavras-chave: Condições climáticas; Pneumotórax espontâneo

Introdução: As condições climáticas podem influenciar o desenvolvimento de pneumotórax espontâneo (PE). Contudo, não existe consenso sobre este tópico na literatura.

Objetivo: Avaliar a possível correlação existente entre as condições climáticas e o desenvolvimento de PE (primário e secundário).

Métodos: os autores realizaram um estudo retrospectivo através da consulta de processos clínicos de doentes com pneumotórax espontâneo que necessitaram de internamento hospitalar num serviço de Pneumologia entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2016. As condições climáticas avaliadas foram: pressão atmosférica (PA), temperatura, humidade relativa, velocidade do vento e precipitação.

Resultados: Foram avaliados 104 internamentos correspondendo a 91 doentes, com um predomínio do sexo masculino (80,8%) e uma média de idades de 37,6 anos (desvio padrão 17,2 anos). A maioria dos doentes apresentava PE primário (69,2%) tendo-se observado um predomínio de ocorrência de pneumotórax no verão (32,7%) e inverno (26,9%).

Os valores médios dos diversos parâmetros climáticos analisados foram comparados entre os dias em que ocorreu pneumotórax e os dias em que não houve ocorrência da patologia. Os valores médios encontrados e as diferenças relativas ao dia anterior foram idênticos entre os 2 grupos, não havendo diferença estatisticamente significativa. Contudo, quando os tipos de pneumotórax (primários *versus* secundário) foram analisados, os autores verificaram valores médios de PA mais elevados nos dias com desenvolvimento de pneumotórax secundário (1020.6 *versus* 1018.8 hPa), bem como uma maior diferença relativa ao dia anterior (3.2 *versus* 1.9 hPa), apesar de não apresentar significado estatístico.

Conclusões: Contrariamente ao que foi encontrado em alguns estudos, os autores não verificaram correlação entre as condições climáticas e o desenvolvimento de pneumotórax espontâneo. Contudo, apesar de não apresentar significado estatístico os autores verificaram valores mais altos de PA bem como maior valor de diferença relativamente ao dia prévio nos dias de ocorrência de pneumotórax espontâneo secundário.



PC 049

PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO - CASUÍSTICA DE UM ANO

D Maia, AR Costa, N Caires, JS Silva, JE Reis, R Gerardo, P Cravo, A Mineiro, P Calvino, J Cardoso

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

Palavras-chave: Pneumotórax espontâneo primário, cirurgia torácica, válvula de Heimlich

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário (PSP) é uma doença comum, motivo frequente de ida ao serviço de urgência e de internamento hospitalar. No entanto, as *guidelines* de orientação não são consensuais, condicionando uma grande variabilidade na sua abordagem nos diferentes centros.

Objectivo: Analisar a abordagem dos casos de PSP no nosso centro hospitalar.

Métodos: Os processos clínicos dos doentes internados durante o ano de 2015 com o diagnóstico principal de PSP foram revistos, com colheita de dados demográficos, clínicos e resultado ao fim de 30 dias e um ano. Foram excluídos os doentes internados para cirurgia electiva. A análise estatística foi realizada com recurso ao Epi Info™7.

Resultados: Foram internados 41 doentes, 82.3% (n=34) do sexo masculino, com idade mediana de 24 anos (mín. 15 - máx. 43). A maioria (75.6%; n=31) apresentava antecedentes de tabagismo. Em 53.7% (n=22) dos casos o pneumotórax foi do lado direito. Foram classificados como de grande volume (70.7%; n=29) ou de pequeno volume (19.5%; n=8), não houve nenhum caso descrito como hipertensivo. Em 68.3% (n=28) dos casos tratava-se de um primeiro episódio de PSP e nos restantes de recidiva (ipsilateral em 11 casos e contralateral em 2). No grupo dos doentes com primeiro episódio de PSP o tratamento inicial consistiu em observação (7.1%; n=2), inserção de dreno de pequeno calibre (7.1%; n=2) e drenagem torácica convencional (85.6%; n=24). Nos doentes com recidiva, o tratamento inicial consistiu em drenagem torácica convencional (76.9%; n=10) ou VATS (23.1%; n=3).

Adicionalmente, durante o internamento hospitalar foi necessário VATS em 41.5% (n=17) dos casos, sendo que em 65% (n=11) era o primeiro episódio. Nestes casos, a indicação cirúrgica mais frequente foi a fuga aérea prolongada (n=12). A maioria dos doentes foi internada nas enfermarias de cirurgia torácica (48.9%; n=20) e cirurgia geral (36.6%; n=15). A mediana dos dias de internamento foi de 6 dias (mín. 2 - máx. 39), semelhante no primeiro episódio e na recidiva, mas mais prolongado na enfermaria de cirurgia torácica, relativamente às outras (12 vs 4.5 dias; p=0.0046). Todos os doentes tiveram alta para o domicílio, um deles com um sistema de drenagem portátil.

Aos 30 dias 9.8% (n=4) tinham recidivado e destes 75% (n=3) necessitaram de intervenção. Ao fim de um ano, a maioria (63.4%; n=26) tinha abandonado o seguimento, 29.3% (n=12) permaneceram sem recidiva e 7.3% (n=3) haviam sido submetidos a cirurgia electiva.

Conclusões: Na maioria dos casos a abordagem inicial foi a drenagem torácica, tendo sido necessário cirurgia torácica em quase metade dos doentes. A recidiva foi frequente pelo que poderemos questionar em que *timing* deve ser oferecida a opção cirúrgica. Outras abordagens, nomeadamente, drenos de pequeno calibre associados a válvula de Heimlich, poderão permitir tratar em ambulatório uma parte significativa dos casos.

PC 050

DRENOS TUNELIZADOS DE LONGA DURAÇÃO - A EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

IS Pereira, A Alves, D Coutinho, C Ribeiro, A Oliveira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: Drenos tunelizados, Derrame pleural maligno

Introdução: Os drenos tunelizados vieram trazer uma nova abordagem aos derrames pleurais recidivantes. A maioria destes derrames são malignos, sendo o cancro do pulmão a causa mais frequente nos homens e o cancro da mama nas mulheres (juntos são responsáveis por 50-60% dos derrames pleurais malignos). A necessidade de abordagem recorrente destes derrames não só afeta a qualidade de vida dos doentes como acarreta elevados custos para os sistemas de saúde. A colocação do dreno tunelizado de longa duração está preconizado nos derrames pleurais malignos recorrentes em que a talcagem foi ineficaz, nos casos em que o pulmão se encontra encarcerado ou quando a esperança de vida é baixa e queremos minimizar a recorrência aos serviços de urgência (SU) ou ao internamento.

Resultados: No nosso serviço colocámos até à data drenos tunelizados de longa duração (Rocket Medical IPC ®) em 6 doentes, 5 mulheres e 1 homem, com uma média de idade de 77 anos. O primeiro dreno foi colocado em 2016 com admissão hospitalar de 24 horas, todos os restantes foram colocados em regime de ambulatório. Todos os drenos foram colocados em casos de derrame pleural maligno recorrente: adenocarcinoma pulmonar (n=2), mesotelioma pleural (n=1), mesotelioma peritoneal (n=1), adenocarcinoma gástrico (n=1) e carcinoma renal (n=1).

O tempo médio de permanência do dreno de longa duração foi de 3,8 meses (1-10 meses). A razão de remoção do dreno foi a morte do doente (n=2), a ausência de drenagens por pleurodese espontânea (n=2) e a não funcionalidade do dreno por exteriorização parcial (n=1). O mais recente, colocado há cerca de 2 meses, ainda se mantém. Foram registadas 2 complicações: 1 empiema e 1 exteriorização parcial do dreno para o trajeto tunelizado.

Constatou-se uma melhoria sintomática com menor necessidade de recurso ao SU ou de realização de técnicas invasivas como toracocenteses de repetição.

Conclusão: Na nossa experiência, a colocação de drenos tunelizados de longa duração representou uma boa opção para derrames malignos recorrentes sintomáticos. Verificou-se uma melhoria sintomática, menos idas ao SU e menos internamentos. Revelou-se uma técnica segura com poucas complicações e exequível em regime de ambulatório. Salienta-se no entanto a necessidade de ter em conta o contexto social do doente e de bom suporte familiar.



PC 051

CASUÍSTICA DOS INTERNAMENTOS POR PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

I Cosme, I Fernandes, P Duarte

Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Palavras-chave: pneumotórax; pneumotórax espontâneo primário; pneumotórax espontâneo secundário

Introdução: Os pneumotóracas têm várias etiologias.

Métodos: Estudo retrospectivo dos internamentos por pneumotórax espontâneo, num Serviço de Pneumologia, de 2010 a 2016. Foram analisados dados clínicos e demográficos com utilização do *software SPSS 24*. As etiologias iatrogénica e traumática foram excluídas.

Resultados: Foram incluídos 67 doentes, 72,6% dos quais do sexo masculino, com mediana de idades [Q1; Q3] de 35 [21; 44] anos. A média de dias de internamento foi de 6±3,4 dias. Observaram-se 64,4% de pneumotóracas espontâneos primários (PEP) e 35,6% foram pneumotóracas espontâneos secundários (PES). A mediana das idades dos doentes com PEP foi de 28 anos e com PES foi 44,5 anos ($p < 0,05$ - teste U de Mann Whitney). Dentro do grupo dos PES, 65,4% dos doentes tinham DPOC, 23,1% asma e 7,7% tuberculose pulmonar. As principais queixas que motivaram o recurso ao SU foram toracalgia (94,5%), dispneia (17,8%) e tosse (6,8%). Quer para os PEP quer para os PES, o principal sintoma na admissão foi a toracalgia. No grupo dos PEP, 68,1% eram fumadores e 12,7% tinham hábitos toxicofílicos inalatórios. Quanto à lateralidade do pneumotórax, a maioria ocorreu à esquerda. Relativamente à sazonalidade do pneumotórax, verificou-se que 54,8% dos casos ocorreram nos meses de Primavera e Verão. Não houve diferenças de sazonalidade entre PEP e PES ($p=0,11$). Houve 6,8% de recidivas de pneumotórax. O tratamento inicial foi a colocação de drenagem torácica em 97,3% dos casos e em 2,7% optou-se por tratamento conservador. Dos doentes submetidos a drenagem torácica, houve necessidade de intervenção cirúrgica em 35,2% dos doentes. Não houve diferença estatisticamente significativa no tratamento entre os PEP e os PES ($p=0,67$). A média de dias de drenagem torácica foi de 5,7 dias. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao sexo, nos doentes submetidos ou não a cirurgia. Verificaram-se 13,7% de casos de pneumotórax hipertensivo, não se tendo registado óbitos no internamento.

