



**PE 001 UM FELIZ ACHADO**

Page4

**PE 002 TORACALGIA MALIGNA**

Page4

**PE 003 UM ÓRGÃO A NÃO ESQUECER**

Page5

**PE 004 ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: MUTAÇÕES NOS GENES *EGFR/ALK/ROS1* NÃO ESTÃO CORRELACIONADOS COM O PD-L1**

Page5

**PE 005 O PD-L1 COMO BIOMARCADOR DE ROTINA EM LABORATÓRIOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

Page6

**PE006 CLASSIFICAÇÃO TNM DE NEOPLASIAS PULMONARES - O QUE MUDA NA 8ª EDIÇÃO**

Page6

**PE 007 ABORDAGEM DO CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS NOS DOENTES MUITO IDOSOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**

Page7

**PE 008 UMA DESCOBERTA OPORTUNISTA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Page7

**PE 009 DOENTES INTERNADOS COM NEOPLASIA MALIGNA DO PULMÃO - A REALIDADE NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA**

Page8

**PE 010 HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO - TUMOR FREQUENTE, LOCALIZAÇÃO RARA**

Page8

**PE 011 MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO - ANÁLISE DE 10 ANOS**

Page9

**PE 012 ADENOCARCINOMA DO PULMÃO COM MUTAÇÃO BRAF-V600E DETETADA POR NGS (*NEXT GENERATION SEQUENCING*) - UMA NOVA OPORTUNIDADE TERAPÉUTICA**

Page9

**PE 013 NÓDULOS PULMONARES - PROTOCOLO DE SEGUIMENTO: FAZ SENTIDO EM TODOS OS DOENTES?**

Page10

**PE 014 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DO PULMÃO: UMA ENTIDADE RARA - CASO CLÍNICO**

Page10

**PE 015 METASTIZAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Page11

**PE 016 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DO PULMÃO - DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO**

Page12

**PE 017 MASSA MEDIASTÍNICA NUM ADULTO JOVEM**

Page12

**PE 018 A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO ESTADIO IV: SEMELHANTES NA ABORDAGEM, DIFERENTES NO DESFECHO**

Page13

**PE 019 TUMOR PULMONAR DE COLISÃO**

Page13

**PE 020 CONFUSÃO MENTAL, MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA DO PULMÃO - CASO CLÍNICO**

Page14

**PE 021 COMPLICAÇÃO DE IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL COM BACILLUS DE CALMETTE-GUERIN - CASO CLÍNICO**

Page14

**PE 022 CARCINOSSARCOMA PULMONAR - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE TRÊS CASOS**

Page15

**PE 023 MESOTELIOMA PLEURAL: NUNCA DIGAS NUNCA**

Page15

**PE 024 TUMOR MÚLTIPLO DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Page16

**PE 025 NEOPLASIA DO PULMÃO ABCEDADA - QUANDO A PET NÃO CHEGA!**

Page17

**PE 026 UM MÉTODO POUCO COMUM PARA DIAGNOSTICAR MESOTELIOMA - RELATO DE CASO**

Page18

**PE 027 HEMOPTISES PERSISTENTES SEM CAUSA APARENTE: À TERCEIRA É DE VEZ**

Page18

**PE 028 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO: UM CASO PARADIGMÁTICO DA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA**

Page19

**PE 029 NÓDULOS E CAVITAÇÕES: NEM SEMPRE TUBERCULOSE, NEM SEMPRE NEOPLASIA**

Page19

**PE 030 MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES: 3 CASOS CLÍNICOS**

Page20

**PE 031 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR COM ADENO-MEGÁLIAS E MICRONÓDULOS BILATERAIS: DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Page21

**PE 032 HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA À SCHISTOSOMÍASE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Page22

**PE 033 EMBOLIA PULMONAR EM DOENTE COM TROMBASTENIA DE GLANZMANN**

Page22

**PE 034 ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: UMA CAUSA DE HIPERTENSÃO PULMONAR, VÁRIOS MECANISMOS**

Page23

**PE 035 HIPERTENSÃO PULMONAR POR TROMBOEMBOLISMO CRÓNICO - CASO CLÍNICO**

Page24

**PE 036 SARCOIDOSE VS ENVOLVIMENTO CARDÍACO NA IDC.V. NOVOS HORIZONTES**

Page24

**PE 037 SARCOIDOSE: UM CASO DE DIFÍCIL CONTROLO**

Page25



**PE 038 ACUTE FIBRINOUS AND ORGANIZING PNEUMONIA (AFOP), UMA ENTIDADE RARA - DOIS CASOS CLÍNICOS**

Page26

**PE 039 PNEUMONITE QUÍMICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Page26

**PE 040 UM CASO DE FIBROSE PULMONAR SECUNDÁRIA À OXALIPLATINA: DA RARIDADE À REALIDADE**

Page27

**PE 041 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA (HAD) SECUNDÁRIA AO DABIGATRANO - UM CASO CLÍNICO**

Page27

**PE 042 O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DO NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO - UM CASO CLÍNICO**

Page28

**PE 043 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA NUM DOENTE COM ASMA BRÔNQUICA**

Page28

**PE 044 SARCOIDOSE INDUZIDA PELA CAPECITABINA - CASO CLÍNICO**

Page29

**PE 045 A PNEUMOLOGIA COMO PONTE PARA O DIAGNÓSTICO DE UMA PATOLOGIA SISTÉMICA: A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO**

Page29

**PE 046 ESTUDO DE CAUSAS DE HEMOPTISES NUM HOSPITAL DISTRITAL**

Page30

**PE 047 ABORDAGEM DO PNEUMOTÓRAX POR TORACOSCOPIA MÉDICA: PEQUENA SÉRIE DE 5 CASOS**

Page30

**PE 048 TOSSE PERSISTENTE E OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA, UMA PEDRA NO SAPATO**

Page31

**PE 049 TRAQUEOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA EM DOENTE COM ESTRIDOR: RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

Page31

**PE 050 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE DUAS ENTIDADES RARAS**

Page32

**PE 051 TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA: O "JARDIM ROCHOSO" DA BRONCOLOGIA**

Page32

**PE 052 ENVOLVIMENTO ENDOBRÔNQUICO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS**

Page33

**PE 053 COMPLICAÇÕES EM BIÓPSIAS PULMONARES TRANS-TORÁICAS GUIADAS POR TC: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA**

Page33

**PE 054 ASPIRAÇÃO DE ÓLEO MINERAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TAQUIPNEIA EM LACTENTE**

Page34

**PE 055 URINOTÓRAX, UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL**

Page35

**PE 056 ENDOMETRIOSE TORÁCICA, UMA CAUSA RARA DE HEMOTÓRAX**

Page35

**PE 057 DERRAME PLEURAL - UMA CAUSA INESPERADA**

Page36

**PE 058 LESÃO PSEUDOTUMORAL OU TUMOR FIBROSO PLEURAL, EIS A QUESTÃO**

Page36

**PE 059 INSTILAÇÃO INTRAPLEURAL DE FIBRINOLÍTICOS E DNASE EM INFECÇÕES PLEURAS - UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA? - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS**

Page37

**PE 060 RECORRÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 10 ANOS EM UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO**

Page38

**PE 061 TUBERCULOSE - RETRATAMENTOS ENTRE 2000 E 2015 NO CDP SANTARÉM**

Page38

**PE 062 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TUBERCULOSE LATENTE - PARADIGMA EM MUDANÇA**

Page39

**PE 063 TUBERCULOSE PULMONAR (TP) NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA - CASUÍSTICA DE 5 ANOS**

Page40

**PE 064 TUBERCULOSE MAMÁRIA - UMA APRESENTAÇÃO EXTRAPULMONAR RARA**

Page40

**PE 065 OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: O RELEMBRAR DE UMA IMPORTANTE LIÇÃO CLÍNICA**

Page41

**PE 066 EMBOLIA GASOSA CEREBRAL - RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

Page42

**PE 067 O SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS: ESTUDO DESCRITIVO DOS DOENTES INTERNADOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS**

Page42

**PE 068 PNEUMOMEDIASTINO EM DOENTE SOB OXIGENO-TERAPIA DE ALTO FLUXO**

Page43

**PE 069 RESPOSTA BRONCODILATADORA EM ESPIROMETRIA DE BASE NORMAL: SERÁ MESMO NECESSÁRIA?**

Page43

**PE 070 O CONTRIBUTO DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA PARA O RASTREIO E CONTROLO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA**

Page44

**PE 071 INCAPACIDADE CAUSADA POR DOENÇA RESPIRATÓRIA NO ACES LOURES - ODIVELAS**

Page45

**PE 072 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE FUMADORES ASMÁTICOS E COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NUM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA**

Page45



**PE 073 CORTICOTERAPIA PROLONGADA E ASPERGILOSE PULMONAR**

Page46

**PE 074 PNEUMONIA NECROTIZANTE POR NOCARDIA NUMA DOENTE IMUNOCOMPETENTE: CASO CLÍNICO**

Page46

**PE 075 PNEUMONIAS NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA**

Page47

**PE 076 ACTINOMYCES E PULMÃO: UMA ASSOCIAÇÃO RARA**

Page48

**PE 077 SÍNDROME DE GOOD - UMA DOENÇA MISTERIOSA. DESCRIÇÃO DE 2 CASOS RAROS**

Page49

**PE 078 PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECCI EM DOENTE NÃO-VIH**

Page50

**PE 079 BORDETELLA BRONCHISEPTICA EM DOENTE IMUNO-COMPROMETIDA: UM CASO CLÍNICO**

Page51

**PE 080 PNEUMONIA NECROTIZANTE VERSUS NEOPLASIA CAVITADA**

Page51

**PE 081 IMPACTO DAS INFECÇÕES FÚNGICAS NO TRANSPLANTE PULMONAR**

Page52

**PE 082 TROMBOEMBOLIA PULMONAR COMPLICADA COM ABCESSO PULMONAR A STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE - CASO CLÍNICO**

Page53

**PE 083 QUANDO A DOR É A CHAVE DO(S) DIAGNÓSTICO(S)**

Page54

**PE 084 RAMPA: UM MODO DE CONFORTO OU CONFLITO?**

Page54

**PE 085 TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO CENTRAL COM SERVOVENTILAÇÃO NA SÍNDROME DE ARNOLD-CHIARI TIPO I - CASO CLÍNICO**

Page55

**PE 086 DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO: DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA**

Page55

**PE 087 QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO OBESIDADE (SHO) QUE REALIZAM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)**

Page56

**PE 088 O GÉNERO PODERÁ INFLUENCIAR A NECESSIDADE DE MAIS ACOMPANHAMENTO CLÍNICO EM DOENTES SOB TERAPIA COM APAP?**

Page57

**PE 089 A IDADE PODERÁ INFLUENCIAR A NECESSIDADE DE MAIS ACOMPANHAMENTO CLÍNICO EM DOENTES SOB TERAPIA COM APAP?**

Page57

**PE 090 QUANDO A ALTERAÇÃO DO MODO VENTILATÓRIO OPTIMIZA A TERAPIA**

Page58

**PE 091 CAUSA RARA DE BRONQUIECTASIAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Page58

**PE 092 ASMA GRAVE? É "PEANUTS"...**

Page59

PE 001

### UM FELIZ ACHADO

**A Pais, Al Coutinho, M Cardoso, A Pignatelli, C Bárbara**

Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Palavras-chave: massa, desbridamento, hamartoma

Doente de 37 anos, sexo masculino, vendedor. Fumador esporádico. Com antecedentes de rinite alérgica e gastrite crónica. Sem terapêutica habitual de ambulatório. Em Janeiro de 2017, foi-lhe diagnosticado uma infecção respiratória, tendo cumprido dez dias de antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico, com melhoria clínica. Em Maio de 2017, realizou teleradiografia do tórax de controlo, que revelou opacidade homogénea de morfologia triangular no lobo médio do pulmão direito. Negava queixas respiratórias ou sistémicas, nomeadamente dispneia, tosse, expectoração, hemoptises, toracalgia, febre, astenia ou perda ponderal. Foi referenciado à consulta de Pneumologia para estudo etiológico. Fez TC torácica, que revelou colapso do lobo médio do pulmão direito, com oclusão praticamente total do brônquio correspondente, por lesão intraluminal hipodensa e esférica. Realizou broncofibroscopia, que mostrou oclusão quase completa do brônquio intermediário, por massa polipóide. Posteriormente, em broncoscopia rígida, foi realizada terapêutica com argon plasma e desbridamento mecânico, com reperfusão de toda a árvore brônquica. O exame anatomopatológico revelou-se compatível com hamartoma.

Hamartomas são os tumores benignos mais comuns do pulmão. São compostos por tecidos que estão habitualmente presentes nas vias respiratórias (tecido epitelial, tecido adiposo, músculo liso, tecido fibroso e cartilagem) mas que se replicam de forma desorganizada. A grande maioria (>90%) localizam-se na periferia, sendo os hamartomas endobrônquicos raros (~ 5%). Surgem, mais frequentemente, entre a quarta e a quinta década de vida, e no sexo masculino (M:F= 2.5:1). São habitualmente assintomáticos. Ocasionalmente, podem provocar sintomas de obstrução brônquica como dispneia, tosse ou hemoptises. Se sintomáticos, aconselha-se a ressecção cirúrgica, com taxas de recorrência mínimas. O prognóstico é excelente, com risco de transformação maligna insignificante.

A importância destes tumores, assenta no diagnóstico diferencial de outros tumores mais agressivos, nomeadamente de carcinomas ou tumores carcinóides do pulmão.