Conclusões: Neste estudo retrospectivo, a maioria dos doentes internados eram do sexo masculino e os PEP foram mais frequentes que os PES, corroborando os dados publicados na literatura. A principal causa de PES foi a DPOC, ocorrendo os PES em indivíduos com idade mais avançada do que os PEP. É de referir que não se registaram óbitos no internamento. Nesta revisão, salienta-se que a cirurgia não foi o tratamento inicial preconizado para nenhum doente, tendo sido realizada apenas nos casos em que a drenagem torácica não resolveu a situação inicial.

PC 052

PNEUMOTÓRAX: REVISÃO DE 5 ANOS NUM HOSPITAL PERIFÉRICO

M Oliveira¹; JM Silva^{1,2}; R Gomes^{1,2}; G Samouco¹; F Carriço¹; F Fernandes¹; J Parreira¹; J Costa¹; R Natal¹; L Ferreira^{1,2}

¹Hospital Sousa Martins - Unidade Local de Saúde da Guarda; ²Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Palavras-chave: Pneumotórax

Introdução: Pneumotórax define-se pela presença de ar no espaço pleural, resultando no colapso parcial ou total do pulmão. Estes podem ser espontâneos (primários ou secundários), traumáticos ou iatrogénicos. São um achado frequente no Serviço de Urgência (SU), podendo constituir uma emergência médica. Tanto o diagnóstico como o tratamento devem ser feitos o mais precocemente possível.

Objectivos: Identificar e caracterizar a população de doentes com pneumotórax.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de pneumotórax admitidos no SU e internados no Hospital Sousa Martins no período compreendido entre 1/1/2012 e 31/12/2016. Foram excluídos doentes com hemotórax concomitante.

Resultados: Identificados 88 processos clínicos, sendo excluídos 39 doentes com hemopneumotórax. Analisados 49 doentes, 69,4% (n=34) do género masculino, idade média de 42,78 (DP±21,73) anos. A apresentação clínica mais comum foi a toracalgia em 59,6% (n=28) dos doentes. A história tabágica estava presente em 32,7% (n=16), 24,5% (n=12) fumadores, 8,2% (n=4) ex-fumadores, 32,7% (n=16) eram não fumadores e não havia registos dos hábitos tabágicos em 34,7% (n=17). Havia antecedentes de pneumotórax em 25,5% (n=12) dos doentes, nos quais a situação mais frequente era a recidiva ipsilateral em 14,9% (n=7). Apresentaram-se 65,6% (n=32) com pneumotórax espontâneo, 42,9% (n=21) primários e 22,4% (n=11) secundários, sendo a patologia associada mais comum, a asma em 10,6% (n=10). De igual modo, foi possível apurar 28,6% (n=14) com pneumotórax traumático e 6,1% (n=3) iatrogénico. No que concerne à localização ela foi unilateral em todos os doentes, com domínio do lado direito em 53,1% (n=26). O tratamento foi com colocação de dreno torácico em 69,4% (n=34), conservador em 26,5% (n=13) e aspiração por agulha intra-pleural em 4,1% (n=2). O calibre médio do dreno foi 21,75 (DP±2,52) Fr. A média de dias de internamento por pneumotórax foi 6,7 (DP±4,43). O tratamento com pleurodese foi efetuado em 40,4% (n=19) dos doentes. Em 97,9% (n=46) houve resolução do pneumotórax, em 2,1% (n=1) ocorreu o óbito por outra causa que não o pneumotórax. O seguimento foi efetuado em 47 doentes e 15,5% (n=12) apresentaram recidiva do pneumotórax.

Conclusão: A maioria dos doentes apresentou pneumotórax espontâneo primário, ocorrendo sobretudo em homens jovens e fumadores. A asma foi a comorbilidade mais frequentemente associada a pneumotórax espontâneo secundário. Na maior parte dos casos foi efetuada drenagem torácica, tendo um número significativo de doentes necessitado de pleurodese. Verificou-se uma moderada taxa de recorrência do pneumotórax.



PC 053

ASPERGILOSE INVASIVA NUM DOENTE COM MIASTENIA GRAVIS

I Barreto, LX Pereira, T Marques, MJ Gomes

Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria

Palavras-chave: aspergilose invasiva, miastenia gravis, antígeno galactomannan

A aspergilose invasiva tem elevada mortalidade em doentes imunodeprimidos (74-92%). Devido à baixa especificidade das suas manifestações clínicas, o atraso no seu diagnóstico e terapêutica agravam o prognóstico. Apresenta-se um caso de aspergilose invasiva num doente imunodeprimido por corticoterapia e micofenolato de mofetil, admitido na enfermaria de Medicina, cujo diagnóstico foi estabelecido por broncofibroscopia. Discute-se ainda o papel do antígeno Galactomannan sérico no diagnóstico. Homem de 73 anos, caucasiano, não fumador, com miastenia gravis generalizada com anticorpos anti-AChR sob corticoterapia e micofenolato de mofetil, diabetes e miopatia corticoinduzidas, fibrilhação auricular, apneia obstrutiva do sono sob auto-CPAP nocturno, vasculite leucocitoclástica, hepatite tóxica pela azatioprina e hipertensão arterial.

Admitido na enfermaria de Medicina em Janeiro 2017 por febre, mialgias, dispneia de agravamento progressivo e broncorreia mucopurulenta com duas semanas de evolução.

Exame objectivo: vigil e lúcido; febril (TT 38,5°C); taquipneico, com tiragem supraclavicular, SpO₂ 86% (FiO₂ 0,21); TA 157/102 mmHg, FC 107/min; AC: arritmia completa; AP: roncos, sibilos e ferveores subcrepitantes bilaterais.

Gasometria de sangue arterial (FiO₂ 0,21): pH 7,500; PaCO₂ 29,3 mmHg; PaO₂ 48,8 mmHg; HCO₃⁻ 27,1 mmol/L; lactatos 17 mg/dL. Avaliação analítica: Hb 12,4 g/dL, leucocitose neutrofilica, PCR 23,86 mg/dL, função renal normal, NTproBNP 3611 pg/mL.

A radiografia de tórax documentou condensações bilaterais em toda a extensão dos dois campos pulmonares.

Presumida pneumonia em doente imunodeprimido, foram colhidos exames culturais, incluindo exsudado nasofaríngeo para pesquisa de vírus Influenza, e foi iniciada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam e oseltamivir 150 mg bid. Foi suspenso micofenolato de mofetil e iniciada ventilação não invasiva binível. Os exames culturais, incluindo antigenúria para *Streptococcus pneumoniae* e *Legionella*, exame bacteriológico da expectoração e pesquisa de *Pneumocystis jirovecii* na expectoração foram negativos. O antígeno Galactomannan sérico foi negativo.

Apesar da antibioterapia iniciada e optimização da terapêutica médica, não houve significativa melhoria clínica ou radiológica, confirmando-se em tomografia computadorizada de tórax persistência de extensa condensação envolvendo os diferentes lobos dos dois campos pulmonares.

Foi efectuada broncofibroscopia, isolando-se *Aspergillus fumigatus* no exame cultural das secreções brônquicas colhidas. Não foi realizado lavado broncoalveolar por hipoxémia grave no decorrer do procedimento.

Perante o diagnóstico de aspergilose invasiva, foi iniciado voriconazol, com melhoria clínica e gasométrica e resolução dos infiltrados radiológicos. O doente teve alta com indicação para manutenção de voriconazol (12 semanas), redução de corticoterapia e suspensão de micofenolato de mofetil, sem agravamento miastênico. Actualmente, mantém seguimento em consulta hospitalar, encontrando-se clinicamente melhorado.

O antígeno Galactomannan sérico está bem estabelecido como instrumento de rastreio e diagnóstico em doentes neutropénicos seleccionados, doentes hematológicos e após transplante de medula óssea. No entanto, é menos sensível noutras populações de imunodeprimidos, como no doente crítico ou transplante de órgãos sólidos. Os níveis séricos de antígeno Galactomannan em doentes não neutropénicos são menos precisos, pois a sua depuração depende dos neutrófilos circulantes.

Deste modo, o diagnóstico de aspergilose invasiva no doente não neutropénico com factores de risco, como o do caso apresentado, deve basear-se essencialmente em elementos de ordem clínica e isolamentos microbiológicos.



PC 054

NOCARDIA - O AGENTE INFILTRADO NUMA CAVITAÇÃO PULMONAR

MI Costa, T Oliveira, F Guedes, HN Bastos, JP Braga

Centro Hospitalar do Porto

Palavras-chave: Nocardiose; Cavitação pulmonar; doente imunocomprometido

Introdução: Em doentes imunocomprometidos, o risco de infeção por agentes incomuns é acrescido. A raridade destes agentes levanta importantes desafios diagnósticos, retardando, não raras vezes, o início do tratamento e conduzindo a piores *outcomes*. Um elevado índice de suspeição e o recurso a meios invasivos de diagnóstico é frequentemente necessário para se conseguir a identificação do agente etiológico e o estabelecimento precoce da terapêutica.