PE 002

### TORACALGIA MALIGNA

**A Pais, C Pereira, C Antunes, V Pereira, Al Coutinho, A Feliciano, C Quadros, A Ribeiro, L Carvalho, C Bárbara**

Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Palavras-chave: toracalgia, S100, sarcoma

Doente de 26 anos, sexo masculino, empregado de supermercado. Fumador de 10UMA. Antecedentes de asma brônquica na infância. Sem antecedentes familiares relevantes. Sem terapêutica habitual de ambulatório. Com história de tosse seca e toracalgia na região posterior do hemitórax esquerdo, desde há cerca de dois anos, tendo na altura, realizado rx do tórax, que não mostrava alterações, tendo sido, o quadro clínico, interpretado como contractura muscular. Por queixas inespecíficas de mal estar geral, astenia e perda ponderal de 5 Kg no último mês, recorreu ao médico de família. Por alterações “de novo” na teleradiografia do tórax, realizou TC torácica, que mostrava volumosa massa sólida, com cerca de 14 cm de maior eixo, ocupando parcialmente o mediastino, e parcialmente o pulmão esquerdo, com perda dos planos de clivagem com a aorta descendente e a artéria pulmonar esquerda, associado a derrame pleural homolateral e destruição lítica do arco posterior de uma costela adjacente. O pulmão direito não apresentava alterações e não se constataram presença de adenomegalias. Ficou internado para estudo etiológico. Realizou broncofibroscopia que revelou sinais inflamatórios e compressão extrínseca da árvore brônquica esquerda, estando mantida, contudo, a permeabilidade da via aérea. Foram efectuadas biópsias a nível da língua e de B1/B2, que revelou neoplasia mesenquimatosa constituída por células fusiformes com positividade para S100, favorecendo o diagnóstico de Tumor Maligno da Bainha do Nervo Periférico. Foi referenciado à oncologia médica, para estadiamento e tratamento, tendo iniciado quimioterapia e radioterapia concomitante.

O Tumor Maligno da Bainha do Nervo Periférico, previamente chamado de Schwannoma Maligno, é um sarcoma raro (10% dos sarcomas, 1% das neoplasias malignas) e agressivo, com origem em nervos periféricos ou cranianos. Podem surgir espontaneamente, ou em associação com a Neurofibromatose tipo-1 (NF-1) ou Doença de Von Recklinghausen, em cerca de 50% dos casos. É mais comum entre a 3ª e a 5ª década de vida, e em doentes com exposição prévia a radiação. Frequentemente, apresenta-se como uma massa dolorosa, de crescimento rápido, podendo estar associado a outros sintomas neurológicos como paresias ou parestesias. O diagnóstico é confirmado pelo exame anatomopatológico e imunohistoquímico (50 a 90% dos casos coram para a proteína S100). O estadiamento baseia-se no grau histológico, tamanho do tumor e presença ou não, de metástases. Os tratamentos disponíveis são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia.

São neoplasias com prognóstico muito reservado, altamente resistentes à quimioterapia, e com elevada taxa de recorrência, sendo por isso, tão importante, a realização de um diagnóstico rápido e eficaz.



PE 003

## UM ÓRGÃO A NÃO ESQUECER

A Pais, W Videira, P Barradas, E Vitorino, A Pignatelli, C Bárbara  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Palavras-chave: tumefacção, mediastino anterior, carcinoma, radioterapia

Doente de 39 anos, sexo masculino, não fumador. Com diagnóstico de hipotireoidismo por bócio multinodular, desde os dezoito anos de idade. Medicado com levotiroxina. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Referenciado pela médica de família, ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, fazendo referência a sopro cardíaco "de novo", e tumefacção no hemitórax esquerdo. Referia cansaço para pequenos esforços e perda ponderal de 5 Kg, nos últimos seis meses. Referia também, tosse seca, de predomínio nocturno. Negava febre. Negava dispneia, disfagia ou disfonia. Ao exame objectivo, encontrava-se apirético, hemodinamicamente estável, eupneico e com saturações periféricas em ar ambiente de 99%. Apresentava tumefacção paraesternal esquerda, não dolorosa, de consistência pétreia, assim como, hipocratismo digital e sopro cardíaco holossistólico em todo o precórdio grau III/VI. A telerradiografia do tórax mostrou massa paraesternal esquerda de contornos bem delineados. O ecocardiograma transtorácico revelou derrame pericárdico circunferencial, sem significado funcional, e uma hipertensão pulmonar grave (PSAP estimada de 65+8 mmHg). Ficou internado para estudo etiológico. Realizou TC torácica que revelou volumosa massa heterogénea no mediastino anterior, com cerca de 9 cm de maior diâmetro, que invadia a parede torácica, o ventrículo direito, o tronco da artéria pulmonar, e a que se associava derrame pericárdico e derrame pleural bilateral. Realizou toracoscopia com biópsia que revelou carcinoma pavimento-celular, não queratinizante, pouco diferenciado. Em estudo imunohistoquímico adicional, verificou-se positividade para GLUT1 e CD117 (c-kit), favorecendo a origem tímica da neoplasia. Admitindo-se um carcinoma tímico estadio IVa, foi referenciado ao Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, tendo iniciado radioterapia torácica, em cinco sessões, num total de 20Gy, encontrando-se, actualmente, a fazer quimioterapia com paclitaxel e carboplatina. Os carcinomas tímicos são tumores raros, que representam 0,2 a 1,5% das neoplasias malignas. No seu diagnóstico diferencial, encontram-se outras lesões malignas como linfomas, tumores da tiroide ou paratiroides, carcinomas NUT da linha média, neoplasias germinativas, metástases, ou lesões benignas como timomas, bócio retrosternal, quistos (pericárdicos, tímicos, brônquicos, esofágicos), linfadenite reactiva ou aneurismas vasculares. O diagnóstico definitivo é feito mediante confirmação histológica. O tratamento de primeira linha varia consoante o estadio da doença. Os carcinomas tímicos encontram-se à data do diagnóstico, frequentemente, em estadios avançados, sendo a radioterapia, o tratamento de eleição. Contudo, o prognóstico mantém-se muito reservado, com uma sobrevida aos 5 anos de 30 a 50%.

PE 004

## ADENOCARCINOMA DO PULMÃO: MUTAÇÕES NOS GENES EGFR/ALK/ROS1 NÃO ESTÃO CORRELACIONADOS COM O PD-L1

L Carvalho<sup>1,3</sup>, A Alarcão<sup>1,3</sup>, AF Ladeirinha<sup>1,3</sup>, MR Silva<sup>1,3</sup>, L Teixeira<sup>1</sup>, F Silva<sup>4</sup>, JM Ruivo<sup>4</sup>, P Teixeira<sup>4</sup>, V Sousa<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Anatomia e Patologia Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; <sup>2</sup>CIMAGO - Centro de Investigação Ambiental, Genética e de Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; <sup>3</sup>Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; <sup>4</sup>Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: PD-L1, EGFR, ALK, ROS1

**Introdução:** A imunoterapia anti-PD/PD-L1 depende da marcação imunohistoquímica do ligando PD-L1 mas está envolta em controvérsia devido ao *score* de marcação com o anticorpo PD-L1 por imunohistoquímica.

Para a terapia alvo, este biomarcador funciona em conjunto com o estado dos genes *EGFR* / *ROS1* / *ALK*.

**Objectivos:** Foram avaliados 55 casos de adenocarcinomas pulmonares por imunomarcação com o anticorpo PD-L1 (22C3 DAKO) após estudos de Patologia Molecular a pedido dos clínicos.

**Métodos:** Correlacionou-se a imunexpressão de PD-L1 tanto no Bond Max® como no Ventana Ultra® com o estado dos genes *EGFR* (exões 19 e 21) *ALK* e *ROS1*. A pesquisa das mutações no gene *EGFR* foram efectuadas por sequenciação de Sanger e o *ALK* / *ROS1* foram avaliados por FISH (com as sondas ZytoLight SPEC ALK / EML4 Tricheck e ZytoLight SPEC ROS1, respectivamente).

**Resultados:** De todos os casos PD-L1 positivos (<5% - 19) salientou-se um caso (5% células positivas) que apresentou a mutação L858R no gene *EGFR*. Todos os casos foram *ALK* e *ROS1* negativos. Dos 36 casos PD-L1 negativos, 5 apresentaram as mutações E746\_A750 ou L858R no gene *EGFR*.

**Conclusão:** Este trabalho parece mostrar não haver concomitância entre a expressão do PD-L1 e os genes *EGFR*, *ALK* ou *ROS1*. Contudo, são necessários mais estudos para se inferir sobre a relação da marcação de PD-L1 com outros genes de modo a permitir identificar que pacientes poderão beneficiar da terapia anti PD1/anti-PD-L1 ou de outra administração terapêutica.

**Conflito de interesses:** MSD: PD-L1 22C3 DAKO



PE 005

## O PD-L1 COMO BIOMARCADOR DE ROTINA EM LABORATÓRIOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA

L Carvalho<sup>1-3</sup>, A Alarcão<sup>1-3</sup>, AF Ladeirinha<sup>1-3</sup>, MR Silva<sup>1-3</sup>, L Teixeira<sup>1</sup>, F Silva<sup>4</sup>, JM Ruivo<sup>4</sup>, P Teixeira<sup>4</sup>, V Sousa<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Anatomia e Patologia Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; <sup>2</sup>CIMAGO - Centro de Investigação Ambiental, Genética e de Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; <sup>3</sup>Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; <sup>4</sup>Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: PD-L1, 22C3, Bond Max, Ventana Ultra

**Introdução:** As células tumorais sobre-expressam PD-L1 (*Programmed Death Ligand 1*). Este ligando é um facilitador do crescimento tumoral e da metastização. Em aproximadamente 50% dos carcinomas pulmonares, a terapia alvo actual bloqueia ambos PD / PD-L1.

**Objetivos:** Avaliação da imunomarcação com PD-L1 e validação no carcinoma pulmonar, em dois *immunostainers* distintos.

**Métodos:** Utilizou-se o anticorpo 22C3 da DAKO de acordo com a recomendação do fabricante, diluição 1:100 e após optimização do controlo positivo em tecido de placenta/macrófagos. A imunomarcação foi efectuada nos *immunostainers* Bond Max® e Ventana Ultra®.

**Resultados:** Dos 138 casos com imunomarcação positiva para o anticorpo PD-L1, 7/24 e 58/114 correspondem respectivamente ao Bond Max® e Ventana Ultra®. No *score* utilizou-se o seguinte cut-off: + <5%; ++ 5-50% e +++ >50% para abranger a prescrição terapêutica reconhecida. Esta série compreende 22-Bond / 70-Ventana Adenocarcinomas e 1-Bond / 19-Ventana carcinomas epidermóides (casos ocasionais de Carcinoma Pleomórfico (+++), Carcinoma de Células Grande (+++) e Carcinomas Adenoescamosos (++) também mostraram imunomarcação).

**Conclusão:** As biópsias brônquicas-pulmonares (brônquio / trans-torácica) não foram imunomarcadas duas vezes.

Em ambos os *immunostainers* utilizaram-se em todas as corridas controlos positivos (placenta e macrófagos como controlo positivo intrínseco). O *imunoscore* das células positivas foi aplicado consistentemente em todos os casos e a intensidade da positividade foi também consistente quer como imunomarcação completa ou incompleta da membrana citoplasmática. Aconselhamos ambos os *immunostainers* para a utilização de anticorpo DAKO 22C3 para a prescrição terapêutica anti-PD-L1 (as orientações recomendadas em VA 2016; 468: 511-525, podem também ser seguidas).

**Conflito de interesses:** MSD: PD-L1 22C3 DAKO

PE006

## CLASSIFICAÇÃO TNM DE NEOPLASIAS PULMONARES - O QUE MUDA NA 8ª EDIÇÃO

J Abrantes, C Fernandes, J Granadeiro

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE

Palavras-chave: Neoplasia, Pulmão, TNM, TC, Oncologia

**Objectivo:** Apresentação das propostas de classificação TNM da 8ª edição, conforme o projeto da *International Association for the Study of Lung Cancer*.

Representação das diversas traduções da patologia neoplásica pulmonar, sua avaliação e estadiamento imagiológico.

**Material e métodos:** Apresentação das propostas de classificação TNM de Neoplasia de Pulmão (8ª Edição) sua comparação com o sistema de classificação em vigor.

Exposição pictórica de casos patológicos representativos, suas características e importância diagnóstica.

**Resultados:** A adequada avaliação e classificação de neoplasias pulmonares é um fator de importância reconhecida para o estadiamento, tratamento e previsão de evolução da doença, sendo fulcral a atualização do conhecimento médico conforme o estado da arte.

**Conclusões:** O estadiamento de casos de neoplasia pulmonar é de extrema importância para a prática clínica diária, permitindo estabelecer esquemas terapêuticos adequados a cada caso e como preditor de sobrevida nos diferentes contextos clínicos.

É crucial oferecer uma avaliação adequada dos estudos de imagem em cada caso e segundo critérios definidos internacionalmente, tanto pelo seu profundo impacto diagnóstico e prognóstico para o doente, como pela possibilidade que oferece de uniformizar a avaliação clínica e imagiológica, tornando possível a comparação entre estudos clínicos realizados em diferentes centros.



Pathological proven minimally invasive adenocarcinoma  
pT1apN0M0 - IA Stage in 7th Edition, pT1a(mi)pN0M0 - IA1 Stage in 8th Edition



PE 007

## ABORDAGEM DO CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS NOS DOENTES MUITO IDOSOS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

V Clérigo, D Hasmucrai, E Teixeira, P Alves, AS Vilarica, R Sotto-Mayor  
Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica - Serviço de Pneumologia,  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Palavras-chave: Neoplasia do pulmão de não pequenas células, idoso, abordagem

**Introdução:** A neoplasia do pulmão é uma das principais causas de mortalidade relacionada com a doença oncológica. Todavia, apesar da elevada prevalência, a evidência científica específica para o idoso é escassa e não existe um limite de idade uniforme universalmente para classificar os doentes como idosos. O carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) representa cerca de 80-85% das neoplasias do pulmão e a sua avaliação no doente idoso é de particular interesse, uma vez que a população idosa se encontra em crescendo em todo o mundo, resultando num aumento dramático na incidência desta doença, sendo imperativo estudar e agilizar a abordagem.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar retrospectivamente a abordagem dos CPNPC em doentes muito idosos com  $\geq 80$  anos.

**Material e métodos:** Foram avaliados os registos clínicos de todos os doentes seguidos na Unidade Pneumologia Oncológica do Hospital Pulido Valente, entre 1 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2016. Múltiplos aspectos foram registados, incluindo dados demográficos, características relativas à neoplasia e tratamento.