Caso clínico: Descreve-se o caso clínico de um homem de 58 anos, diabético, transplantado hepático em 2003, sob terapêutica imunossupressora com micofenolato de mofetil e ciclosporina. Admitido na Unidade de Transplante Hepatopancreático do Centro Hospitalar do Porto por febre e astenia com cerca de 15 dias de evolução. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia e elevação de marcadores inflamatórios. Do estudo efetuado para despiste de foco infeccioso, hemoculturas e urocultura sem isolamentos de agente; tomografia computadorizada (TC) de tórax a documentar extensa lesão cavitada, abcedada, do lobo superior direito.

Transferido para o Serviço de Pneumologia para investigação etiológica e exclusão de tuberculose pulmonar.

Colhido novo rastreio séptico completo e realizada broncofibroscopia. Iniciada, empiricamente e enquanto aguardava resultados, antibioterapia com imipenem, voriconazol e cotrimoxazol. Microbiológico de secreções traqueobrônquicas (STB) com isolamento de *Nocardia paucivorans*, achado corroborado na microbiologia do lavado broncoalveolar (LBA); Ziehl-Neelsen e deteção molecular do complexo *Mycobacterium tuberculosis* das STB e do LBA negativos. TC cerebral, abdominal e pélvica, hemoculturas e ecocardiograma transtorácico e transesofágico a excluir nocardiose disseminada, em particular do sistema nervoso central (SNC), ou focos infecciosos alternativos.

Mantida antibioterapia com imipenem e amicacina, verificando-se apirexia sustentada desde o segundo dia de terapêutica e normalização de parâmetros inflamatórios. Após três semanas de antibioterapia eficaz, TC tórax de reavaliação a documentar redução dimensional da cavitação e desaparecimento de áreas de liquefação.

Discussão: As bactérias do género *Nocardia* têm a capacidade de causar doença supurativa, localizada ou sistémica, predominantemente em doentes imunocomprometidos.

A infeção pulmonar representa a maioria dos casos descritos de nocardiose, com possível disseminação para praticamente qualquer órgão, particularmente o SNC. Atendendo a que este agente não é habitualmente encontrado no trato respiratório, um isolamento nas secreções é praticamente sempre indicativo de infeção. Não existem sinais ou sintomas patognomónicos da infeção por *Nocardia*, sendo a clínica inespecífica com queixas de febre, hipersudorese, fadiga e perda de peso. A nocardiose pulmonar pode cursar ainda com clínica sugestiva de exacerbação de doença pulmonar crónica ou de pneumonia.

O estudo imagiológico conduz a uma multiplicidade de padrões, desde infiltrados intersticiais a massas, com ou sem cavitação, obrigando à exclusão de outros diagnósticos diferenciais. O correto diagnóstico da infeção por *Nocardia* implica o isolamento do agente em amostras biológicas, sendo frequentemente necessários exames invasivos para colheitas adequadas.

No presente caso, o doente apresentava importantes fatores de risco para nocardiose. O isolamento do agente nas STB, corroborado no LBA, permitiu estabelecimento de diagnóstico definitivo e instituição precoce de terapêutica dirigida, minimizando o risco de disseminação da infeção.



PC 055

ASPERGILOSE PULMONAR - DA COLONIZAÇÃO À INFEÇÃO

AA Santos, C Guimarães, JM Correia, F Nogueira

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

Palavras-chave: aspergillus, aspergilose

Introdução: O *Aspergillus* é um género de fungo ubíquo. O seu espectro de ação no humano varia entre colonização, alergia e infeção. A aspergilose pulmonar crónica inclui várias manifestações, incluindo: aspergiloma, nódulos aspergilares, aspergilose pulmonar cavitada crónica e aspergilose pulmonar crónica fibrosante. A aspergilose subaguda invasiva encontra-se no espectro entre a forma aguda e crónica. Esta habitualmente acontece em doentes com diabetes mellitus, alcoolismo, uso prolongado de corticoides, radioterapia, entre outras.

Caso clínico: Mulher de 53 anos, escriturária desempregada, ex-fumadora com carga tabágica estimada em 32 UMA. Antecedentes clínicos de adenocarcinoma do pulmão (estadio inicial IIIA - T4N0Mx), submetida a lobectomia inferior direita e recessão atípica de nódulo no lobo médio em Maio de 2013, seguida de quimioterapia + radioterapia adjuvantes. Sucessivas reavaliações nos quatro anos seguintes, não apresentavam evidência de recidiva da doença. Internada no Serviço de Pneumologia após consulta de Pneumologia Oncológica por tosse com expectoração purulenta, astenia e febre (não quantificada) com cerca de 3 dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava-se emagrecida, pálida, taquicárdica (135 bpm), febril (TT 38.1°C). À auscultação pulmonar apresentava diminuição global do murmúrio vesicular à direita, sem ruídos adventícios. A radiografia torácica não apresentava características evolutivas em relação à última realizada. Analiticamente destacava-se: Hb 9,9 g/dL, Leucócitos 11,9 x10⁹ /L, Neutrófilos 86%, Proteína C Reactiva 41,0 mg/dL. A gasimetria arterial mostrava alcalémia respiratória, sem hipoxemia. Realizou TC-torácica que mostrou: "status pós lobectomia inferior à direita, alterações rádicas acentuadas no pulmão direito residual. Franco desvio do mediastino para a direita - fenómenos retrácteis. No lobo inferior esquerdo observa-se um pequeno foco de condensação nodular (1.9x0.8cm) de limites mal definidos com densificação intersticial adjacente e com um padrão micronodular mais periférico, existindo ainda dois outros focos nodulares infracentimétricos em localização mais anterior, podendo estas alterações constituírem focos de natureza inflamatória. No lobo superior esquerdo existem alguns micronódulos subpleurais no limiar da visibilidade." Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam após colheita de culturas (hemoculturas e expectoração). Após 7 dias de antibioterapia apresentava persistência dos parâmetros de infeção e purulência das secreções, tendo realizado broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (LBA). Observava-se abundante quantidade de secreções purulentas oriundas do brônquio principal direito. O exame bacteriológico das secreções brônquicas isolou *Aspergillus Fumigatus species complex* apenas sensível a Anfotericina B. O antígeno Galactomannan foi positivo no LBA - 4.64. O antígeno Galactomannan sérico foi negativo. Iniciou terapêutica com Anfotericina B, observando-se melhoria gradual, embora lenta, da situação clínica. Na reavaliação por broncofibroscopia, após 3 meses de tratamento, o antígeno Galactomannan foi negativo (0.7).

Conclusão: Apresenta-se este caso clínico para conferir relevo a infeções fúngicas que, apesar de menos frequentes (quando comparadas com as infeções bacterianas), não devem ser subestimadas em doentes com fatores de risco. Salienta-se aqui o papel crítico da suspeição clínica e do resultado do LBA pois, uma fração importante dos doentes tem antígeno galactomannan negativo no sangue, mas positivo no LBA

PC 056

ASPERGILLUS - O AGENTE NEM SEMPRE ESPERADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SC Silva¹, N Caires¹, RD Coelho¹, AS Santos¹, T Lopes¹, L Semedo¹, J Cardoso^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta; ²Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Palavras-chave: *Aspergillus*, aspergilose broncopulmonar alérgica, bronquiectasias

Introdução: A aspergilose pulmonar representa a infeção pelo fungo *Aspergillus* e compreende várias formas de manifestação clínica que dependem do estado imunológico do doente e das suas comorbilidades.

Caso clínico: Homem, 44 anos, caucasiano, fumador ativo (30 UMA), alérgico à penicilina. Sem diagnóstico prévio de doença respiratória. Foi enviado a Consulta de Pneumologia pelo Serviço de Urgência onde recorreu por quadro clínico de dispneia e tosse com cerca de 2 semanas de evolução, sem outras queixas. Ao exame objetivo destacava-se hipoxémia (pO₂ 65mmHg, em ar ambiente); sem alterações no estudo laboratorial nem na radiografia torácica. Teve alta medicado com budesonido/formoterol inalado. Na consulta, apesar de referir melhoria dos sintomas de dispneia, apresentava na auscultação pulmonar discretos sibilos bibasais. Realizou estudo funcional respiratório que mostrou moderada alteração ventilatória obstrutiva (FEV₁ 2310mL, 66%, FEV₁/FVC 62.56%) com insuflação pulmonar com resposta pouco significativa ao broncodilatador. Repetiu a radiografia torácica que mostrou padrão de infiltrado micronodular bilateral motivando a realização de TC torácica que mostrou várias áreas de consolidação parenquimatosa bilateral com predomínio direito associadas a múltiplos micronódulos com padrão de *tree-in-bud*, além de alguns aspectos bronquiectásicos ligeiros, com espessamento brônquico moderado acentuado e preenchimento brônquico e múltiplos gânglios reactivos, sugestivos de intercorrência inflamatória/infecciosa. Iniciou antibioterapia empírica com Cefuroxima e Azitromicina. Do estudo analítico, destacava-se eosinofilia periférica 14.4% (1090/cél), IgE aumentada (7233 KU/L), estudo auto-imune e serologias virais negativas. Realizou broncofibroscopia (BFC) cujo exame microbiológico, micológico e micobacteriológico do lavado bronco-alveolar (LBA) foi negativo, assim como a citologia do LBA que apenas descrevia "raros eosinófilos". Ao fim de 2 meses após ciclo de antibioterapia, embora menos expressivas, mantinha as alterações parenquimatosas na TC torácica. Enquadrando as alterações imagiológicas com os achados analíticos, admitiu-se poder tratar-se de uma aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA). A quantificação de IgE específica para o *Aspergillus fumigatus* no soro foi positiva (64.4 U/kL), assim como os testes cutâneos para *Aspergillus*; a quantificação das precipitinas para *Aspergillus* encontra-se ainda em curso. Assumida a hipótese diagnóstica inicial, iniciou tratamento com corticoterapia e voriconazol, estando a aguardar reavaliação imagiológica e analítica às 8 semanas. Do ponto de vista clínico, o doente manteve-se sempre assintomático relativamente a queixas respiratórias e sem novas intercorrências infecciosas.

Conclusão: A ABPA é provocada por uma reação de hipersensibilidade ao *Aspergillus*. Sendo este o caso de um doente assintomático, fumador e sem antecedente conhecido de doença respiratória, o diagnóstico além de inesperado vem realçar o aspeto multifacetado deste agente.



PC 057

ASPERGILOSE: AGENTE DUPLO

A Cysneiros, FG Oliveira, P Esteves, AC Santos

Departamento de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Aspergilose, bronquiectasias, DPOC

As infecções pulmonares causadas por espécies *Aspergillus* são complexas e têm uma apresentação clínica varável que depende da interação com o sistema imunitário do doente. Trazemos o caso de um doente de 76 anos, fotógrafo e autónomo que foi internado após 4 semanas de astenia, perda ponderal, febre, hemoptises e tosse produtiva. Encontrava-se à data de admissão sob tratamento de Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) com prednisona e itraconazol que tinha sido diagnosticado 3 meses antes, tendo inicialmente respondido bem ao tratamento. Os seus antecedentes clínicos incluíam tabagismo no passado com carga tabágica 45 UMA, DPOC estadio 4C, bronquiectasias e psoríase grave. Após a sua admissão o diagnóstico anterior e actual são questionados. Os autores fazem uma revisão de um caso clínico complexo que ilustra as múltiplas apresentações da Aspergilose assim como os seus factores de risco e critérios prognósticos.

PC 058

ASPERGILOSE PULMONAR CRÓNICA - A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

MA Galego, J Amado, S Correia, B Seabra, AP Vaz, J Ferreira

Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E.

Palavras-chave: Aspergillus, Aspergilose Pulmonar Crónica, Sarcoidose, Tuberculose Pulmonar

Introdução: A Aspergilose Pulmonar Crónica (APC) engloba um espectro de infecções crónicas por *Aspergillus*. A doença pulmonar crónica e a imunossupressão constituem factores de risco conhecidos. A apresentação é variada, o diagnóstico nem sempre é fácil e o tratamento não é consensual.

Caso 1 - Homem, 38 anos, com Tuberculose Pulmonar (TP) tratada em 2001, bronquiectasias e cavitações no ápice direito sequelares. Episódio de urgência em Março 2017, por hemoptises e perda ponderal (2 meses de evolução). A TC revelou alterações apicais direitas compatíveis com aspergilomas associadas a densificação parenquimatosa adjacente. Dada a repercussão analítica e o risco hemorrágico, foi realizada embolização brônquica. Pelo isolamento de *Aspergillus fumigatus* no exame micológico do lavado broncoalveolar (LBA), os achados imagiológicos e a evolução clínica, foi iniciado Voriconazole. Por recorrência das hemoptises, foi repetida a embolização. Considerando os riscos de fistulização e disseminação da infecção e a estabilidade clínica, optou-se pelo tratamento com antifúngico, protelando-se a cirurgia. Até à data, mantém Voriconazole, com controlo imagiológico periódico e sem recidiva clínica.

Caso 2 - Homem, 70 anos, com hepatite crónica de etiologias auto-imune e alcoólica, diabetes *mellitus*, TP em 2011 e cavitação no lobo inferior esquerdo (LIE) sequelar. Enviado à consulta de Pneumologia, em Agosto de 2016, por aspergiloma no LIE. O estudo revelou IgG específica para *Aspergillus* no soro. Em Setembro de 2016 foi internado por agravamento de sintomas respiratórios após broncofibroscopia (BFC). Durante este internamento, foi submetido a esplenectomia por pancitopenia persistente e suspeita de doença linfoproliferativa, que não se confirmou. Em Março de 2017, foi novamente internado, por infecção respiratória - por manter agravamento clínico, imagiológico e analítico apesar de antibio-terapia de largo espectro, o quadro foi interpretado como progressão da APC. Iniciado Voriconazole, que mantém actualmente, apresentando estabilidade clínica e imagiológica.

Caso 3 - Homem, 37 anos, sob terapêutica com Rifampicina, Etambutol e Isoniazida por suspeita de micobacteriose (TP vs não-tuberculosa), iniciada em Novembro de 2013 (biópsia pulmonar com granulomas epitelióides, sem necrose, com presença de BAAR), foi observado na urgência em Fevereiro de 2014, por apresentar, em TC torácica, cavitação no LIE com nível hidroaéreo associada a consolidações adjacentes, hepatoesplenomegalia com múltiplos nódulos esplénicos e várias adenopatias nos compartimentos mediastínico, esplénico, retroperitoneal e retrocural. Por ausência de resposta a antibio-terapia de largo espectro, realizou BFC, cujo LBA isolou *Aspergillus fumigatus*. Assumida APC e iniciado Voriconazole. Diagnóstico concomitante de Sarcoidose estadio IV pela evolução radiológica, ausência de resposta prévia aos antibacilares e doseamento elevado de Enzima Conversora de Angiotensina. Em Agosto de 2014 iniciado tratamento para a Sarcoidose com corticóide e, posteriormente, em Novembro de 2015, com Metotrexato. Actualmente, mantém terapêutica com antifúngico e imunossupressor.

Discussão: Nos casos apresentados, todos os doentes tinham antecedentes de doença pulmonar, nomeadamente, TP cavitada prévia e Sarcoidose, associada a algum grau de imunossupressão (diabetes, alcoolismo, esplenectomia). A suspeita de infecção com outros agentes constitui um desafio no diagnóstico, o que torna os achados microbiológicos importantes na orientação.

PC 059

DOENÇA ASSOCIADA A IGG4 E TUBERCULOSE PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

T Abrantes, J Silva, J Correia, M Conceição, A Cunha, J Vale, AS Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Palavras-chave: tuberculose; IgG4; granuloma;

Introdução: A doença associada a IgG4 consiste numa condição fibro-inflamatória com características específicas, que vindo sendo cada vez mais reconhecida e relatada. Pode ser primária ou secundária e afectar apenas um ou vários órgãos. O envolvimento pulmonar é ocasionalmente reportado.

Caso Clínico: Mulher, 52 anos, empregada fabril (peças automóveis - soldadura), não fumadora, com antecedentes pessoais de artrite reumatóide, hemangiomas hepáticos, histerectomia com anexectomia e colecistectomia. Antecedentes familiares de neoplasia intestinal e da mama. Medicada com sulfassalazina 500 mg 2id, prednisolona 2,5mg, diazepam 5mg, escitalopram 20mg e ibuprofeno em SOS. Em seguimento ecográfico de hemangioma hepático e alterações das provas hepáticas. Na sequência do estudo, realizou TC-abdominal que revelava adenopatia de 26x11 mm no hilo hepático e alterações pulmonares, tendo sido enviada a Consulta Externa de Pneumologia. TC-tórax subsequente mostra nódulo sólido no LID, de contornos irregulares, cauda pleural e vidro despolido circundante, 22 mm; nódulo 12mm no LID, limites regulares; vários micronódulos subpleurais. Sem clínica respiratória. Exame objectivo sem alterações. Analiticamente de destacar FA 800 UI/L, GGT 120 UI/L, anti-CCP positivo. Videobroncofibroscopia sem lesões endobrônquicas. Citologias, micro e micobacteriologias do mini-LBA e aspirado brônquico negativas. Provas de função respiratória normais. PET-CT com captação no nódulo do LID (SUV máx 2,5) e em adenopatias bronco-hilares direitas. Biópsia transtorácica a nódulo no LID mostrou fibrose e infiltrado linfoplasmocitário, com imunohistoquímica e morfologia sugestiva de doença pulmonar relacionada com IgG4 (em 20 plasmócitos por HPF), não se podendo excluir neoplasia. Submetida a ressecção em cunha do nódulo no LID cuja resultado anatomo-patológico é de granuloma com necrose caseosa (isolamento posterior de MBTc) e suspeita de linfangioleiomiomatose com variante nodular. Iniciou tratamento anti-bacilar, aguardando TC-Tórax de alta resolução, reavaliação clínica e analítica.

Conclusão: A presença de granulomas geralmente exclui o diagnóstico de doença relacionada com IgG4, excepto quando co-existe em pano de fundo uma história clínica típica de doença de IgG4. A evolução clínica permitirá esclarecer as dúvidas diagnósticas.