**Resultados:** Foram identificados 86 doentes, correspondente a 11.1% do total de doentes (n=778) com CPNPC seguidos neste período. A maioria era do género masculino (67.4%), com história de tabagismo ativo ou pregresso (68.6%), índice de comorbilidade de *Charlson*  $\geq 8$  (89.5%) e *performance status* (PS) 1 (55.8 %). Hipertensão arterial foi a principal comorbilidade identificada. O adenocarcinoma foi o tipo histológico mais comum (65.1%). A maioria dos doentes apresentava-se em estadio IV (66.3%), principalmente com um único local metastático à distância (49.1%) na apresentação. A quimioterapia (QT) foi a primeira opção terapêutica em 30.2% dos doentes, dos quais 11.5% cumpriram até três linhas de tratamento. A QT com agente único de primeira linha foi administrada com mais frequência (61.5%), sendo a vinorelbina oral o mais comum. Em 38.5% dos doentes submetidos a QT de primeira linha foram realizados  $\leq 3$  ciclos, principalmente devido à deterioração clínica (50.0%). Os doentes apresentaram toxicidade relacionada com a QT de primeira linha, nomeadamente hematológica (pancitopenia de grau 3 e 4, 7.7%); gastrointestinal (diarreia grau 3, 3.8%) e renal (insuficiência renal aguda grau 4, 3.8%). A terapêutica-alvo com inibidores da tirosina cinase do EGFR foi o segundo tratamento mais administrado em primeira linha (17.4%), tendo 26.7% realizado  $\leq 3$  ciclos, devido a agravamento clínico e à toxicidade. A pesquisa da mutação EGFR foi positiva em 19.8% dos doentes. Não ocorreu nenhum caso de translocação ALK. Cirurgia e radioterapia com intuito curativo, abordagem multimodal e terapêutica de suporte foram a primeira opção em 8.1%, 8.1%, 10.5% e 23.6% dos doentes, respetivamente. Da população estudada 69.7% faleceram e o tempo médio de sobrevivência desde o diagnóstico foi 11.5 meses. Nos restantes, o tempo médio de *follow-up* foi 22.2 meses.

**Discussão:** O idoso com mais de 80 anos apesar de constituir um grupo pequeno dos doentes tratados com CPNPC representa uma população com multimorbilidade e em avançado estágio da doença oncológica que se revela um desafio para a sua abordagem, reforçando a necessidade de investigação científica nesta faixa etária.

PE 008

## UMA DESCOBERTA OPORTUNISTA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R Cabral<sup>1</sup>, A Madeira<sup>1</sup>, BG Gonçalves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Viseu Cidade, ACES Dão Lafões; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia A, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Palavras-chave: carcinoma epidermoide; deteção oportunista; cessação tabágica

**Introdução:** O carcinoma epidermoide é um dos tipos mais frequentes de carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC). Está relacionado ativamente com o tabagismo, sendo que o risco é 15 vezes superior comparativamente aos não fumadores. Apresenta um tratamento multidisciplinar e nos estádios I e II do CPNPC, a cirurgia com intenção curativa é a terapêutica de eleição, podendo ser associada quimioterapia (QT) adjuvante em doentes de alto risco.

**Caso Clínico:** Homem de 48 anos de idade, fumador ativo de 48 UMA, trabalhador em empresa de congelados e agricultura, com exposição a aves, produtos agrícolas e fenos, com antecedente de fratura de arcos costais esquerdos a 30/12/2016. Recorreu à consulta de Medicina Geral e Familiar a 23/01/2017 com o resultado de radiografia torácica para controlo da fratura de costelas pós-traumática. Esta identificou fratura dos arcos costais esquerdos consolidada, no entanto, no andar médio do campo pulmonar direito observou-se uma densidade vagamente nodular com cerca de 35mm projetando-se para a pleura. A 03/02/2017 regressou com resultado de TC torácico, que mostrou uma formação nodular sólida, de contornos lobulados e espiculados, com áreas cavitadas, no lobo superior direito (LSD) de 40x35mm, sem adenopatias mediastínicas associadas. Foi referenciado de imediato ao serviço de Pneumologia onde realizou inicialmente broncofibroscopia sem alterações à visualização direta. O aspirado brônquico afirmou ser negativo para células neoplásicas e o lavado broncoalveolar suspeito para as mesmas. De seguida foi submetido a uma BATT guiada por TC cuja histologia revelou carcinoma epidermoide com expressão de PDL-1 em 70%. Realizou também PET-TC que mostrou uma massa cavitada hipermetabólica no LSD e opacidades nodulares dispersas por ambos os pulmões sem captações aumentadas de FDG-F18 e ainda TC craniana sem alterações. Foi apresentado o caso em reunião de decisão terapêutica, onde foi decidido que a 26/04/2017 seria submetido a lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastínica. Apresentou boa evolução pós-operatória. Confirmou-se que se tratava de um carcinoma epidermoide com invasão da pleura visceral, sem metástases (T2aN0Mx). Dada esta mesma invasão, o doente irá realizar QT adjuvante com cisplatino e gemcitabina em ciclos de 21 em 21 dias.

**Discussão:** O Médico de Família pode exercer um papel primordial na deteção oportunista de neoplasias pulmonares, tal como aconteceu no caso relatado. Esta possibilitou que o doente recebesse tratamentos de carácter curativo e não apenas paliativo. Outro aspeto a realçar é que deve também exercer um papel fundamental na promoção da cessação tabágica, que a longo prazo pode prevenir eventos fatais como é caso do carcinoma descrito anteriormente.



PE 009

### DOENTES INTERNADOS COM NEOPLASIA MALIGNA DO PULMÃO - A REALIDADE NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

IC Oliveira, R Campanha, J Carvalho, AA Santos, M Raposo, JM Correia, C Matos, H Lucas, F Nogueira  
Hospital Egas Moniz - CHLO

Palavras-chave: neoplasia do pulmão; internamento

**Introdução:** A neoplasia do pulmão é uma causa frequente de admissões hospitalares, não só pelo seu diagnóstico habitualmente numa fase avançada da doença, mas também pela elevada morbidade e mortalidade que condiciona.

**Objetivos:** Avaliar a população de doentes internados num serviço de Pneumologia, com o diagnóstico de neoplasia maligna do pulmão à data da alta, quanto ao motivo de internamento, co-morbilidades e complicações intra-hospitalares.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, em que os dados foram obtidos através dos registos de internamento dos doentes com neoplasia maligna do pulmão, internados no serviço de Pneumologia de 1 de Janeiro de 2016 a 31 de Dezembro de 2016.

**Resultados:** No período avaliado foram internados 75 doentes, que corresponderam a 93 internamentos (25% do total). Destes, a maioria era do sexo masculino (78%) com uma média de idades de 67 anos. Predominavam os ex-fumadores (57%), com uma carga tabágica média de 61 UMA. Destes doentes, 71% apresentavam co-morbilidades, sendo as mais comuns: a patologia cardíaca (27%) e DPOC (20%). O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma (60%) e a maioria deles encontrava-se em estágio IV (83%). Quanto às causas de internamento, a mais frequente foi a patologia infecciosa (38%), igualmente significativa nas complicações intra-hospitalares. Ocorreram complicações intra-hospitalares em 59% dos casos, dos quais 47% foram de causa infecciosa. Outras causas frequentes de internamento foram: a deterioração do estado geral, pancitopenia pós quimioterapia e dor não controlada. A duração média destes internamentos foi de 22 dias, sendo a média do serviço de 11 dias. O destino dos doentes após o internamento foi: consulta de Pneumologia Oncológica (52%), rede de cuidados paliativos (9%) e outro hospital (1%). Faleceram 38% dos doentes, em comparação com 13% no total do serviço.

**Conclusões:** Epidemiologicamente, a neoplasia maligna do pulmão predomina no sexo masculino, em estágio IV e o tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma, estando os achados em concordância com a literatura científica.

Estes doentes encontram-se debilitados não só pela neoplasia mas também pelos efeitos dos tratamentos anti-neoplásicos e, a grande maioria, apresenta co-morbilidades associadas, o que condiciona taxas de internamento significativas e demoras médias, dos mesmos, elevadas. A escassez de estruturas extra-hospitalares, capazes de identificar e resolver precocemente intercorrências e garantir cuidados adequados na doença avançada, é um problema e uma necessidade do presente e fundamental no futuro. A criação de redes de apoio, tanto domiciliárias bem como unidades de internamento extra-hospitalares, e uma maior ligação aos cuidados de saúde primários é essencial de forma a evitar hospitalizações, e eventuais complicações, dado a significativa mortalidade e morbidade associadas aos internamentos nestes doentes.

PE 010

### HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO - TUMOR FREQUENTE, LOCALIZAÇÃO RARA

M Costa, T Dias, B Ramos, P Carvalho, R Santos, A Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: Hamartoma brônquico, Tumores Benignos

Os hamartomas pulmonares são os tumores pulmonares benignos mais comuns, representando 3% de todas as neoplasias pulmonares. Tipicamente envolvem o parênquima pulmonar; o envolvimento endobrônquico é raro (1-19.5% dos casos).

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 80 anos que recorreu ao SU por dispneia e tosse não produtiva com 1 mês de evolução, com agravamento nos 2 dias prévios à vinda ao SU. Sem outros sintomas de relevo. Tinha antecedentes de AVC hemorrágico em 2013, histerectomia total, amaurose esquerda, síndrome depressiva maior e patologia osteoarticular. Ao exame objectivo no SU apresentava-se com sinais de dificuldade respiratória, com saturação periférica de oxigénio de 79% com FiO<sub>2</sub> a 31%, taquicárdica, apirética, normotensa e com diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo à auscultação pulmonar. O estudo gasimétrico revelou insuficiência respiratória tipo 1 grave (relação pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>=129). Analiticamente, apresentava elevação dos D-Dímeros (5.22 ug/mL [0.0-0.6]) e dos marcadores de necrose do miocárdio (Troponina I de 1.03 ng/mL [0.0-0.056], CK-MB 4.4 ng/mL [ $<$ 3.6]). Realizou Angio-TC do tórax que mostrou múltiplos defeitos de preenchimento na porção distal da artéria pulmonar direita e em ramos esquerdos. O ecocardiograma mostrou dilatação marcada das cavidades cardíacas direitas. Foi internada com o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar bilateral de risco intermédio-alto (PESI de 120 pontos) e iniciou anticoagulação com enoxaparina endovenosa 60 mg 2 vezes/dia. Foi excluída trombose venosa profunda dos membros inferiores por ecodoppler. Realizou TC torácica de alta resolução para esclarecimento da assimetria mantida do murmúrio vesicular e dos sinais de hiperinsuflação pulmonar à esquerda na radiografia do tórax, que mostrou uma imagem ovalada com 20 mm, hipodensa, na porção terminal do brônquio principal esquerdo. A broncofibroscopia revelou uma lesão vascularizada que condicionava obstrução total do brônquio principal esquerdo, cujo estudo anatomopatológico foi compatível com hamartoma endobrônquico. A lesão foi completamente ressecada por broncofibroscopia com laser YAG, com subsequente reperfuração brônquica. Como complicação do procedimento, de referir enfisema subcutâneo, pneumomediastino, pneumopericárdio e pneumotórax esquerdo com necessidade de colocação de dreno torácico. Apresentou boa evolução clínica e radiológica, mantendo seguimento em consulta externa.

Os hamartomas endobrônquicos, pela sua localização, podem manifestar-se com diversos quadros clínicos, por obstrução aérea, como atelectasia ou pneumonia pós-obstrutiva; no presente caso, a obstrução brônquica traduziu-se por encarceramento aéreo, com sinais de hiperinsuflação pulmonar. A abordagem endoscópica foi útil como tratamento de primeira linha, estando reservado o tratamento cirúrgico para as situações que cursem com lesão pulmonar grave.



PE 011

## MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO - ANÁLISE DE 10 ANOS

D Maia, F Filipe, P Winckler, P Calvino, E Pinto, J Cardoso, R Luz  
Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Palavras-chave: Mesotelioma pleural maligno

**Introdução:** O Mesotelioma Pleural Maligno (MPM) é a neoplasia primária da pleura mais comum e está geralmente associado à exposição a fibras de amianto. A doença evolui de forma insidiosa e com prognóstico muito reservado, sendo quase invariavelmente fatal.

**Objectivo:** Descrever os casos de MPM seguidos num centro hospitalar, com particular ênfase no tratamento efectuado e na sobrevivência global.

**Métodos:** Foi consultada a base de dados do serviço de anatomia patológica e revistos os processos clínicos dos doentes com diagnóstico primário de MPM, no período compreendido entre 2007 e 2016. Foram excluídos os doentes que não tiveram seguimento e tratamento no centro hospitalar.

**Resultados:** Foram incluídos na análise 20 doentes, 70% (n=14) do sexo masculino e idade mediana de 75 anos (mín. 39 - máx. 84). Verificou-se que 80% (n=16) haviam sido diagnosticados nos últimos cinco anos. A exposição a amianto foi referida em 45% (n=9) dos casos e havia história de tabagismo em 40% (n=8). Os sintomas mais comuns à apresentação foram a dispnéia (55%; n=11) e a toracalgia (45%; n=9); 15% (n=3) dos doentes encontravam-se assintomáticos. O diagnóstico foi estabelecido maioritariamente por VATS (50%; n=10), seguido de biópsia pleural cega (30%; n=6). O subtipo histológico mais frequente foi o mesotelioma epitelioide em 80% (n=16) dos casos. O *performance status* era 0 ou 1 em 60% (n=12). O estadio IV correspondeu a 50% dos casos, de acordo com o *International Mesothelioma Interest Group*. Em reunião multidisciplinar foram considerados inoperáveis 90% (n=18) dos doentes. O tratamento consistiu em terapêutica de suporte em 50% (n=10) dos casos, seguido de quimioterapia (QT) em 40% (n=8) e cirurgia (pleurectomia) precedida de QT neoadjuvante em 10% (n=2). A sobrevivência mediana foi, respectivamente, 1,6, 11,4 e 17,8 meses, com uma sobrevivência global mediana de 9,1 meses. Dos doentes tratados apenas com QT (n=8), esta consistiu em tratamento de 1ª linha com duplete de platino e pemetrexed (n=6), platino e gemcitabina (n=1) e vinorelbina (n=1), tendo sido realizado um número mediano de 4 ciclos de tratamento (variação 3-6 ciclos), obtendo como melhor resposta: resposta parcial (n=1), doença estável (n=3), progressão de doença (n=4), com sobrevivência livre de progressão mediana de 4,9 meses (variação 2,1 - 10,1 meses).

**Conclusões:** Nesta amostra, o número de casos diagnosticados nos últimos 5 anos foi superior ao período precedente, pelo que a incidência do MPM poderá não ter atingido ainda o zénite no nosso país. O diagnóstico foi feito numa fase avançada da doença e metade dos doentes realizou apenas terapêutica de suporte, tendo-se verificado uma sobrevivência mediana global inferior à descrita na literatura (9,1 vs 12 meses).