PC 060

ISONIAZIDA: UM EFEITO SECUNDÁRIO RARO

M Pereira, V Areias, B Santos, J Contreras, U Brito
CHAlgarve - Hospital de Faro

Palavras-chave: Tuberculose, antibacilares, neurotoxicidade, isoniazida, encefalopatia tóxica

A isoniazida tem sido amplamente utilizada no tratamento de primeira linha da tuberculose. Contudo, o seu uso pode associar-se a efeitos secundários, designadamente hepatotoxicidade e neurotoxicidade, como neuropatia periférica, encefalopatia tóxica, nevrite e atrofia ótica, ataxia cerebelosa, sintomas psiquiátricos (como psicose) e até morte. Os insuficientes renais são mais susceptíveis a esta toxicidade. Por outro lado, nos doentes não dialisados a toxicidade neurológica mais comum provocada pela isoniazida é a psicose.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 72 anos, caucasiano, reformado (ex-motorista), não fumador, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, AVC sem sequelas e tromboflebitis bilaterais, que recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptises em quantidade moderada com 1 dia de evolução, sem outros sintomas. A radiografia de tórax apresentava um infiltrado no lobo superior esquerdo (LSE). Posteriormente houve agravamento das hemoptises e febre. Assumiu-se a possibilidade de se tratar de uma tuberculose pulmonar, motivo pelo qual o doente ficou internado em isolamento respiratório. Fez Angio-TC torácica, com evidência de cavitação no LSE, com condensação adjacente. O exame direto micobacteriológico da expectoração e secreções brônquicas foi negativo pelo que se pediu teste de amplificação de ácido nucleico nestas últimas, que foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou-se terapêutica antibacilar com isoniazida 300mg/dia, rifampicina 600mg/dia, pirazinamida 1500mg/dia e etambutol 1200mg/dia, associada a piridoxina 40mg/dia, com melhoria dos sintomas. Contudo, 2 semanas após a introdução dos antibacilares iniciou queixas de diminuição de força motora e aumento da espasticidade no hemicorpo direito. A TC-cranioencefálica não revelou lesões agudas. Por apresentar também humor deprimido iniciou mirtazapina. Quatro dias depois, por se apresentar mais prostrado, suspendeu-se a mirtazapina, assumindo-se como sendo um efeito secundário deste fármaco. Contudo, seguiu-se um agravamento dos sintomas. Analiticamente a destacar elevação das enzimas hepáticas (AST superior a 6xN, ALT e GGT superior a 3xN). Dada a persistência da alteração do estado de consciência foi avaliado pela Neurologia que sugeriu realização de eletroencefalograma, que foi inconclusivo, amónia sérica, que foi normal, e punção lombar, também normal, excluindo tuberculose meningea. 43 dias após o início da terapêutica optou-se pela suspensão dos antibacilares, dada a hipótese de encefalopatia tóxica induzida pela isoniazida. Realizou RM-cranioencefálica, que não apresentava lesões agudas e aumentou-se a dose de piridoxina para 100mg/dia associada a tiamina (durante 3 dias). Duas semanas após a suspensão dos antibacilares verificou-se uma recuperação gradual do estado de consciência, pelo que se decidiu reintroduzir a rifampicina em doses crescentes associada a pirazinamida e etambutol. Atualmente cumpriu já 162 dias de terapêutica antibacilar com melhoria clínica e normalização do quadro neurológico, bem como das enzimas hepáticas.

Em suma, apesar da terapêutica profilática com piridoxina e função renal normal, na presença de alterações neurológicas em doentes a tomar isoniazida é importante equacionar a possibilidade de encefalopatia secundária a esta, apesar de raro, sobretudo em doentes mais vulneráveis (como idosos, doentes renais e hepáticos, entre outros), para deste modo proceder-se à suspensão do fármaco em tempo útil para uma total recuperação.



PC 061

TUBERCULOSE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA PULMONAR EM PRÉ-ESCOLAR

BNL Silva, N Neto, L Pereira, N Cyllio, N Navi, S Sias
Hospital Universitário Antônio Pedro - Niterói/RJ - Brasil

Palavras-chave: Tuberculose; Massa pulmonar

Paciente de 2 anos e 5 meses deu entrada em serviço terciário de Pneumologista pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP)/UFF com história de imagem pulmonar arredondada mantida em terço inferior de pulmão direito. Imagem visualizada inicialmente em radiografia de tórax quando paciente tinha 1 ano e 5 meses e apresentava quadro de tosse, estando afebril. Feito tratamento empírico domiciliar para pneumonia comunitária (amoxicilina 50mg/kg/dia por 10 dias). Devido a manutenção da imagem durante investigação paciente foi internada e feita antibioticoterapia venosa empírica para germes comuns (amoxicilina com clavulanato 90mg/kg/dia por 10 dias), também com manutenção da imagem.

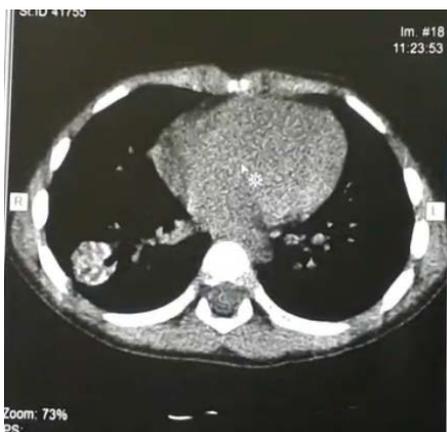
Realizou ainda durante investigação coleta de imunoglobulinas e anti-HIV, ambos normais.

No HUAP foi realizada tomografia computadorizada de tórax a qual evidenciou lesão arredondada medindo aproximadamente 6cm em seu maior diâmetro, com diversas calcificações de perimeio em região inferior de lobo médio direito, evidenciada ainda linfonodomegalia perihilar, alguns calcificados em seu interior.

Apesar de não apresentar historia clinica de contactantes domiciliars com tuberculose no momento, mãe da paciente que possuía guarda da mesma até o primeiro ano de vida apresentava-se emagrecida e era usuária de drogas.

Aventada a possibilidade de tuberculose por questões sociais e epidemiológicas, foi realizada broncoscopia com lavado broncoalveolar (LBA) a qual visualizou alargamento da carina principal e de das carinas de divisão lobares; LBA encaminhado para microbiológico para germes comuns e tuberculose, citioquímica (Ziehl-Nielsen e Ppanicolau) e Gene-Xpert.

Diagnóstico final confirmado através de Gene-Xpert positivo para *Micobacterium Tuberculosis* sensível a rifampicina, iniciado tratamento com esquema triplice (rimfampicina + isoniazida + pirazinamida), com boa evolução clínica. Apesar de paciente ser inicialmente eutrofica, sem queixa espontânea por parte da família acerca de ganho ponderal a mesma ganhou 3kg (22% do peso inicial) em 3 meses de tratamento.



PC 062

SÍNDROME DE APNEIA DO SONO E MELANOMA MALIGNO

J Lages, M Santis, J Serra, J Moita
Hospital de Braga

Palavra-chave: Hipoxia Intermitente, Melanoma Maligno, Síndrome de Apneia do Sono

Introdução: A Síndrome de apneia do sono (SAS) é um problema de saúde pública bem conhecido devido à sua alta prevalência e numerosas consequências da doença, incluindo sonolência diurna excessiva, comprometimento cognitivo e consequentemente acidentes rodoviários. O melanoma cutâneo metastático representa a maioria das mortes por cancro de pele devido à sua agressividade e alta resistência às terapias atuais. Muito recentemente foi descrita ligação entre SAS e hipoxia intermitente (HI) com desenvolvimento de cancro. A maioria dos dados experimentais foram obtidos usando modelos em melanoma. Pensa-se que a HI esteja associada a um aumento na taxa de crescimento, incidência, progressão e mortalidade do cancro.

Caso Clínico: Sexo masculino, 60 anos. Ex-fumador. Antecedentes de obesidade, hipertensão arterial, depressão e SAS diagnosticada em 2015, sob tratamento com **pressão positiva** contínua nas vias aéreas (CPAP), com boa adesão. O doente descrevia lesão cutânea no ombro esquerdo, posteriormente, com início em 2014. Realizou excisão em Outubro de 2015. Tratou-se de um melanoma maligno (MM) nodular ulcerado BRAF positivo. O doente perdeu seguimento em consulta. Três meses depois (Janeiro de 2016) regressou para continuação do estudo tendo sido feito estadiamento. Por suspeita de lesões secundárias laterocervicais esquerdas foi, em Março de 2016, submetido a alargamento da margem cirúrgica e a excisão de nódulos subcutâneos das regiões clavicular (negativos para malignidade) e justaclaviculares que mostraram 2 metástases de melanoma maligno em gânglios linfáticos pelo que foi proposto para realização de esvaziamento cervical esquerdo, em Maio de 2016, que confirmou metastização. Iniciou tratamento com anti-BRAF/anti-MEK (Vemurafenib e Cobimetinib). Em Novembro de 2016 constatada recidiva cervical e axilar homolateral, apresentando volumosa massa cervical que provocava abaulamento da região. Doente com queixas de dor a nível cervical e limitação do movimento com dificuldade na adaptação noturna a CPAP (1-2 horas por noite).

Foi submetido, em Dezembro 2016, a esvaziamento cervical total, parotidectomia e esvaziamento axilar esquerdos, todos os gânglios maciçamente metastizados. Dada a progressão sob terapêutica com anti-BRAF/anti-mek, iniciou imunoterapia com nivolumab.

Limitado a cumprir CPAP desde Novembro de 2016. Em Fevereiro 2017, progressão rápida da doença com aparecimento de volumosa massa cervical contralateral, de crescimento rápido. O doente acabou por falecer em Abril 2017.

Discussão: Foi descrito recentemente em pacientes com SAS um aumento da agressividade e mortalidade por cancro. A HI, característica do SAS, aumenta o crescimento e a metástase do melanoma em ratinhos. Neste caso tratou-se de um doente com evidência de MM previa ao diagnóstico de SAS,



com progressão cervical e axilar apesar de boa adesão a CPAP. Suspendeu terapêutica com CPAP no decorrer da doença tendo esta massivamente metastizado para a cadeia cervical contralateral, em 3 meses. Estando a IH relacionada com a progressão de neoplasias, pensamos que a interrupção ao tratamento com CPAP possa estar relacionado com uma progressão mais rápida e agressiva do melanoma, embora o mau prognóstico prévio. Os autores questionam a pertinência do rasteio dermatológico de doentes com SAS bem como o rasteio de SAS em doente com diagnóstico de melanoma.

PC 063

EASY SLEEP APNOEA PREDICTOR - UMA NOVA FERRAMENTA DIAGNÓSTICA NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

T Sá^{1,2}, V Caldeira^{1,2}, A Borba^{1,2}, I Duarte^{1,2}, R Bernardes^{1,2}, S Rosário^{1,2}, R Duarte³, FM Silveira³, J Cardoso^{1,2}

¹Hospital de Santa Marta, Centro Hospital de Lisboa Central, Lisboa; ²NOVA Medical School Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; ³Sleep Laboratório de Estudo dos Distúrbios do Sono, Centro Médico BarraShopping, Rio de Janeiro, Brasil

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono, questionário STOPBang, teste ESAP

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma doença comum, estimando-se que até 80% dos doentes com esta patologia não estejam diagnosticados. A necessidade de ferramentas simples que auxiliem o diagnóstico desta patologia é indiscutível. Existem vários questionários com aplicação na prática clínica, úteis na avaliação do risco de apneia obstrutiva do sono, sendo o questionário STOPBang (QSB) um dos mais utilizados e validados.