PE 012

## ADENOCARCINOMA DO PULMÃO COM MUTAÇÃO BRAF-V600E DETETADA POR NGS (NEXT GENERATION SEQUENCING) - UMA NOVA OPORTUNIDADE TERAPÊUTICA

R Paupério, M Jacob, JL Costa, J Reis, H Queiroga, CS Moura, JC Machado, V Hespagnol, G Fernandes  
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto

Palavras-chave: mutação BRAF-V600E; Next generation sequencing

**Introdução:** As mutações do BRAF ocorrem em cerca de 3% dos carcinomas de células não pequenas do pulmão (CPNPC) e a V600E representa 50% destas. Atualmente, a deteção da mutação BRAF-V600E é clinicamente relevante pois a inibição com fármacos específicos como o Vemurafenib ou Dabrafenib + Trametinib, demonstrou superioridade relativamente à quimioterapia (QT) convencional.

Os autores descrevem 3 casos clínicos em que foi identificada a mutação BRAF-V600E por NGS (Ion Torrent PGM), destacando as respetivas opções terapêuticas.

**Caso clínico 1:** Doente do sexo masculino, 65 anos, não fumador, com adenocarcinoma, TTF1 +, em estágio IV, por derrame pleural. O estudo molecular inicial foi negativo para mutações do EGFR e translocação do ALK- EML4. Realizou 4 ciclos de QT com Carboplatino e Pemetrexedo, seguida de 5 ciclos de Pemetrexedo em manutenção e QT de 2ª linha com Navelbine, com estabilidade da doença. Foi identificada a mutação BRAF-V600E na amostra tumoral inicial. Dada a estabilidade da doença, não foi ainda iniciada terapêutica molecular dirigida.

**Caso clínico 2:** Doente do sexo feminino, 58 anos, não fumadora, com adenocarcinoma TTF1 positivo, sem mutação EGFR ou translocação ALK-EML4, com doença metastática multiorgânica (óssea, tiroide e pulmonar). Realizou 4 ciclos de QT com Carboplatino e Pemetrexedo. Posteriormente, confirmada metastização leptomeníngea por punção lombar. Identificada a mutação BRAF-V600E na amostra tumoral inicial e no ADN tumoral circulante. Foi efetuado tratamento *off-label* com Vemurafenib 960 mg q12h, com resposta parcial durante 9 meses. A sobrevivência global foi de 12 meses.

**Caso clínico 3:** Doente do sexo masculino, 58 anos, ex-fumador (31 UMAs), com adenocarcinoma TTF1 positivo, ALK negativo e EGFR negativo. Foi diagnosticada doença metastática (óssea difusa) e linfangite carcinomatosa. Realizou 6 ciclos de QT com Carboplatino e Pemetrexedo, com resposta parcial, e 6 ciclos de QT de manutenção com Pemetrexedo. Progrediu com metastização cerebral e hepática. Identificou-se a mutação BRAF-V600E na amostra tumoral inicial. Iniciou tratamento combinado de Dabrafenib 150 mg q12h com Trametinib 2mg q24h (*off-label*), com franca melhoria do estado geral e da clínica neurológica. Encontra-se no 3º mês de tratamento.

**Discussão:** Os autores realçam a necessidade de usar uma estratégia de diagnóstico multiplex para deteção de mutações em doentes com neoplasia pulmonar avançada. A aplicação de NGS, na amostra tumoral e/ou no ADN plasmático circulante permitiu detetar a mutação BRAF-V600E, permitindo o uso de terapêuticas alvo com alta eficácia, como o Vemurafenib e a dupla inibição com Dabrafenib + Trametinib.



PE 013

### NÓDULOS PULMONARES - PROTOCOLO DE SEGUIMENTO: FAZ SENTIDO EM TODOS OS DOENTES?

JSJ Barata, R Silva, M Baptista, E Magalhães, I Vicente, MJ Valente, MS Valente

Centro Hospitalar Cova de Beira

Palavras-chave: Nódulos, pulmão, cancro, diagnóstico

**Introdução:** Nódulos pulmonares são definidos como áreas focais, redondas ou ovais ao nível do parênquima pulmonar com um diâmetro inferior a 30mm. Muitas vezes são detetados acidentalmente em telerradiografias ou tomografias computadorizadas (TC) de tórax e embora a maioria sejam benignos acaba por ser necessária uma vigilância temporal sequencial.

**Objectivos:** Caracterizar a população de doentes com nódulo(s) pulmonar(es) e avaliar a rentabilidade diagnóstica do protocolo de rastreio proposto pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN).

**Métodos:** Análise retrospectiva dos dados demográficos e clínicos de uma amostra de conveniência de doentes seguidos em consulta de pneumologia por nódulos pulmonares únicos ou múltiplos desde a sua detecção, avaliando a sua evolução morfodimensional.

**Resultados:** Incluídos 44 doentes, 72,7% do sexo masculino, com média de idades de 61,6 anos (maioria entre os 60 e os 70 anos). Do total, 65,9% eram fumadores ou ex-fumadores, e 77,3 apresentavam exposição inalatória ocupacional de risco.

Relativamente às comorbilidades apresentadas, 11,4% tinham doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e 11,4% história de neoplasia extra-pulmonar prévia.

Em termos de classificação, a maioria (88,6%) tinha características de nódulo sólido, 56,8% apresentavam nódulos múltiplos e 75% não apresentava adenopatias associadas na primeira TC-tórax realizada. Quanto à morfologia, 72,7% dos nódulos apresentavam características de benignidade, a maioria (43,5%) diâmetro inferior a 6mm, 33,6% superior a 8 mm, dos quais 2 acima de 15 mm.

A localização preferencial foi o pulmão direito (63,9%) e, neste, o lobo superior (27,8%).

Após a realização da primeira TC, 15,9% dos doentes realizou tomografia por emissão de positrons - *Fluorodesoxiglicose* 18 (PET-CT- FDG18), sendo que apenas 2 apresentavam captação metabólica discreta.

Após a primeira TC-tórax de controlo, 88,6% dos nódulos mantiveram estabilidade das suas características e 12 cessaram o seguimento.

Dos doentes submetidos à segunda TC- tórax de controlo, 81,3% dos nódulos mantiveram estabilidade, 13 cessaram seguimento sendo que apenas 1 mostrou crescimento, prosseguindo na avaliação com biópsia pulmonar transtorácica.

Dos 19 doentes que mantiveram seguimento, 89,5% dos nódulos mantiveram estabilidade e os restantes reduziram a sua dimensão. Em média cada paciente realizou 3,7 TC e manteve um seguimento médio de 22,6 meses.

**Conclusões:** Concluímos que na nossa amostra, a maioria dos doentes são do género masculino, têm exposição ao fumo de tabaco e/ou outros factores de risco inalatório e apresentam nódulos milimétricos. A maioria manteve estabilidade morfodimensional na avaliação seriada, pelo que se questiona a rentabilidade diagnóstica desta abordagem tendo em conta o risco/benefício da exposição à radiação, já que a disponibilidade nacional de TC de tórax de baixa dose é reduzida. De não menos importância acresce a ansiedade desnecessária inculcida aos utentes.

PE 014

### CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DO PULMÃO: UMA ENTIDADE RARA - CASO CLÍNICO

E Brysch, C Antunes, R Macedo, I Correia, C Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: cancro do pulmão, carcinoma mucoepidermóide do pulmão, tumor glândulas salivares, infeção respiratória

O carcinoma mucoepidermóide pulmonar é um tumor das glândulas salivares que se origina a partir de glândulas submucosas da árvore traqueobrônquica. É um tumor extremamente raro, ocorrendo em 0,1 a 0,2% de todos os tumores primários do pulmão.

Os autores descrevem um caso de uma mulher de 51 anos, raça negra, não fumadora, sem doenças prévias. A doente recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia e tosse com expectoração mucopurulenta com 7 dias de evolução, após viagem de avião de longo curso. Ao exame objetivo apresentava-se febril, com dessaturação periférica de oxigénio (91% em ar ambiente) e com murmúrio vesicular diminuído na base direita à auscultação pulmonar. Na avaliação laboratorial destacava-se aumento da Proteína C Reativa, d-dímeros negativos. Na gasometria arterial apresentava hipoxemia com hipocapnia, sem alterações no equilíbrio ácido-base. A radiografia do tórax não demonstrava alterações de relevo. Assumiu-se a hipótese diagnóstica de infeção traqueobrônquica e manteve-se a suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP), apesar de apresentar d-dímeros negativos. Iniciou antibioterapia empírica e anticoagulação em doses terapêuticas. Realizou hemoculturas cujo resultado foi negativo, serologias de agentes atípicos que foram positivas para *Chlamydia pneumoniae* e no exame bacteriológico da expectoração foi isolado *Staphylococcus aureus Meticilino-Resistente*, iniciando antibioterapia específica de acordo com os Teste de Sensibilidade a Antibióticos. Realizou Tomografia Computorizada (TC) torácica com contraste do qual se destaca lesão nodular com componente oclusivo luminal do Brônquio Principal Direito (BPD), condicionando um fenómeno valvular. Não se demonstrou sinais atribuíveis a TEP nem achados de sobrecarga do ventrículo direito, existindo dilatação do tronco da artéria pulmonar sugerindo hipertensão pulmonar a par da assimetria de calibre arterial pulmonar à custa do pulmão direito hiperinsuflado. Realizou broncoscopia rígida que mostrou oclusão total da árvore brônquica direita por massa arredondada e vascularizada no BPD. Foi submetida a laserização e ressecção da massa com colocação de prótese no BPD com abertura para o lobo superior direito. O resultado anatomopatológico foi compatível com carcinoma mucoepidermóide com grau de malignidade intermédio. Após estabilização do quadro clínico a doente teve alta do internamento, referenciada à Pneumologia Oncológica para orientação e decisão de estratégia terapêutica. O carcinoma mucoepidermóide brônquico é uma neoplasia rara, que ocorre principalmente em doentes jovens. Geralmente apresenta-se sob a forma de lesão polipoide endobrônquica central, podendo causar sintomatologia obstrutiva das vias aéreas e infeções respiratórias recorrentes ou pneumonias obstrutivas.



PE 015

## METASTAZAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J Barbosa, TS Santos, AL Martins, L Carvalho  
Centro Hospitalar Lisboa Norte

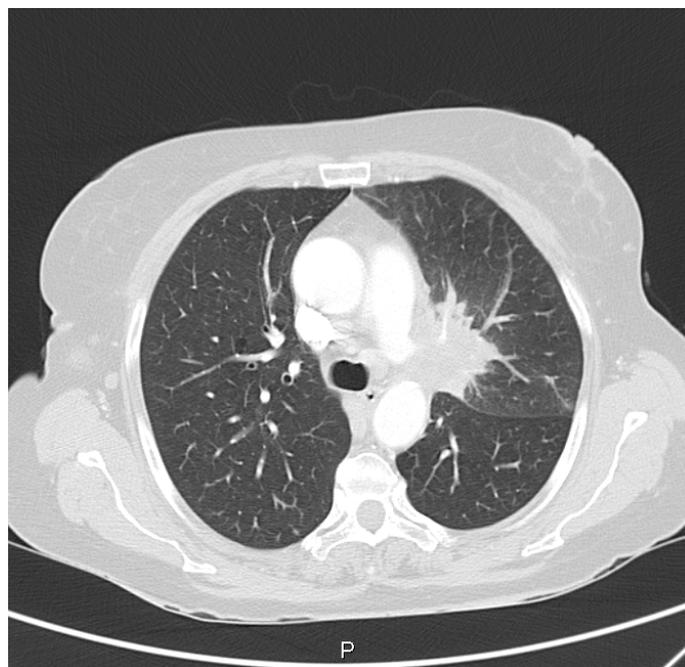
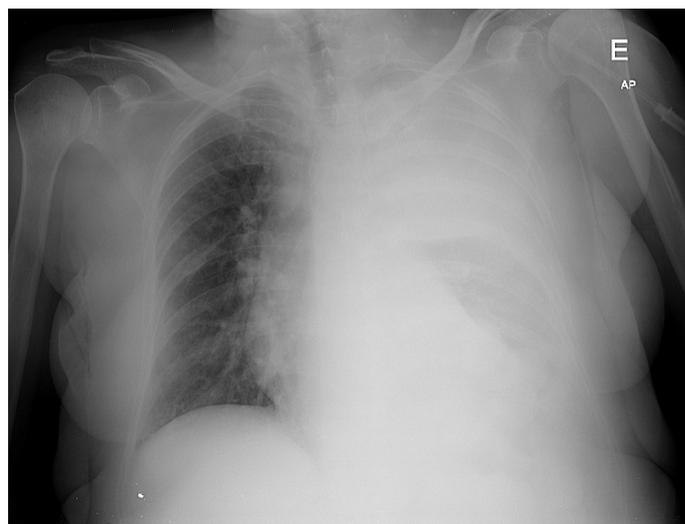
Palavras-chave: Adenocarcinoma do pulmão; Nódulos subcutâneos; TTF1

Os tumores do pulmão constituem uma das principais causas de morte a nível mundial, dividindo-se habitualmente entre não-pequenas células e pequenas células (cerca de 15%). Os primeiros podem ser divididos em três principais tipos histológicos (células escamosas, adenocarcinoma e grandes células). Todos os tumores do pulmão estão associados a hábitos tabágicos, com maior relevância nos tumores de pequenas células e nos tumores de células escamosas. Já os adenocarcinomas estão sobretudo associados a doentes não fumadores.

Os tumores do pulmão podem metastizar para todos os órgãos, sendo no entanto os mais frequentes, o fígado, supra-renais, osso, cérebro e nódulos hilares. Embora raras, as metástases cutâneas podem ocorrer em cerca de 1-12% dos doentes como manifestação inicial de neoplasia do pulmão (sobretudo de adenocarcinomas), sendo considerado um factor de mau prognóstico e reduzindo a sobrevida em 3 meses, se acompanhadas de metástases noutras localizações. Para além dos tumores do pulmão, os tumores do rim ou colo-rectais são os que mais frequentemente metastizam para a pele, com uma distribuição supra ou infrafragnática consoante o tipo de tumor (pulmonar, renal ou colo-rectal, respectivamente). Pensa-se que este tropismo para o local de metastização poderá ter influência genética, sendo que o tratamento preconizado é a cirurgia e/ou quimiorradioterapia. As lesões cutâneas são geralmente nodulares, moles ou fixas, duras ou flexíveis e podem ser únicas ou múltiplas, geralmente indolores. Histologicamente, são pouco diferenciadas e os marcadores mais úteis nestes casos são o TTF e CK/20.

Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 61 anos, caucasiana, com hábitos tabágicos de 47 UMA, internada por icterícia obstrutiva. Trata-se de uma doente previamente internada para investigação de lombalgia, perda ponderal, nódulos subcutâneos dolorosos e anemia normocítica normocrômica com três meses de evolução. Efectuou biópsia de um dos nódulos subcutâneos que foi sugestivo de tumor primitivo do pâncreas ou ovário, não se podendo excluir possível tumor do pulmão. O estudo etiológico realizado demonstrou a presença de lesão primitiva do pulmão central/ parahilar esquerda com metastização múltipla. Não foi documentado qualquer envolvimento anaxial. Foi efectuada broncofibroscopia que revelou a presença de "aspecto infiltrado ao nível do brônquio principal esquerdo, principalmente ao nível do lobo superior esquerdo" com resultado da biópsia pulmonar sugestivo de carcinoma de não pequenas células, pouco diferenciado, com estudo imunohistoquímico sugestivo de adenocarcinoma TTF1 negativo. Durante o internamento constatou-se agravamento progressivo do quadro clínico, com insuficiência respiratória parcial associado ao crescimento tumoral com posterior evidência de oclusão completa do brônquio principal esquerdo.

O presente caso clínico aborda um caso atípico de metastização cutânea em doente com adenocarcinoma do pulmão (TTF1 negativo) de evolução rápida e fatal.





PE 016

### APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE NEOPLASIA DO PULMÃO - DESCRIÇÃO DE UM 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: Neoplasia do pulmão; Metastização subcutânea;

A neoplasia do pulmão constitui a principal causa de morte por neoplasia em todo o mundo, sendo que mais de 50% dos casos apresentam lesões metastáticas na altura do diagnóstico. A apresentação inicial através de sintomatologia desencadeada por lesões metastáticas não é incomum sendo os locais mais frequentemente descritos na literatura o sistema nervoso central e o osso. Os autores descrevem um caso clínico de neoplasia do pulmão cuja apresentação inicial foi uma metástase ao nível dos tecidos subcutâneos do antebraço direito.

O caso é relativo a um indivíduo do sexo masculino, fumador de 50 unidades maço/ano, sem antecedentes pessoais de relevo que em Junho de 2017 foi referenciado a consulta de Cirurgia do nosso hospital por suspeita de sarcoma. O doente apresentava uma massa do antebraço direito com dois meses de evolução que desencadeava dor. Referia ainda anorexia, emagrecimento não quantificado, astenia e cansaço para médios esforços. À observação apresentava massa na vertente anterior, superior e externa do antebraço direito, de consistência pétreo, aderente aos planos superficiais e profundos com cerca de 8 cm de maior eixo. A tomografia computadorizada (TC) do membro revelou invasão dos músculos adjacentes e provável invasão do rádio. Realizou biópsia ecoguiada da massa do membro cuja histologia mostrou um carcinoma pavimento celular (CPC) p40 positivo, desmina e actina negativos. Por suspeita de lesão metastática foi referenciado a Consulta de Grupo de Dermatologia e solicitada TC Tórax.

Em Consulta de Grupo a TC Tórax mostrava uma volumosa lesão hilar esquerda com invasão do brônquio lobar superior com atelectasia desse lobo e compromisso do tronco esquerdo da artéria pulmonar, presença de múltiplas adenopatias mediastínicas e lesões sugestivas de depósitos secundários no pulmão contralateral pelo que foi referenciado para consulta de Pneumologia por suspeita de lesão metastática de neoplasia pulmonar.

Realizou videobroncofibroscopia (BF) com oclusão total do brônquio lobar superior esquerdo por massa polilobulada e sinais de infiltração ao nível da mucosa do lobar inferior. As biópsias brônquicas confirmaram um CPC pulmonar (p40 positivo e TTF1 negativo). Por agravamento clínico com febre após BF foi internado com o diagnóstico de pneumonia obstrutiva apresentando melhoria clínica após antibioterapia. Performance status Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 1.

Cumpriu radioterapia paliativa sobre a metástase do membro (20 grays em 5 frações). Em consulta de decisão terapêutica de tumores torácicos foi admitido CPC do lobo superior esquerdo estadio IV (metastização óssea, tecidos moles, pulmão e supra renal) e foi proposto pembrolizumab (expressão PD-L1 80%). O doente faleceu antes de iniciar tratamento.

Os autores descrevem este caso pela raridade de apresentação clínica de neoplasia do pulmão através de metástase subcutânea. Raros casos são descritos na literatura, sendo os locais de metastização mais referidos ao nível da parede torácica, dorso e abdómen. Esta forma de apresentação pode levar a um atraso do diagnóstico e consequentemente da terapêutica adequada. O prognóstico destes doentes é habitualmente bastante reservado.

PE 017

### MASSA MEDIASTÍNICA NUM ADULTO JOVEM

AL Fernandes<sup>1</sup>, I Cruz<sup>2</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, AP Vaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

<sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Palavras-chave: massa mediastínica, seminoma

**Introdução:** Os tumores de células germinativas extragonadais (TCGE) são neoplasias pouco frequentes que ocorrem tipicamente em adultos jovens e localizam-se na linha média. Estes refletem 15% das massas do mediastino anterior nos adultos.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 25 anos, estudante com antecedentes de asma e rinite alérgica, tabagismo (2 UMA) e consumo ocasional de haxixe. Sem antecedentes familiares de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por tosse seca, dor torácica pleurítica esquerda e perda ponderal com cerca de 3 meses de evolução. Ao exame objetivo, não apresentava alterações de relevo. O estudo analítico encontrava-se dentro dos valores da normalidade. A telerradiografia torácica evidenciou uma hipotransparência paracardiaca esquerda. A tomografia computadorizada cérvico-torácica revelou uma massa heterogénea, predominantemente sólida, localizada no mediastino anterior com cerca 8,7x7,6cm com efeito compressivo sobre o tronco da artéria pulmonar e indissociável do bordo cardíaco e adenopatias nas cadeias jugulo-carotídeas, a maior com 13x40mm, com realce após contraste endovenoso. Realizou biópsia pulmonar transtorácica que revelou células malignas com positividade para PLAP e CD117, na ausência de marcação para AE1/AE3 e LCA, concluindo por tumor de células germinativas extragonadal compatível com seminoma. A beta-HCG encontrava-se elevada (9.1 mUI/mL), a alfa-fetoproteína que era normal (1.071 UI/mL) e a lactato desidrogenase (LDH) estava ligeiramente elevado (282 U/L). A ecografia testicular bilateral não evidenciava alterações. Para estadiamento, realizou TC abdómino-pelvico que não demonstrou alterações de relevo. Assumiu-se o diagnóstico de seminoma mediastínico estadio IIIB, risco IGCCCG intermédio. Iniciou quimioterapia com carboplatino, etoposídeo e bleomicina (BEP). Após 4 ciclos, na reavaliação laboratorial e imagiológica, apresentou normalização da beta-HCG, a TC torácica demonstrou redução das dimensões da massa mediastínica e realizou <sup>18</sup>F-FDG-PET que não apresentava captação significativa da massa mediastínica. Após 3 meses, não apresentou recidiva pelo que mantém vigilância clínica.

**Discussão:** Embora cerca de 60-70% dos seminomas mediastínicos sejam diagnosticados em fases avançadas, habitualmente verifica-se uma resposta favorável à quimioterapia e a taxa de sobrevida aos cinco anos ronda os 90%.



PE 018

### A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO ESTADIO IV: SEMELHANTES NA ABORDAGEM, DIFERENTES NO DESFECHO

I Moreira<sup>a</sup>, S Alfarroba<sup>a</sup>, P Winkler<sup>b</sup>, AS Santos<sup>a</sup>, MA Cardoso<sup>c</sup>, A Magalhães<sup>a</sup>, J Cardoso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta / Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; <sup>b</sup>Serviço de Oncologia Médica do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santo António dos Capuchos; <sup>c</sup>Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santo António dos Capuchos

Palavras-chave: Adenocarcinoma do pulmão; Imunossupressão; Pneumocistose; Aspergilose

**Introdução:** O adenocarcinoma do pulmão constitui a forma mais frequente de neoplasia pulmonar e as complicações decorrentes dependem do estado de imunossupressão do doente, sendo que as infecciosas são as mais comuns.

**Caso clínico:** Neste trabalho relatam-se dois casos de doentes do sexo masculino, caucasianos, com 50 anos de idade, hábitos tabágicos marcados, previamente saudáveis, com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão no último ano.

Ambos recorreram ao Serviço de Urgência por quadro inaugural de défices neurológicos focais que resultaram na identificação em TC crânioencefálica de metastização cerebral de tumor primário por localizar. Da marcha diagnóstica subsequente, resultou a identificação de nódulos pulmonares solitários nos lobos pulmonares superiores, cuja avaliação histológica (por broncofibroscopia e biópsia aspirativa transtorácica respetivamente) revelou tratar-se de adenocarcinoma do pulmão, ambos estadio IV pelas metástases cerebrais sem outra evidência de doença à distância. Nenhum teve indicação para intervenção cirúrgica das metástases cerebrais e foi instituída corticoterapia com dexametasona e radioterapia holocraniana.

Ambos os doentes desenvolveram posteriormente em ambulatório um quadro de pneumonia bilateral hipoxemiante extensa, com padrão imagiológico sugestivo de pneumocistose, no provável contexto de imunossupressão.

No primeiro doente, o diagnóstico presuntivo de pneumocistose foi imagiológico, tendo sido iniciada terapêutica antibiótica empírica. Apesar da boa evolução clínica e imagiológica da pneumonia, verificou-se posteriormente progressão da metastização pulmonar e supra-renal, tendo o doente agravado rapidamente do seu estado geral, acabando por falecer no domicílio a aguardar integração em unidade de cuidados paliativos.

No segundo doente, a imagiologia torácica revelou padrão imagiológico compatível com pneumocistose, acrescido de cavitação do lobo superior esquerdo possivelmente habitada. O doente foi submetido a broncofibroscopia, com isolamento de *Pneumocystis jirovecii* e *Aspergillus*. Iniciou antibioterapia dirigida e voriconazol, além da corticoterapia, com melhoria clínica, analítica e imagiológica. Manteve seguimento em ambulatório e apenas foi identificada mutação genética de *Kras*, pelo que foi submetido a quimioterapia de primeira linha com cisplatina e pemetrexed. Até à data, o doente cumpriu 6 ciclos de quimioterapia, com resposta parcial muito significativa e controlo da doença, sem novos focos de metastização, encontrando-se a aguardar realização de radioterapia estereotáxica da lesão pulmonar.

**Conclusão:** Pretende-se com este trabalho relatar dois casos clínicos de infecção com agentes menos comuns, em doentes imunodeprimidos pela sua doença oncológica, cuja apresentação inicial, abordagem terapêutica e complicações foram semelhantes, mas os desfechos díspares.

PE 019

### TUMOR PULMONAR DE COLISÃO

C Matos<sup>1</sup>, M Felizardo<sup>1</sup>, A Catarino<sup>3</sup>, F Martelo<sup>4</sup>, JP Coelho<sup>2</sup>, ST Furtado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Hospital Beatriz Ângelo e Hospital da Luz, <sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica do Hospital da Luz e Hospital Beatriz Ângelo, <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Luz, <sup>4</sup>Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital da Luz

Palavras-chave: neoplasia, pulmão, próstata

**Introdução:** Os tumores de colisão são definidos pela presença de duas neoplasias de diferentes origens histológicas no mesmo órgão. São extremamente raros e o seu diagnóstico constitui um desafio.

**Caso Clínico:** Descreve-se o caso de um doente do género masculino, 70 anos de idade, reformado (marketing).

Recorreu ao Serviço de Urgência em janeiro de 2016 por um quadro de dispneia de agravamento progressivo com uma semana de evolução. Objectivou-se tamponamento cardíaco, com necessidade de realização de pericardiocentese de emergência, com drenagem de 600 cc de líquido hemático. O exame citológico revelou células de adenocarcinoma (PSA-, CK7+, TTF1+, CK20-) com provável origem pulmonar.

Dos antecedentes pessoais destaca-se diagnóstico prévio (em 2007) de adenocarcinoma da próstata com metástases ósseas (isquion e sacro) e submetido a radiocirurgia e bloqueio androgénico completo.

A tomografia computadorizada tóraco-abdominal revelou derrame pleural bilateral, adenomegalias hilares e mediastínicas, nódulos múltiplos no lobo superior esquerdo e atelectasia do lobo inferior esquerdo. A PET-TC mostrou recidiva local da neoplasia da próstata com provável invasão da parede da bexiga, lesões ósseas múltiplas, derrame pleural bilateral e adenopatias hilares, mediastínicas e supraclaviculares bilaterais.

Foi submetido a cirurgia toracoscópica video-assistida (VATS) do hemitórax esquerdo com intuito diagnóstico e terapêutico, com ressecção atípica do lobo superior esquerdo e realização de biópsias ganglionares (grupos 5 e 7). Posteriormente foi colocado um dreno pleural crónico.

O exame macroscópico da peça operatória mostrou 4 nódulos pulmonares; o exame histológico revelou duas populações epiteliais malignas: uma constituída por agregados sólidos de células epiteliais com citoplasma eosinofílico e vasto, com configuração morular ocasional (TTF1+,CK7+, CK34Be12+, CK20-, PSA-) e outra constituída por proliferação epitelial de padrão acinar e cribriforme (PSA+ e TTF1-, CK7-, CK20- CK34Be12-), a favor de adenocarcinoma do pulmão, de padrão sólido e acinar e metástases pulmonares de adenocarcinoma acinar da próstata. O exame histológico ganglionar revelou metastização por neoplasia pulmonar e prostática. O doente cumpriu 6 ciclos de quimioterapia com duplete de platina e pemetrexedo, com resposta parcial, seguido de terapêutica de manutenção com pemetrexedo em monoterapia. Manteve o tratamento habitual com goserrelina, com PSA sérico estável.