Objectivo: Avaliação de um novo teste [*easy sleep apnoea predictor* (ESAP)], previamente descrito por Edmonds PJ e Edmonds LC, e comparação do seu desempenho com o questionário STOPBang, na avaliação do risco de apneia obstrutiva do sono.

Métodos: Estudo prospectivo numa amostra de doentes adultos que realizaram polissonografia tipo 3 em ambulatório, num laboratório do sono entre Julho/2016 e Junho/2017. Foram apurados dados demográficos, a escala de sonolência de Epworth (ESE), aplicado o QSB e o teste ESAP. Um teste ESAP positivo foi definido como a incapacidade de envolver completamente o pescoço com ambas as mãos, sem esforço excessivo, mantendo os polegares em contacto na região anterior do pescoço. Foram excluídos doentes com outros distúrbios do sono, insuficiência respiratória crónica e dados incompletos. Foram realizadas tabelas de contingência para avaliar o desempenho das ferramentas diagnósticas.

Resultados: Foram avaliados 264 doentes, 61.4% do sexo masculino, com idade média (DP) de 60.4 (13.0) anos e IMC de 31.5 (6.1) Kg/m². Oitenta e cinco (32.2%) doentes apresentavam sonolência diurna excessiva (ESE ≥ 10). A prevalência de apneia obstrutiva do sono [índice de apneia/hipopneia (IAH) $\geq 5.0/h$] foi de 76.1% e de apneia obstrutiva do sono moderada a grave (IAH $\geq 15.0/h$) de 45.1%. O teste ESAP foi positivo em 177 (67.0%) doentes e 253 (96.2%) apresentaram risco intermédio ou alto (QSB ≥ 3) de ter apneia obstrutiva do sono quando aplicado o questionário STOPBang. Para o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono (IAH $\geq 5.0/h$) o teste ESAP positivo e QSB ≥ 3 mostraram sensibilidade de 77.1% e 100%, especificidade de 65.1% e 15.9% e um valor predictivo positivo (VPP) de 87.6% e 79.1%, respectivamente. Para o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono moderada a grave (IAH $\geq 15.0/h$) o teste ESAP positivo e QSB ≥ 3 mostraram respectivamente uma sensibilidade de 84.9% e 100%, especificidade de 47.6% e 6.9% e VPP de 57.1% e 46.9%. A análise do desempenho destas ferramentas em subgrupos de doentes obesos e sonolentos (ESE ≥ 10) mostrou resultados semelhantes.

Conclusões: Quando comparado com um risco intermédio ou alto (QSB ≥ 3) de ter apneia obstrutiva do sono aplicando o questionário STOPBang, o teste ESAP mostrou menor sensibilidade mas uma especificidade e VPP consideravelmente superiores para o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono e AOS moderada a grave. Atendendo à limitação de recursos existente para o diagnóstico de AOS, consideramos o elevado valor preditivo positivo e simplicidade de aplicação deste teste mais valias na avaliação de doentes com suspeita de AOS, podendo a utilização desta ferramenta ser especialmente útil ao nível dos cuidados de saúde primários.



PC 064

IMPACTO DA TERAPIA COM CPAP NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS DURANTE O PERÍODO TOTAL DE SONO

AF Matos, R Staats, C Pereira, D Fernandes, J Valença, S Moreira, P Pinto, C Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: SAOS, parâmetros hemodinâmicos, Nexfin HD

Introdução: A síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono (SAOS), como potencial desencadeadora de variações ao nível do sistema cardio-vascular, apresenta relevante influência em parâmetros hemodinâmicos (PH), como a tensão arterial (TA). A maioria da evidência científica baseia-se em estudos de monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA), com medições somente em intervalos entre 15 a 60 minutos. O objectivo deste trabalho foi identificar variações dos PH durante todo o período de sono e o efeito da terapia com pressão positiva contínua (CPAP) nestes parâmetros.

Métodos: Foram avaliados seis doentes submetidos a registo polissonográfico (PSG) antes e durante a utilização de CPAP. Os PH foram gravados por medição batimento a batimento usando o dispositivo Nexfin HD. Foram avaliados: frequência cardíaca (FC), tensão arterial sistólica (Sis) e diastólica (Dia), Volume sistólico (SV) e débito cardíaco (DC). Em cada doente foram exportados entre 19281 e 25037 registos de cada PH, analisados através do SPSS. Os resultados são expostos em valores médios +/- desvio padrão.

Resultados:

	Doente 1		Doente 2		Doente 3		Doente 4		Doente 5		Doente 6	
	Antes CPAP:	Depois CPAP:	Antes CPAP:	Depois CPAP:	Antes CPAP:	Depois CPAP:	Antes CPAP:	Depois CPAP:	Antes CPAP:	Depois CPAP:	Antes CPAP:	Depois CPAP:
Índice Distúrbios Respiratórios (RDI)	65,9	4,2	41,8	5,3	49,3	15,3	82,6	15,3	37,7	5,2	15,9	9,7
FC	61,7 (+/- 9,6)	59,2 (+/- 7,2)	51,4 (+/- 7,3)	53,8 (+/- 8,7)	72,1 (+/- 9,4)	73,5 (+/- 9,8)	71,5 (+/- 16,1)	75,1 (+/- 7,3)	63,7 (+/- 18,7)	62,1 (+/- 18,9)	60,2 (+/- 19,2)	54,3 (+/- 16,1)
(p value)*	pffi0,000		p=0,264		pffi0,000		pffi0,000		p=0,103		pffi0,000	
Sis	116,7 (+/- 13,1)	119,1 (+/- 9,6)	108,0 (+/- 10,7)	95,1 (+/- 8,1)	125,1 (+/- 16,6)	114,2 (+/- 15,4)	131,4 (+/- 18,9)	119,6 (+/- 10,7)	113,8 (+/- 14,5)	112,2 (+/- 19,0)	106,7 (+/- 11,3)	117,9 (+/- 15,5)
(p value)*	p=0,002		pffi0,000		pffi0,000		p=0,001		pffi0,000		pffi0,000	
Dia	72,8 (+/- 7,6)	72,6 (+/- 6,4)	66,1 (+/- 9,8)	59,8 (+/- 6,7)	66,5 (+/- 9,2)	66,0 (+/- 7,4)	79,4 (+/- 13,2)	72,4 (+/- 7,7)	68,2 (+/- 9,4)	69,9 (+/- 14,9)	65,4 (+/- 6,4)	68,2 (+/- 9,7)
(p value)*	p=0,724		pffi0,000		pffi0,000		pffi0,000		p=0,197		pffi0,000	
SV	96,4 (+/- 13,4)	99,6 (+/- 10,7)	102,3 (+/- 13,6)	92,6 (+/- 14,1)	104,4 (+/- 16,7)	91,9 (+/- 13,7)	98,3 (+/- 18,9)	98,2 (+/- 9,9)	94,6 (+/- 20,4)	88,7 (+/- 20,4)	95,2 (+/- 18,4)	106,0 (+/- 20,3)
(p value)*	p=0,010		pffi0,000		p=0,004		p=0,261		p=0,778		pffi0,000	
DC	5,9 (+/- 1,1)	5,8 (+/- 0,8)	5,2 (+/- 1,0)	4,9 (+/- 0,9)	7,5 (+/- 1,5)	6,7 (+/- 1,4)	6,9 (+/- 1,6)	7,3 (+/- 0,8)	6,0 (+/- 2,3)	5,4 (+/- 1,9)	5,6 (+/- 1,9)	5,6 (+/- 1,8)
(p value)*	p=0,001		pffi0,000		pffi0,000		p=0,198		p=0,743		pffi0,000	

*(valor p da diferença entre médias) / **p<0,05 = estatisticamente significativo**

Discussão: Neste trabalho, foram analisadas mais de 19000 medições de parâmetros hemodinâmicos em cada doente, muito acima do máximo de medições possíveis em 8h com MAPA, permitindo uma investigação mais profunda do perfil hemodinâmico. Todos os doentes demonstraram uma redução significativa no IDR, mas a variação dos PH foi inconstante. Embora já outros trabalhos tenham utilizado este método, raramente foram realizadas gravações de noite completa e os dados foram restritos a medições de TA. Estes resultados questionam se a avaliação por MAPA será suficiente na avaliação da variação de PH durante o sono.



PC 065

EFEITOS DA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS DURANTE A TRANSIÇÃO VIGÍLIA/SONO

R Staats, I Barros, D Grencho, AF Matos, D Fernandes, L Moita, J Valença, S Moreira, C Bárbara, AB Almeida

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Sono, cardiovascular, hipóxia

Introdução: a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) influencia várias funções homeostáticas do sono, incluindo a redução fisiológica do tônus simpático do sistema nervoso autónomo (SNA). Os parâmetros hemodinâmicos (PH) são sensíveis ao SNA e podem ser importantes para explicar o aumento da mortalidade em pacientes com SAOS.

Métodos: 38 participantes foram submetidos a polissonografia (PSG) e análise batimento a batimento dos seguintes PH: tensão arterial sistólica (Sis), diastólica (Dia), tensão arterial média (TAM), volume sistólico (VS) e débito cardíaco (DC). A análise restringe-se a 5 minutos antes e 20 minutos após o início do sono. Os controlos (C) foram definidos como os participantes com índice de apneia/hipopneia normal ou ligeiramente aumentado (IAH <15/h) e os casos (O) com IAH ≥ 15/h. Os grupos foram comparados usando teste T-student. A evolução dos PH durante a transição de vigília/sono (TVS) foi calculada pela correlação entre o factor tempo e os diferentes PH como variáveis dependentes. Parâmetros relevantes de PSG foram identificados pelo teste de regressão múltipla. Foi utilizado um nível de significância de 5% para todos os testes.