O doente acabou por falecer 14 meses após o diagnóstico por intercorrência infecciosa.

**Conclusão:** Os tumores de colisão são entidades extremamente raras e a informação existente na literatura é escassa - não há dados disponíveis ou um tratamento específico. A histopatologia assume um papel fundamental no seu diagnóstico.



PE 020

## CONFUSÃO MENTAL, MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEOPLASIA DO PULMÃO - CASO CLÍNICO

JD Cardoso, C Martins, C Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Neoplasia Pulmão, Hipercalcemia, Síndrome Paraneoplásico

**Introdução:** A hipercalcemia é resultado da entrada exagerada de cálcio no líquido extracelular ou da insuficiente excreção renal. É o síndrome paraneoplásico mais comum, sendo comumente observada em doentes com neoplasia pulmonar, em especial neoplasia do pulmão não pequenas células.

A severidade dos sintomas depende não só do nível de cálcio sérico, mas também da rapidez de subida do mesmo. A hipercalcemia afecta todos os sistemas orgânicos, mas em especial o sistema nervoso central (SNC) causando fadiga, letargia, confusão mental e coma (se cálcio acima dos 14 mg/dL); e o sistema renal causando poliúria, desidratação e falência renal.

Os mecanismos envolvidos na hipercaliémia nos doentes com neoplasia do pulmão são a produção de péptido relacionado com hormona paratiorideia, aumento de metabolito activo de vitamina D e lesões osteolíticas metastáticas.

As medições dos níveis de hormona paratiroideia (PTH), péptido relacionado com hormona paratiorideia (PTHrP), calcitriol, vitamina D, cálcio, albumina, magnésio e fósforo, assim como avaliação imagiológica óssea fazem parte da avaliação diagnóstica.

**Caso:** Descrevemos o caso de uma mulher de 80 anos admitida no serviço de urgência por quadro de letargia e alteração do estado de consciência. À observação apresentava índice de escala de Glasgow de 10, pupilas isocórias isorrectivas, ausência de défices motores e mímica facial mantida, auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito.

Analiticamente destaque para cálcio sérico de 16,1mg/dL, PCR 0,12mg/dL, Creatinina de 1,07mg/dL. Níveis séricos de PTH, PTHrP, vitamina D, calcitriol, fosforo e magnésio normais.

Em radiografia de tórax presença de hipotransparência heterogénea na metade inferior direita.

Realizou tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica mostrando múltiplas lesões líticas infiltrativas nodulares na calote craniana e base do crânio, osteolíticas com ruptura das corticais internas e externas, sugerindo depósitos secundários, observando-se na região frontal esquerda lesão de componente endofítico a moldar-se ao parênquima adjacente.

Realizou TC tórax e abdómen observando-se massa sólida de 6x2,8 cm condicionando destruição do 3º arco costal posterior e corpo vertebral adjacente; lesão destrutiva do sacro e lesão lítica no corpo vertebral de L2; adenopatias com dimensões entre 1,3 e 1,6 cm na fossa supraclavicular direita, massa sólida de natureza adenopática com 4,3cm adjacente à crossa da aorta, conglomerado adenopático confluyente no espaço pré-traqueal retro-cavo invadindo hilo pulmonar direito; nódulo supra-renal esquerda com 1,2 cm.

Foi submetida a broncofibroscopia em cujas biópsias brônquicas foi possível identificar adenocarcinoma de origem pulmonar.

**Conclusão:** A hipercalcemia é um síndrome paraneoplásico comum na neoplasia do pulmão, contudo os autores destacam que valores superiores a 14mg/dL são pouco frequentes e que cursam com alterações no SNC e se associam a mau prognóstico e a uma sobrevivência de 1 a 3 meses.

PE 021

## COMPLICAÇÃO DE IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL COM BACILLUS DE CALMETTE-GUERIN - CASO CLÍNICO

JD Cardoso, AT Castro, T Mourato, MC Gomes

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches

Palavras-chave: Bacillus de Calmette-Guerin, Imunoterapia, Cistite

**Introdução:** A administração intravesical de Bacillus de Calmette-Guerin (BCG), uma forma atenuada de Mycobacterium bovis é pratica comum no tratamento da neoplasia superficial da bexiga. A imunoterapia com BCG é geralmente bem tolerada, contudo complicações infecciosas podem surgir.

O mecanismo imunológico não é totalmente compreendido, mas parece ocorrer a elaboração de um perfil de citocinas células T Helper à instilação de BCG. Esta resposta potencialmente leva a alteração dos ratios celulares células T supressoras / Helper e consequentemente à predisposição para complicações infecciosas.

A complicação mais comum é a cistite, mas complicações sistémicas como a sépsis, hepatite e osteomielite podem ocorrer.

**Caso clínico:** Descrevemos o caso de um homem de 67 anos com o diagnóstico de carcinoma endotelial vesical de alto grau não musculo invasivo multifocal desde junho de 2015 sendo submetido nessa data a ressecção trans-uretral vesical e tratamento com mitomicina C intravesical.

Em dezembro de 2016 ocorrência de recidiva de doença com múltiplos locais de implantação tumoral pelo que é proposto para nova ressecção trans-uretral vesical e inicio de imunoterapia com BCG intravesical em fevereiro de 2017.

Em março de 2017 inicia quadro de disúria, polaquiúria, incontínência urinária e dor no hipogastro; ocorrendo agravamento progressivo das queixas ao longo de 2 meses. Nesse período efectuou várias uroculturas que foram permanentemente negativas, realizando numerosos ciclos de antibioterapia, incluindo quinolonas. Durante este período os parâmetros inflamatórios analíticos permaneceram negativos e os valores de antigénio específico da próstata (PSA) normais.

Em junho de 2017 é realizada detecção molecular de Mycobacterium sendo positiva com consequente exame cultural positivo para complexo Mycobacterium tuberculosis.

Admitiu-se tratar-se de uma cistite a BCG resultante da imunoterapia intravesical tendo o doente iniciado isoniazida e curto período de corticoterapia sistémica com rápida melhoria sintomática.

**Conclusão:** A imunoterapia intravesical com BCG é um tratamento estabelecido e uma alternativa eficaz aos esquemas de quimioterapia habituais para o tratamento do cancro vesical superficial.

A cistite a BCG é a complicação mais comum e pode ser difícil de diferenciar de cistites provocadas por outros agentes microbiológicos. O tratamento com quinolonas pode ser suficiente, mas em casos refratários o uso de isoniazida associada a curto período de corticoterapia é necessária.



PE 022

## CARCINOSSARCOMA PULMONAR - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE TRÊS CASOS

M Fernandes, V Pereira, T Abreu, A Ribeiro, P Barradas, R Sotto-Mayor, C Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: carcinossarcoma pulmonar, neoplasia do pulmão

**Introdução:** O carcinossarcoma pulmonar é uma neoplasia do pulmão rara (<1%), caracterizado histologicamente pela presença de células de carcinoma (pavimento-celular ou adenocarcinoma) e um componente sarcomatoso (rabdmiossarcoma, osteossarcoma ou condrossarcoma). Surge habitualmente em homens fumadores, entre os 50 e 70 anos. O achado radiológico inicial mais frequente é a presença de um nódulo pulmonar, que pode ser central ou periférico e a abordagem diagnóstica (endoscópica vs cirúrgica) dependente da sua localização.

**Objetivos:** Caracterizar a apresentação clínica, radiológica e histopatológica no momento do diagnóstico de 3 casos de carcinossarcoma pulmonar.

**Métodos:** Foram estudados de forma retrospectiva os registos clínicos de 3 doentes com o diagnóstico de carcinossarcoma internados na Unidade de Internamento de Oncologia Pneumológica do Hospital Pulido Valente, entre agosto e dezembro de 2016.

**Resultados:** Foram incluídos 3 doentes, 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, com idade média de 64 anos, dos quais 2 eram fumadores. Dois doentes iniciaram investigação clínica por apresentarem sintomas, nomeadamente astenia, tosse não produtiva, dispneia e toracalgia, com tempo de evolução médio de 1,5 meses. Um doente encontrava-se assintomático e iniciou investigação após achado radiológico acidental. Na tomografia de tórax, 2 doentes apresentavam uma lesão nos lobos superiores esquerdo e direito, com localização central e diâmetro de 11 e 3 cm, respetivamente. Outro doente apresentava uma lesão com 15 mm de diâmetro, localizada na região subpleural do lobo inferior direito. Dois doentes realizaram broncofibroscopia com evidência de infiltração da parede brônquica, tendo sido realizadas biopsias brônquicas, com a confirmação histológica de neoplasia primária do pulmão. O doente com o nódulo localizado na região subpleural, efectuou o diagnóstico por biópsia transtorácica. Ao exame anátomo-patológico, todos fragmentos apresentavam infiltração neoplásica por células de carcinoma com positividade para citoqueratinas, bem como células com marcação para marcadores mesenquimatosos, sendo que 2 marcavam para vimentina e 1 para desmina e miogenina (nódulo subpleural). No momento do diagnóstico, 2 doentes encontravam-se em estadio IVa e 1 em estadio IIB, segundo a classificação TMN (8ª edição) da *International Association for the Study of Lung Cancer*.

**Conclusão:** O carcinossarcoma pulmonar é uma neoplasia do pulmão muito rara, sendo a sua apresentação clínica inicial e abordagem diagnóstica dependente da localização da lesão primária. O diagnóstico é histológico, com evidência de células de carcinoma, habitualmente não pequenas células, e células com positividade para marcadores de sarcoma. Pela sua heterogeneidade, a suspeição de carcinossarcoma é imagiologicamente impossível e mesmo após realização de biopsias, é fundamental um estudo imunohistoquímico amplo e exigente para o confirmar o diagnóstico.

PE 023

## MESOTELIOMA PLEURAL: NUNCA DIGAS NUNCA

C Antunes<sup>1</sup>, V Durão<sup>1</sup>, T Calado<sup>2</sup>, D Hasmucrai<sup>3</sup>, L Mota<sup>4</sup>, F Paula<sup>5</sup>, R Sotto-Mayor<sup>3</sup>, J Semedo<sup>4</sup>, F Froes<sup>5</sup>, F Félix<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente do Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>3</sup>Serviço de Oncologia Pneumológica do Hospital Pulido Valente do Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>4</sup>Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital Pulido Valente do Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>5</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgicos Respiratórios do Hospital Pulido Valente do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Mesotelioma, abordagem cirúrgica, infecção oportunistas

O mesotelioma pleural maligno é uma neoplasia rara e insidiosa que surge das células mesoteliais da cavidade pleural. O seu prognóstico é reservado dada a sua apresentação tardia à data do diagnóstico, e o seu tratamento um desafio, o qual se baseia numa estratégia multimodal.

Os autores submetem o caso de uma mulher de 71 anos, não fumadora, sem exposição conhecida aos asbestos, com os diagnósticos conhecidos de Linfoma de Hodgkin escleronodular estadio IIIA em remissão completa desde 2001, hipertensão arterial, miomas uterinos e prótese total da anca direita. Em 2016 é internada por derrame pleural esquerdo *de novo* de onde a investigação diagnóstica por toracoscopia médica viria a concluir mesotelioma pleural maligno do tipo epitelióide. É referenciada à consulta de Pneumologia Oncológica em Junho de 2016, destacando-se da tomografia computadorizada do tórax volumoso derrame pleural com espessamento irregular da pleura parietal e cisura esquerda e múltiplos nódulos sólidos da pleura mediastínica e costal, com aumento da captação na Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET), compatível com o estadio III. Após reunião multidisciplinar, realiza seis ciclos de quimioterapia com cisplatina e pemetrexedo, com redução imagiológica franca da carga tumoral em sede pleural. Perante a resposta favorável à quimioterapia em doente com reserva cardiopulmonar limitada (ergometria com consumo máximo de O<sub>2</sub> de 14mL/kg/min) é proposta para pleurectomia/descorticação com remoção de diafragma. O exame anatomopatológico da peça operatória viria a revelar margem cirúrgica infiltrada por neoplasia com invasão do parênquima pulmonar e dos tecidos moles mediastínicos, compatível com o estadio III patológico pós-cirúrgico.

Como complicação pós-operatória desenvolve choque hemorrágico com necessidade de suporte aminérgico, transfusional e ventilação mecânica invasiva, iniciando também antibioterapia de largo espectro por choque refractário. Por dificuldade no desmame ventilatório e extubação por tosse ineficaz e presença de secreções espessas em abundante quantidade realiza broncofibroscopia em D7, a qual viria a evidenciar a presença de extensas placas esbranquiçadas dispersas por toda a árvore brônquica, sugestivas de eventual infecção fúngica. Assumindo a hipótese diagnóstica de aspergilose bronco-pulmonar invasiva em doente imunodeprimida, iniciam próprio dia voriconazol e caspofungina, com melhoria clínica, analítica e endoscópica, e possibilidade de extubação. Este caso clínico demonstra a complexidade da patologia associada ao mesotelioma pleural maligno. Esta entidade pode estar associada às neoplasias hematológicas submetidas a radioterapia, no entanto, no caso apresentado a doente apenas havia realizado quimioterapia para o tratamento do Linfoma de Hodgkin. A apresentação tardia da doença viria a determinar a adopção



de medidas citoredutoras com quimioterapia. A óptima resposta com significativa redução da carga tumoral possibilitou, por sua vez, a abordagem cirúrgica, no sentido de alcançar uma melhor qualidade de vida, com redução dos sintomas. O tratamento desta entidade pode, no entanto, associar-se a uma série de complicações, destacando-se no caso apresentado o desenvolvimento de infecção fúngica, apenas identificada endoscopicamente, que viria a responder de forma favorável ao tratamento precoce e agressivo.

PE 024

### TUMOR MÚLTIPLO DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

**D Coelho, A Szantho, T Almodovar, D Costa**

Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar Nossa Senhora do Rosário. Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E

Palavras-chave: Tumor primitivo; Tumores múltiplos; Lobectomia; Recidiva

**Introdução:** O cancro do pulmão apresenta-se num número cada vez maior de casos com duas (ou mais) lesões pulmonares malignas. Nestes casos gera-se ambiguidade no seu estadiamento e dificuldade na interpretação da sua classificação. Mais importante ainda, não está claro como pensar conceptualmente sobre a natureza destas lesões e como manejar os doentes.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam caso de mulher 53anos, fumadora (30 UMA), sem exposição profissional. Em 2012 no contexto de investigação de quadro de cefaleias e desequilíbrio realizou TC-Tórax que mostrou um nódulo de 16mm no lobo inferior esquerdo (LIE) e outro nódulo de 7mm lobo inferior direito (LID). Fez biopsia aspirativa transtóraca guiada por TC ao nódulo do LIE com diagnóstico histológico de Adenocarcinoma pulmão (TTF1+) cT1N0M0. Foi proposta para lobectomia inferior esquerda com linfadenectomia mediastínica. A caracterização histológica da peça operatória mostrou diagnóstico de Adenocarcinoma pouco diferenciado (pT1aN0M0).

Em TC-Tórax de 2013 e 2014 verificou-se o desaparecimento do nódulo do LID e aparecimento de imagem em vidro despolido no LSD e LM, sem adenopatias de características patológicas.

Na TC-Tórax de Setembro de 2015 estabilidade de imagens em vidro despolido, aparecimento de múltiplos nódulos infra-centrímetrícos, com maior expressão nos lobos superiores e médio, pequena densidade subpleural LID e aumento dimensional dos gânglios 4R e 4L. Efectuou broncofibroscopia que mostrou coto de lobectomia inferior esquerda sem evidência de recidiva, fez punções aspirativas guiada por EBUS dos gânglios 4R e 4L. A citologia mostrou população linfóide heterogénea.

Na TC-Tórax de Janeiro de 2016 há desaparecimento do padrão micronodular mas aumento da zona de densificação em vidro despolido no LSD e aumento da dimensão de densidade subpleural no LID, micronódulo no lobo inferior direito com 6 mm e ao nível do lobo médio com 10 mm, adenopatia hilar pulmonar direita. Fez PET-TAC em Maio 2016 no qual havia actividade metabólica na densificação em vidro despolido no LSD com SUV 1.5, no nódulo subpleural LID com SUV 3.9 e na adenopatia hilar pulmonar direita com SUV 4.1.

Em Julho de 2016 efectuiu ressecção em cunha do segmento antero-basal do LID com diagnóstico histológico Carcinoma Neuroendócrino de Grandes Células (pT1aN0,R0) e ressecção atípica do LSD com ADC invasivo (pT1aN0,R0). Admitiu-se dois tumores síncronos. Efectuou QT adjuvante com Carboplatino+Etoposido três ciclo por intolerância.

Em Novembro de 2016 a TC-Tórax mostrou aumento dimensional do nódulo do segmento apical do lobo inferior direito para 7 mm. Na PET-TAC Janeiro de 2017 há actividade metabólica a nível nódulo. Efectuou broncofibroscopia com punção aspirativa por EBUS dos gânglios 7, 4R e 11R que mostrou população linfóide



heterogénea. Em Março de 2017 foi submetida ressecção pulmonar atípica do LID. Peça cirúrgica com Adenocarcinoma do pulmão de padrão acinar e lepidico. Reestadiamento como ypTxNxM1a (?) (AJCC 8ª edição). Iniciou QT com Carboplatina+Pemetrexed

**Conclusão:** Este caso ilustra bem as dificuldades no manejo de doentes em que aparecem tumores pulmonares múltiplos síncronos ou metáctonos e do diagnóstico diferencial entre segundo primário e metastização.

PE 025

### NEOPLASIA DO PULMÃO ABCEDADA - QUANDO A PET NÃO CHEGA!

**T Calado, M Alvoeiro, D Cabral, M Antunes, F Félix**

Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente, CHLN

Palavras chave: estadiamento mediastínico, PET-TC, cirurgia

**Introdução:** O estadiamento ganglionar é um dos factores mais importantes de prognóstico e a sua avaliação essencial para a decisão terapêutica. A PET TC constitui actualmente um exame fundamental no estadiamento da neoplasia pulmonar, apresentando uma sensibilidade e especificidade para a doença ganglionar de 70,4% e 94,5%, respectivamente.

No entanto, em doentes com patologia infecciosa associada, o risco de falsos positivos na avaliação metabólica da doença ganglionar (cN) poderá estar aumentado, pelo que o estadiamento patológico deve ser considerado.

Apresentamos dois casos clínicos de doentes submetidos a cirurgia para controlo de foco infeccioso no contexto de neoplasia do pulmão, cujo estadiamento cirúrgico não confirmou o estadiamento clínico que inicialmente definiu a atitude terapêutica.

**Caso 1:** Mulher de 50 anos, fumadora (30UMA) e com antecedentes pessoais de Tireoidectomia total por microcarcinoma da tiroide aos 44 anos. Em jan/2017 inicia queixas de tosse produtiva e cansaço para médios esforços. Após investigação etiológica apresenta o diagnóstico de Carcinoma epidermóide do lobo superior direito em estadio IIIB - cT4N2 - massa hipermetabólica do LSD que invade o mediastino e envolvimento hilar e mediastínico homolateral. Internada em Mar/2017 por quadro de febre e dispneia, apresentando em TC torácica volumosa lesão abcedada/necrosada do LSD. Visto a impossibilidade de realizar QT neoadjuvante por manutenção do quadro infeccioso, é submetida a Bilobectomia superior extrapleurar com esvaziamento ganglionar mediastínico, sem intercorrências e com boa evolução clínica. Anatomia patológica revelou tratar-se de um Carcinoma pavimentocelular extensamente necrosado - pT4N0 (IIIA).

**Caso 2:** Homem de 55 anos, fumador (65UMA), com antecedentes pessoais de DPOC. Em Mai/2016 inicia queixas de cansaço arrastado e hipotransparência na base esquerda em radiografia torácica. Restante investigação etiológica revela tratar-se de massa de 9 cm heterogénea e hipermetabólica (SUV 35→49) no lobo inferior esquerdo com gânglios mediastínicos e hilares homolaterais, paratraqueais direitos e infracarinais hipermetabólicos (SUV>5). Lavado broncoalveolar suspeito de Carcinoma pavimentocelular. Estadiado em IIIB - cT3N3M0 e submetido a quimioterapia de 1ª linha (Gemcitabina + Cisplatina), à qual apresentou fraca resposta com lesão sobreponível e gânglios mediastínicos com hipercaptação de FDG. Considerada abordagem cirúrgica por má resposta e sobreinfecção, tendo sido submetido a Lobectomia inferior esquerda com esvaziamento ganglionar mediastínico e mediastinoscopia, sem intercorrências e com boa evolução clínica. Anatomia patológica revelou tratar-se de um Tumor miofibroblástico inflamatório - pT4N0 (IIIA).

**Conclusão:** Os dois casos clínicos apresentados ilustram a importância da confirmação histológica da patologia mediastínica com biópsia cirúrgica em doentes com cN2 e cN3. A presença de sobreinfecção de lesões tumorais pode por si só provocar o engurgitamento ganglionar e o diagnóstico de falsos positivos na PET-TC. Assim, na presença de qualquer neoplasia pulmonar necrosada e/ou abcedada é mandatória a discussão multidisciplinar e ponderada a realização do estadiamento mediastínico cirúrgico, sob o risco de sobre-estadiamento e inviabilização de terapêutica cirúrgica primária.



PE 026

### UM MÉTODO POUCO COMUM PARA DIAGNOSTICAR MESOTELIOMA - RELATO DE CASO

M Fernandes, A Pais, N Pinto, A Ribeiro, I Claro, T Abreu, A Oliveira, A Coutinho, L Mota, J Semedo, L Carvalho, C Bárbara  
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: mesotelioma, criobiopsia

**Introdução:** O mesotelioma pleural é uma neoplasia rara com origem nas células mesoteliais da cavidade pleural. É mais frequente no sexo masculino e está fortemente associado à exposição a asbestos. O diagnóstico é efetuado habitualmente por biopsia pleural e o tratamento depende do estadia da doença.

**Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, de 62 anos, raça branca, operário em fábrica de isolamento (contacto com amianto) desde há 45 anos, ex-fumador (15 UMA), com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, submetido a tiroidectomia por patologia nodular e prostatectomia por hiperplasia benigna da próstata, medicado com vildagliptina/metformina e levotiroxina. Recorreu ao serviço de urgência por quadro caracterizado por dispneia para esforços, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, toracalgie de características pleuríticas e perda ponderal, com 3 meses de evolução. Ao exame objetivo, encontrava-se polipneico, com saturação de O<sub>2</sub> em ar ambiente de 93% e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base esquerda e ferveores crepitantes bibasais. Analiticamente apresentava elevação da PCR (11,2 mg/dL), e a gasometria arterial realizada em ar ambiente demonstrou insuficiência respiratória parcial. A telerradiografia de tórax evidenciou hipotransparência dos dois terços inferiores do campo pulmonar esquerdo com zonas de broncograma aéreo e acentuação difusa do retículo peribroncovascular à direita. Neste contexto, foi internado no Serviço de Pneumologia do Hospital Pulido Valente (HPV), tendo iniciado antibioterapia empírica, com ligeira melhoria clínica. A tomografia computadorizada de tórax revelou espessamento difuso da pleura mediastínica esquerda e marcado espessamento do interstício dos septos interlobulares e centrilobulares, aspetos atribuíveis a exuberante fibrose pulmonar. Realizou broncofibroscopia com evidência de sinais inflamatórios generalizados e o lavado bronco-alveolar apresentava um padrão de alveolite linfocítica (26%), negativo para células neoplásicas e corpos asbestosos. O estudo funcional respiratório demonstrou uma alteração ventilatória restritiva moderada e um moderado compromisso quantitativo das trocas gasosas ao nível da membrana alvéolo-capilar. Do estudo complementar, salientam-se exames bacteriológicos negativos e estudo autoimune sem alterações. Para esclarecimento do quadro clínico-radiológico realizou biopsia pulmonar por criobiopsia transbrônquica ao nível do lobo inferior direito e lobo médio, cujo resultado histológico revelou neoplasia maligna com morfologia organoide e marcação imunohistoquímica para calretinina, sugestivo de mesotelioma epitelial. O doente foi referenciado ao Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do HPV e, por apresentar *performance status* de 3, não fez qualquer tratamento dirigido, pelo que se referenciou aos paliativos.

**Conclusão:** O mesotelioma pleural é uma neoplasia rara, associada à exposição a asbestos, com mau prognóstico. A criobiopsia permite a caracterização histológica de doenças pulmonares, inclusive de patologia neofomativa.

PE 027

### HEMOPTISES PERSISTENTES SEM CAUSA APARENTE: À TERCEIRA É DE VEZ

FV Machado, A Marinho, M Sucena  
Centro Hospitalar São João

Palavras-chave: Hemoptises; Arteriografia brônquica

**Introdução:** As hemoptises de grande volume são uma forma de apresentação de uma grande variedade de patologias, e obrigam a uma abordagem diagnóstica e célere dada o seu elevado risco e mortalidade. A angioTC torácica, arteriografia brônquica com embolização e estudo endoscópico da árvore respiratória permitem identificar e tratar a causa de hemoptises na grande maioria dos casos. Apresentamos um caso de hemoptises de grande volume, persistentes e sem fator precipitante aparente em que só à terceira arteriografia foi possível identificar e tratar a causa da hemorragia.

**Caso Clínico:** Homem de 55 anos, fumador (40 UMA), obeso, com antecedentes de dislipidemia, ansiedade e doença ulcerosa péptica, recorreu ao serviço de urgência por quadro de hemoptises e pieira com uma semana de evolução, negando febre ou outros sintomas. Desconhecia qualquer contacto com indivíduos doentes e negava antecedentes de doença respiratória. O exame físico e estudo analítico não apresentavam qualquer alteração relevante. No SU presenciado novo episódio de hemoptises de grande volume. Realizou então angioTC torácica que revelou enfisema de predomínio centrilobular e superior, mas sem outras alterações imagiológicas sugestivas de hemorragia alveolar, tendo ficado internado para vigilância e estudo etiológico das hemoptises.

Durante o internamento realizou também arteriografia brônquica que não encontrou alterações vasculares de relevo, não tendo por isso sido feita embolização. A broncofibroscopia e broncoscopia rígida demonstraram restos hemáticos e presença de coágulo a condicionar obstrução parcial do brônquio lobar superior direito. Perante estabilidade clínica e ausência de repetição de perdas hemáticas o doente teve alta com reavaliação agendada a curto prazo.

Dois dias depois da alta repete broncofibroscopia, em que após aspiração de coágulo inicia hemorragia ativa, tendo sido reinternado. Repetiu angioTC torácica e arteriografia brônquica que continuaram a não demonstrar causa aparente para hemoptises. Perante normalidade dos meios complementares diagnósticos contactada Cirurgia Torácica para eventual abordagem cirúrgica em caso de agravamento do quadro. Manteve-se hemodinamicamente estável e com perdas hemáticas progressivamente de menor volume até que no 12º dia de internamento tem novo episódio de hemoptises de grande volume. Realizou então uma terceira arteriografia em que foi evidente uma fístula arterio-arterial broncopulmonar de baixo débito que foi embolizada. Desde então não repetiu perdas hemáticas, mantendo atualmente seguimento em consulta de Pneumologia.

**Discussão:** Os meios complementares de diagnóstico de primeira linha no estudo de hemoptises podem não conseguir identificar e tratar a causa das mesmas. Neste caso a insistência na repetição de arteriografia perante manutenção e agravamento das perdas hemáticas permitiu identificar a causa das hemoptises e oferecer uma terapêutica eficaz e minimamente invasiva, evitando uma eventual abordagem cirúrgica.