Resultados:

	Idade	IMC	ES[%]	N3[%]	ID[h]	IAH[h]	IDO[h]	T90 [%]
C (n:21)	46,52 (10,96) ns	44,01 (7,07) ns	64,24 (15,92)*	10,95 (19,33) ns	20,17 (21,43) *	4,10 (5,70) *	8,33 (17,59) *	2,67 (7,89) ns
O (n: 17)	54,23 (8,05)	44,86 (5,56)	49,12 (20,30)	2,33 (7,22)	73,44 (37,25)	70,24 (33,18)	70,24 (34,62)	13,98 (25,22)

Tabela 1: Valores médios (+/-desvio-padrão). ES:Eficiência sono, N3: Sono N3, ID:Índice despertar, IDO:Índice de dessaturação do oxigénio, T90: SpO2<90 %, Resultados com p<0,05 estão indicados com*.

	FC [mmHg]	Sis [mmHg]	Dias [mmHg]	TAM [mmHg]	VS[ml]	DC [L/min]
C	72,83 (18,8)	117,36 (17,8)	67,89 (13,3)	86,81 (14,8)	101,63 (16,7)	7,29 (1,3)
O	76,62 (14,8)	127,26 (20,6)	69,0 (10,9)	85,50 (24,56)	104,83 (13,6)	7,89 (1,53)

Tabela 2: Valores médios dos PH (+/- desvio padrão). Todos os resultados têm p>0,05.

A evolução dos PH durante a transição vigília/sono demonstrada na tabela 3:

	FC	Sis	Dias	TAM	VS	DC
C	-0,010 (0,27)	-0,237 (0,34)*	-0,242 (0,34)*	-0,277 (0,32)*	-0,159 (0,30)	-0,179 (0,39)
O	-0,098 (0,20)	0,074 (0,29)	0,037 (0,24)	0,063 (0,39)	0,063 (0,26)	-0,095 (0,296)

Tabela 3 Coeficiente R de Pearson correlaciona o factor tempo vs. valores dos PH (Pearson) (+/-desvio-padrão)

A tabela 3 demonstra que pacientes com SAOS não revelam a redução fisiológica dos PH na transição da vigília para o sono. Foram detectados resultados significativos para Sis, Dias, TAM e VS. A análise de regressão múltipla entre os PH e IAH, IDO e ES confirmou uma relação negativa estatisticamente significativa entre ES e Sis (B: -0,007; beta -0,357; p = 0,034), TAM (B: -0,01; Beta -0,51; p = 0,002) e VS: (B: -0,006; beta -0,36; p = 0,03). Não foram encontrados outros resultados significativos.

Discussão e Conclusão: Nesta análise de evolução dos PH durante o sono, os pacientes com SAOS não revelaram a diminuição fisiológica nos valores de PH encontrados nos controlos. O impacto da SAOS foi no entanto reduzido e sobretudo baseado na manutenção do sono.



PC 066

RITUXIMAB COMO TERAPÊUTICA NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

CM Cabo, S Freitas, CR Cordeiro

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

Palavras-chave: Pneumonite; Hipersensibilidade; Rituximab

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade é uma doença resultante da inalação repetida de partículas orgânicas. A evicção da exposição antigénica, os corticoides e imunossupressores são a base do tratamento, mas apesar da terapêutica otimizada, alguns doentes apresentam agravamento clínico, funcional e imagiológico. O Rituximab, anticorpo anti-CD20 utilizado no tratamento de linfomas e doenças auto-imunes, apresenta-se como alternativa, tendo mostrado benefício na patologia intersticial, refratária à terapêutica, nomeadamente nas doenças intersticiais associadas ao tecido conjuntivo.

Casos clínicos: Homem, 56 anos, estofador de automóveis, enviado a consulta de Pneumologia em Março de 2012 com quadro com um ano de evolução de tosse produtiva com expectoração mucosa e dispneia de esforço. Negava patologia prévia, referindo contacto com galinhas, materiais têxteis, colas e tintas. Ao exame objetivo apresentava saturação periférica de oxigénio de 93% e ferveores crepitantes bilaterais à auscultação pulmonar. Realizou radiografia de tórax que mostrou padrão reticular e TC torácica de alta resolução com vidro despolido e opacidades reticulares dispersas mais acentuadas nos lobos inferiores. Analiticamente apenas com precipitinas para *Aspergillus* positiva, sem insuficiência respiratória na gasometria arterial e estudo funcional ventilatório com CVF 72,4%, VEMS 84,9%, CPT 69,8%, IT 93,2% e DLCO 49,5%. Terminou a prova da marcha dos 6 minutos com 81% de saturação. O diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade foi obtido por biópsia cirúrgica. Foi iniciada terapêutica oral com deflazacort na dose de 0,75 mg/Kg/dia, inicialmente com melhoria clínica e funcional, mas agravamento da fibrose na TC torácica. Após 10 meses de tratamento, verificou-se agravamento funcional e imagiológico marcado pelo que se associou azatioprina na dose 2,5mg/Kg/dia, sem melhoria significativa a um ano. Foi iniciada ciclofosfamida que cumpriu durante 6 meses, com agravamento clínico progressivo e hipoxemia moderada na gasometria. Decidida então terapêutica com rituximab (em duas administrações com intervalo de 15 dias) com estabilidade clínica e funcional ao fim de 12 meses de follow-up. Homem, 44 anos, empresário na área têxtil, apresenta-se em Novembro de 2010 com quadro de tosse pouco produtiva persistente com expectoração mucosa e dispneia de esforço com meses de evolução. Referia contacto com periquito e humidade em casa. Ao exame objetivo com ferveores crepitantes bibasais e saturação periférica de oxigénio de 96%. A realização de uma radiografia de tórax que mostrou padrão reticular, levou a estudo complementar com estudo funcional ventilatório com CVF 57%, VEMS 62%, CPT 64%, IT 89% e DLCO 46%, prova da marcha dos 6 minutos com saturação final de 73% e TC torácica com vidro despolido nos lobos inferiores. O diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade foi obtido por biópsia cirúrgica. Iniciou tratamento com deflazacort na dose de 0,75 mg/Kg/dia, depois associada a azatioprina 2,5mg/Kg/dia

que cumpriu durante 3 anos sem resposta clínica ou funcional. A terapêutica com ciclofosfamida durante 6 meses não mostrou benefício. Cumpriu então terapêutica com rituximab, com melhoria clínica e estabilidade funcional e imagiológica ao fim de 12 meses de follow-up.

Conclusões: Os autores destacam a necessidade de novas abordagens terapêuticas nas doenças intersticiais pulmonares. O Rituximab pode apresentar-se como alternativa terapêutica na Pneumonite de Hipersensibilidade Crónica.



PC 067

UMA NUVEM TÓXICA - REVISÃO DAS ADMISSÕES NO SU APÓS INCÊNDIO NUMA FÁBRICA DE FERTILIZANTES AGRÍCOLAS

I Cosme, I Fernandes, P Duarte

Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

Palavras-chave: dióxido de enxofre; inalação; serviço de urgência

Introdução: O enxofre é utilizado em fertilizantes agrícolas e da sua combustão resulta o dióxido de enxofre. Este gás é hidrossolúvel e poluente em determinadas concentrações. A exposição ao dióxido de enxofre pode originar complicações respiratórias cuja gravidade está relacionada com a idade e as patologias respiratórias do doente, bem como com o tempo de exposição a este gás.

Métodos: Estudo retrospectivo das características demográficas e clínicas dos adultos que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) após incêndio numa fábrica de fertilizantes agrícolas à base de enxofre. Análise estatística com o *software SPSS 24*.

Resultados: Foram incluídos 12 doentes (58,3% homens, média etária 39,6±12,8 anos) dos quais 8,3% fumadores, 25% com patologia respiratória prévia e 33,3% com outras comorbilidades. Estiveram no local do incêndio 58,3% dos doentes e 41,7% em áreas limítrofes. Os principais motivos de recurso ao SU foram sintomas respiratórios (75%), tendo 55,6% dos doentes referido dispneia, 55,6% tosse e 44,4% toracalgia. Alguns doentes referiram também queixas de cefaleia (50%), tonturas (16,7%) e 33,3% tinham envolvimento mucocutâneo ligeiro relacionado com a proximidade ao fogo. Nenhum doente apresentou alteração do estado de consciência. Dos doentes presentes no local do incêndio, 85,7% tiveram queixas respiratórias; nos que estiveram apenas nas áreas limítrofes do incêndio, estas ocorreram em 40%. À auscultação, em 66,7% dos doentes com patologia respiratória, verificaram-se sibilos, enquanto que nos outros doentes não se objectivaram alterações ($p=0.045$). Oito doentes (66,7%) foram submetidos a radiografia de tórax, todas sem alterações. Dez doentes (83,3%) foram submetidos a gasometria arterial, dos quais 3 apresentaram insuficiência respiratória parcial (todos estes doentes estiveram presentes no local do incêndio). Nenhum doente teve necessidade de ventilação mecânica nem de internamento. Não se registaram óbitos nem novo recurso ao SU. A maioria dos doentes foi medicada com corticoides endovenosos (41,7%), broncodilatadores (33,3%) e antihistamínicos (33,3%) no SU. Três doentes (25%) foram medicados para ambulatório com terapêutica sintomática.

Conclusões: No grupo estudado, verificou-se que os sintomas apresentados foram ligeiros, de predomínio respiratório. Não houve necessidade de internamento, nem se registaram óbitos, o que se pode relacionar com o facto desta população de doentes ter uma média etária inferior a 40 anos, a maioria sem patologia respiratória prévia e com um tempo de exposição ao dióxido de enxofre curto.

PC 068

TOXICIDADE PULMONAR A MESALAZINA

AT Alexandre, T Gomes, A Fernandes

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

Palavras-chave: mesalazina; pneumonia intersticial; doença inflamatória intestinal

Introdução: A mesalazina (ácido 5-aminossalicílico), metabolito ativo da sulfassalazina, é frequentemente utilizada no tratamento das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). A incidência de toxicidade sistémica por este fármaco é de cerca de 3%, sendo o envolvimento pulmonar raro, ao contrário do que acontece com a sulfassalazina. Os autores descrevem um caso ilustrativo das manifestações clínicas, radiológicas e patológicas da toxicidade pulmonar deste fármaco.

Caso Clínico: Os autores relatam o caso de uma doente do género feminino com 60 anos de idade, não fumadora, com antecedentes pessoais de asma e hipertensão arterial medicadas.

Em contexto de diarreia sanguinolenta realizou estudo endoscópico baixo e foi-lhe diagnosticada Colite Ulcerosa, tendo iniciado tratamento com mesalazina na dose de 500 mg, 3 vezes por dia, com franca melhoria dos sintomas.

Cerca de 2 meses após o início da terapêutica iniciou quadro progressivo de dispneia, tosse não produtiva, astenia e hiper-sudorese noturna, pelo que recorreu ao serviço de urgência. Ao exame objetivo apresentava sinais de dificuldade respiratória, discreta cianose e na auscultação pulmonar eram audíveis sibilos expiratórios dispersos e crepitações teleinspiratórias em ambas as bases. A radiografia torácica evidenciava infiltrado intersticial difuso bilateralmente, a gasometria arterial mostrava insuficiência respiratória tipo 1 e analiticamente apresentava apenas um aumento moderado da desidrogenase do lactato e da velocidade de sedimentação, sem outras alterações de relevo. A doente iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina + Ácido Clavulânico e Azitromicina na presunção de pneumonia atípica e foi admitida em internamento para estabilização clínica e estudo complementar, sem que tivesse sido suspensa a terapêutica com mesalazina. Realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax de alta resolução, que evidenciou padrão em vidro despolido bilateral e acentuação dos septos peribroncovasculares. O rastreio sético realizado foi negativo, assim como o estudo serológico. O estudo imunológico revelou níveis de imunoglobulinas normais e um aumento de p-ANCA (1:320). O exame funcional respiratório era compatível com obstrução das pequenas vias aéreas e redução ligeira da DLCO. Realizou lavado broncoalveolar, que apresentava hiper celularidade com predomínio de linfócitos (66%) e relação CD4/CD8 < 1.

Perante agravamento clínico progressivo, a doente foi submetida a biópsia pulmonar cirúrgica, que mostrou alterações histológicas compatíveis com pneumonia intersticial de provável etiologia tóxica. Suspendeu o tratamento com mesalazina e iniciou corticoterapia sistémica, que cumpriu durante cerca de 6 meses.

Após esse período, a doente apresentava-se assintomática e a TC torácica não mostrava qualquer alteração parenquimatosa pulmonar.

Conclusão: O diagnóstico diferencial da toxicidade pulmonar a mesalazina (assim como aos diversos fármacos usados no tratamento das DII) deve incluir o envolvimento pulmonar por este tipo de patologias, infeções oportunistas, entre outros.

A histologia apresenta um papel fundamental no diagnóstico, embora a melhoria clínica secundária à suspensão do fármaco seja altamente sugestiva.

A evolução é, geralmente, favorável após a sua suspensão, mas a corticoterapia sistémica pode ser necessária, havendo escassa evidência que aponta para uma recuperação mais rápida, quer em termos de sintomatologia, quer de função pulmonar.



PC 069

DOENÇA GRANULOMATOSA PULMONAR NA SEQUÊNCIA DE GRANULOMAS CUTÂNEOS DA FACE 11 ANOS APÓS INJEÇÃO DE ARTECOLL®

A Dias¹, T Sequeira², L Ferreira¹, L Telo¹, C Bárbara¹

¹Serviço Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Serviço Pneumologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca

Palavras-chave: doença granulomatosa, Artecoll

Introdução: os granulomas e a sarcoidose cutânea podem surgir no local de tatuagens ou injeção de material de preenchimento de rugas faciais como o Artecoll®, uma mistura de colagénio bovino e microesferas de polimetil-metacrilato.

Caso clínico: mulher, 66 anos, ex-fumadora (CT 50 UMA), com história de uveíte bilateral recorrente, doença de Parkinson, depressão, alcoolismo e múltiplas cirurgias plásticas. Em 1994 fez preenchimento da face com Artecoll®.

Foi avaliada na consulta de pneumologia em 2005 por quadro com 6 meses de evolução de tosse produtiva, dispneia e toralgia direita, pleurítica. Referia ainda perda ponderal de 8Kg. Apresentava fervores crepitantes bibasais na auscultação pulmonar. Realizou TCAR do tórax com adenopatias mediastínicas e padrão micronodular miliar dos lobos superiores (LSs) associado a vidro despolido e bronquiolectasias. Fibrose intersticial nos lobos inferiores (LIs). Funcionalmente apresentava *air trapping* (RV=145%) e diminuição da DLCO (DLCO=42%, DLCO/VA=59%). O estudo da autoimunidade foi negativo, enzima de conversão da angiotensina normal e serologias do VIH, VHC e VHB negativas. O lavado bronco-alveolar mostrou predomínio de linfócitos (44%, CD4/CD8=14), exames bacteriológico, micológico e micobacteriológico negativos. As biópsias pulmonares transbrônquicas revelaram granulomas não necrotizantes com células gigantes multinucleadas do tipo corpo estranho.

O quadro respiratório surgiu após celulite da face com internamento na Dermatologia. À data, apresentava eritema e edema facial com áreas de cordões endurecidos na região inter-ciliar e no sulco nasogeniano. As biópsias destas áreas mostraram reacção granulomatosa tipo de corpo estranho em relação com material de aspecto lipídico (lipogranulomas). Foi medicada com antibiótico e injeção tópica de 5-flouracil e betametasona, com resposta parcial e necessidade de desbridamento cirúrgico. O exame anátomo-patológico das lesões excisadas revelou reacção inflamatória crónica com múltiplos linfócitos, numerosos histiócitos epitelióides e raros pequenos granulomas, com células gigantes multinucleadas, em relação com vacúolos redondos de diferentes tamanhos, predominantemente extracelulares e não refringentes. Estas alterações foram interpretadas como reacção granulomatosa a corpo estranho, nomeadamente ao Artecoll® injetado na face 11 anos antes.

Admitiu-se a hipótese de doença granulomatosa pulmonar secundária ao Artecoll® que poderá ter funcionado como *trigger*, induzindo a reacção local e sistémica. Foi iniciada terapêutica com prednisolona e azatioprina, com melhoria clínica. Manteve seguimento em consulta e por estabilidade clínica suspendeu a azatioprina em 2012 e a corticoterapia em 2013. O seguimento posterior foi irregular e a doente foi reavaliada em Janeiro de 2016. Apresentava agravamento da diminuição da DLCO (31%) e na TC tórax coalescência dos micronódulos dos LSs, mantendo as restantes alterações. Reiniciou prednisolona 20mg/dia e foi referenciada à consulta de patologia do interstício pulmonar. O caso foi discutido na reunião multidisciplinar, com consenso

relativamente ao diagnóstico previamente proposto, pelo que a doente manteve imunossupressão.

Conclusão: as lesões granulomatosas cutâneas associadas a corpo estranho em doentes com diagnóstico prévio de sarcoidose sistémica tem vindo a ser descrito. No entanto, o envolvimento pulmonar na sequência destas lesões não é frequente e os mecanismos fisiopatológicos não são totalmente compreendidos. Tanto quanto é do nosso conhecimento, este é o primeiro caso de doença granulomatosa pulmonar que se manifestou após reacção granulomatosa cutânea induzida pelo Artecoll®.



PC 070

FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA E SILICOSE: UMA ASSOCIAÇÃO INESPERADA

JP Silva*, A Morais**

*Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu;

**Departamento de Pneumologia, Hospital de São João, Porto

Palavras-chave: Fibroelastose, silicose, pulmão

A fibrose idiopática dos lobos superiores foi descrita em 1992 e era caracterizada por fibrose com elastose da pleura e parênquima pulmonar subjacente, com predileção para os lobos superiores. O termo fibroelastose pleuroparenquimatosa (PPFE) foi usado pela primeira vez em 2004, por *Frankel et al* destacando as características anatomopatológicas da doença. A última atualização da classificação multidisciplinar internacional das pneumonias intersticiais idiopáticas (IIP) inclui a PPFE na secção das IIP raras. Embora inicialmente interpretada como uma patologia com mecanismos fisiopatológicos específicos, a literatura atual aponta para que a PPFE represente uma forma mais comum de lesão pulmonar crónica, associada a uma variedade de condições clínico-patológicas, nomeadamente no período pós transplante, secundária ao uso de fármacos, patologia auto-imune e pneumonia intersticial usual. Os autores apresentam o caso de um homem de 47 anos, com exposição profissional a sílica que desenvolve quadro de tosse crónica e emagrecimento. A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelou um padrão micronodular difuso de distribuição aleatória e áreas de espessamento pleural apical com extensão para o parênquima pulmonar. Realizou biópsia transtorácica guiada por TC às lesões apicais, que firmou o diagnóstico histológico de PPFE, tendo sido orientado para consulta de patologia do interstício pulmonar. Por manter padrão micronodular na TC de reavaliação foi submetido a criobiópsias transbrônquicas que revelaram alterações compatíveis com silicose. Dado esta associação não estar ainda estabelecida, os autores acham ser relevante a sua descrição e apresentação.