PE 028

### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO: UM CASO PARADIGMÁTICO DA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

S Heleno, M Afonso, R Abreu, T Gomes, A Fernandes

Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar, Tromboembolismo crónico

Numa proporção significativa de doentes com embolia pulmonar aguda – mesmo com terapêutica adequada – verifica-se uma resolução incompleta do evento, colocando-os em risco de desenvolver doença tromboembólica crónica. Antes considerada uma condição rara, a hipertensão pulmonar tromboembólica crónica encontra-se documentada em 3,8% dos doentes afetados por embolia pulmonar aguda.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 68 anos, com fatores de risco cardiovascular, insuficiência venosa periférica, e antecedente de tromboembolismo pulmonar – de etiologia não totalmente esclarecida – a motivar três internamentos no espaço de dois anos, estando sob hipocoagulação oral. Esta doente recorre ao serviço de urgência hospitalar por um quadro clínico com três semanas de evolução de dispneia de esforços progressivamente menores, ortopneia e anorexia; negava febre, dispneia em repouso, dor torácica, ou edemas periféricos. Na admissão, a paciente apresentava cianose labial e dos dedos das mãos, hipotensão (tensão arterial de 93/64 mmHg), e insuficiência respiratória hipoxémica grave. O estudo analítico mostrou elevação sérica de marcadores de necrose miocárdica e do pro-BNP, assim como deterioração dos parâmetros de função renal; na telerradiografia torácica eram patentes um índice cardiotorácico aumentado e derrame pleural direito de médio volume. O eletrocardiograma apresentava padrão de bloqueio de ramo direito e má progressão de ondas R. É admitida em internamento com o diagnóstico de agudização de insuficiência cardíaca de predomínio direito com disfunção respiratória e renal. Foi intensificada terapêutica diurética, além da manutenção de hipocoagulação oral. No seguimento da investigação, o ecocardiograma sumário identificou um fluxo da artéria pulmonar sugestivo de hipertensão pulmonar, com dilatação marcada das câmaras cardíacas direitas e depressão da função ventricular direita; o ecodoppler dos membros inferiores excluiu trombose venosa profunda até ao terço inicial das veias tibiais posteriores. Apesar dos esforços, a doente apresentou resposta clínica desfavorável, com persistência de perfil hipotensivo, agravamento dos sinais de congestão pulmonar e periférica, além de necessidade de débitos crescentes de oxigenioterapia.

Trata-se, em suma, de uma doente com tromboembolismo pulmonar crónico a condicionar hipertensão pulmonar, com insuficiência cardíaca direita grave.

O presente caso ilustra a natureza progressiva desta doença; realça ainda a dificuldade na identificação do evento precipitante da deterioração clínica em doente com substrato de doença tromboembólica crónica. Atendendo à existência de terapêuticas específicas potencialmente eficazes nestes casos, torna-se essencial o seu reconhecimento precoce, permitindo, deste modo, a referenciação a um centro especializado na abordagem de doentes com esta patologia.

PE 029

### NÓDULOS E CAVITAÇÕES: NEM SEMPRE TUBERCULOSE, NEM SEMPRE NEOPLASIA

R Viana, JC Costa

Hospital de Santo André, Centro Hospitalar de Leiria

Palavras-chave: granulomatose; nódulos; vasculite

As vasculites são patologias raras mas que podem frequentemente envolver o pulmão. A granulomatose com poliangeíte (GPA) é a vasculite que mais frequentemente afeta o pulmão, com uma incidência estimada de 0.7/milhão de habitantes.

J.S.P., 72 anos, sexo masculino, autónomo. Antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia; ex-fumador 100UMA.

Observado no Centro Hospitalar de Leiria (CHL) a 09/08/2016 por dor infra-costal direita; sem outros sintomas e sem alterações no exame objectivo. Apresentava hipotransparências nodulares bilaterais em radiografia torácica, tendo realizado TC Tórax que evidenciou "(...) várias lesões nodulares bilaterais, associadas algumas opacidades centro-acinares de contornos espiculados, particularmente ao nível do segmento do lobo superior direito. (...)".

Internado no S. Medicina Interna, tendo realizado broncofibroscopia (sem alterações endoscópicas significativas): isolado *S. aureus* multissensível em aspirado brônquico; micobacteriologia e citologia negativas; histologia de biópsia brônquica com evidência de vasos congestivos e focos de hemorragia (sem outras alterações relevantes). TC crânio evidenciando sinusopatia etmoidal e maxilar e TC abdominal com evidência de nódulo 18mm na supra-renal esquerda. Marcadores tumorais negativos. Por febre e paniculite, tratado com levofloxacina, com melhoria clínica parcial.

Realizada posteriormente biópsia aspirativa transtorácica (BAT) de nódulo pulmonar que revelou áreas de necrose tipo caseificação, histiócitos em paliçada e células gigantes multinucleadas, "aspectos tradutores de processo inflamatório granulomatoso com necrose". Assumido diagnóstico de tuberculose pulmonar (não confirmado) e iniciados antibacilares (HRZE). A 11/10/2017, reinternado por febre com 4 dias de evolução, náuseas (associadas a antibacilares), abdominalgia e diarreia; sem sintomas respiratórios. De salientar conjuntivite e petéquias no palato + gengivorragias. Mantinha alterações radiológicas torácicas e sinais de paniculite da gordura mesentérica médio-abdominal e para-renal esquerdas em TC abdominal.

Internado no S. Pneumologia. Suspensos antibacilares aos 3 meses: 2 amostras de expectoração + lavado broncoalveolar + aspirado brônquico + biópsia brônquica com exames diretos e culturais negativos; sem melhoria clínico-radiológica com prova terapêutica. Realizada antibioterapia com piperacilina-tazobactam (6 dias) e vancomicina (3 dias), tendo sido posteriormente suspensos fármacos nefrotóxicos por lesão renal aguda progressiva (creatinina máxima 5.55mg/dl). C-ANCA anti-PR3 positivo.

Pedida reapreciação da histologia de BAT prévia e repetido procedimento por suspeita de granulomatose com poliangeíte: células gigantes multinucleadas, eosinófilos dispersos, microabcessos com necrose muito focal do tecido conjuntivo (já sem necrose do tipo geográfica comparativamente à primeira amostra) e sinais de capilarite: "aspectos observados (...) suportam o diagnóstico de Granulomatose de Wegener".

Realizados pulsos de metilprednisolona e transferido doente para S. Nefrologia dos HUC por LRA grave. Realizada biópsia renal: "(...) aspectos histomorfológicos de vasculite leucocitoclástica acompanhada de raros trombos nos capilares glomerulares (...) os aspetos observados são enquadráveis em contexto de vasculite ANCA."



Tratado inicialmente com pulsos de metilprednisolona, plasmaferese e ciclofosfamida, e posteriormente com azatioprina de manutenção. Na última reavaliação (8 meses de tratamento) apresenta melhoria clínica substantiva e resolução quase total de todas as lesões pulmonares, com normalização da função renal.

O presente caso alerta para um diagnóstico raro e facilmente confundível com outras patologias, nomeadamente tuberculose e/ou neoplasias metastizadas. A junção de todos os elementos clínicos, analíticos, radiológicos e anátomo-patológicos é a chave para o correto diagnóstico e tratamento.

PE 030

### **MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES: 3 CASOS CLÍNICOS**

**JN Caldeira, SR Sousa, Y Martins, O Santos, F Barata**  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

Palavras-chave: Malformações arteriovenosas pulmonares, fístula arteriovenosa pulmonar, embolização.

**Introdução:** As Malformações Arteriovenosas Pulmonares (PAVMs) são vasos estruturalmente anormais que fornecem uma ligação direta entre as circulações pulmonar e sistémica, excluindo a rede capilar pulmonar. Condicionam, desta forma, shunt anatómico direito-esquerdo. A sua prevalência é estimada em cerca de 1 por cada 2630 habitantes. Normalmente assintomáticas, podem estar associadas a complicações sérias, como fenómenos tromboembólicos cerebrais e abscessos cerebrais. Embora a hemorragia seja rara, é a principal responsável pela taxa de morte materna na gravidez de cerca de 1%. As complicações surgem, principalmente, em doentes com PAVMs não diagnosticadas, o que demonstra a importância do diagnóstico precoce e abordagem e seguimento adequados.

**Casos Clínicos:** Os autores reportam 3 casos de PAVMs, em diferentes etapas do seguimento. O primeiro, uma doente de 40 anos, não fumadora, com antecedentes pessoais de acidente isquémico transitório. Foi referenciada à consulta de Pneumologia por sugestão de PAVMs em tomografia computadorizada (TC) abdominal, realizada para estudo de epigastralgia: duas fistulas arteriovenosas (AV), uma no segmento lateral do lobo médio (6 mm) e outra no segmento posterobasal do lobo inferior direito (10 mm). As lesões foram posteriormente confirmadas por tomografia computadorizada do tórax (TC-T). A doente apenas relatava dispneia de esforço. Do estudo funcional respiratório (EFR), apenas a relatar DLCO 60/71%. Foi proposta para embolização das PAVMs, que aguarda. O segundo caso trata de um doente do sexo masculino, 47 anos, não fumador, referenciado à consulta de Pneumologia para avaliação e abordagem de síndrome de apneia obstrutiva do sono. Do estudo complementar efetuado, a salientar EFR sem alterações e telerradiografia do tórax de perfil com opacidade sobre bordo superior da silhueta cardíaca. Na sequência fez TC-T que identificou 3 PAVMs no pulmão esquerdo, posteriormente caracterizadas em angio-TC torácica: uma no segmento superior da língua, outra no segmento inferior da língua, e outra no segmento posterobasal. O doente negava tosse ou hemoptises. Aguarda consulta de reavaliação e decisão terapêutica. O terceiro caso refere-se a uma mulher de 40 anos, ex-fumadora (10 UMA), seguida na consulta de Pneumologia na sequência de colecistite aguda complicada por sépsis, pneumonia e pneumotórax direito. Queixava-se de dispneia fácil para os esforços, de agravamento progressivo. Em TC-T, foi identificada lesão no segmento posterobasal do lobo inferior direito com 6,7 mm - PAVM simples. Restantes ECD sem alterações. A doente foi submetida a embolização. Encontra-se neste momento clinicamente bem, sem queixas.

**Conclusão:** As PAVMs são lesões habitualmente assintomáticas. Podem, no entanto, cursar com complicações sérias. A sua identificação precoce, abordagem e acompanhamento cuidadosos são importantes para prevenir essas complicações.



PE 031

## HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR COM ADENOMEGÁLIAS E MICRONÓDULOS BILATERAIS: DESAFIO DIAGNÓSTICO

A Dias<sup>1</sup>, A Mineiro<sup>1</sup>, AC Santos<sup>1</sup>, N Lousada<sup>2</sup>

1 - Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; 2 Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; Centro de Referência de Tratamento Hipertensão Pulmonar do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: hipertensão pulmonar, micronodularidade

**Introdução:** na hipertensão arterial pulmonar (HAP) a remodelação vascular leva à falência cardíaca direita e morte. A reversibilidade destas lesões tem sido campo de investigação alargada.

**Caso clínico:** homem, 42 anos, ex-fumador de tabaco e haxixe, com o diagnóstico de HAP idiopática em Dezembro de 2015. Na apresentação, em classe funcional IV, choque cardiogénico, insuficiência respiratória parcial grave (FIO<sub>2</sub> 100%), pressão média na artéria pulmonar (PmAP) 60 mmHg, pressão encravamento capilar pulmonar 12 mmHg. A angioTC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar. Iniciou terapêutica com epoprostenol endovenoso e ambrisentam, com regressão dos sinais de falência cardíaca. Por apresentar hepatite crónica por vírus C (sem hipertensão portal) foi protelado o início de sildenafil até ao tratamento da mesma. Ficou em classe funcional II e com oxigénio suplementar apenas no período noturno.

Cerca de 9 meses mais tarde verificou-se agravamento clínico da dispneia, sem tosse, expetoração, febre, hipersudorese, emagrecimento ou dor torácica. Apresentava insuficiência respiratória parcial grave com pO<sub>2</sub>=53 mmHg sob O<sub>2</sub> a 5L/min; na radiografia torácica, derrame pleural direito e aparecimento de infiltrado micronodular bilateral; analiticamente, elevação da PCR (10,3 mg/dL), NT-ProBNP 2510 pg/mL, auto-imunidade negativa.

Internado repetiu ecocardiograma com agravamento (PSAP 70 mmHg). Na TC tóraco-abdomino-pélvica apresentava padrão micronodular e pequenas adenopatias mediastínicas mais numerosas a nível hilar, subcarinal e pré-vascular. O líquido pleural era exsudado com predomínio de linfócitos (92%), ADA 13,7 U/L, exame bacteriológico e micobacteriológico negativos. As hemoculturas foram negativas bem como o exame bacteriológico, micológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar. Pelo elevado risco hemorrágico das biópsias pulmonares transbrônquicas foi realizada biópsia por videotoracoscopia. Macroscopicamente, o parênquima pulmonar em secção tinha aspecto condensado com ponteados brancos variando entre 0,1 e 0,3mm. Microscopicamente, os nódulos correspondiam a complexo broncovascular, com vasos mostrando hipertrofia muscular plexiforme, a maioria com oclusão do lúmen e outros com necrose fibrinóide, escasso/moderado infiltrado de mononucleados na parede, bronquiectasias com bronquiolite, nódulos linfóides reativos dispersos: concluiu-se que se tratava de doença vascular pulmonar hipertensiva grau 4. A pesquisa de microorganismos na biópsia foi negativa. Com reforço da terapêutica diurética o doente evoluiu favoravelmente tendo alta mantendo escalada da dose de epoprostenol em ambulatório.

Repetiu cateterismo direito em Dezembro de 2016 com PmAP=42 mmHg. Terminou tratamento da Hepatite C iniciando sildenafil. Encontra-se em classe funcional II, sem oxigénio suplementar, com normalização do NT-ProBNP. Em TC de tórax de Março de 2017 verificava-se acentuada redução do infiltrado micronodular bilateral. Aguarda novo cateterismo.

**Conclusão:** as alterações parenquimatosas pulmonares não são frequentes no contexto de HAP idiopática. Apesar de alguns casos descritos, a micronodularidade difusa como forma de apresentação radiológica desta doença é rara e o diagnóstico diferencial é difícil. Neste caso, a confirmação etiológica foi histológica. Salienta-se ainda a reversão quase total deste padrão com a terapêutica para a HAP.



PE 032

## HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA À SCHISTOSSOMÍASE, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

ADias<sup>1</sup>, A Mineiro<sup>1</sup>, M Neto<sup>2</sup>, AC Santos<sup>1</sup>, N Lousada<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN); <sup>2</sup>Serviço de Imunoalergologia do CHLN; <sup>3</sup>Serviço de Cardiologia do CHLN Centro de Referência de Tratamento de Hipertensão Pulmonar (HP) do CHLN

Palavras-chave: hipertensão pulmonar, schistosomíase

**Introdução:** a schistosomíase crónica (SC) manifesta-se frequentemente com envolvimento hepato-esplénico. Neste contexto e na presença de hipertensão portal com circulação colateral porto-sistémica, pode ocorrer migração de ovos de parasita para as arteríolas pulmonares condicionando lesão granulomatosa com endarterite e lesões plexiformes que levam à hipertensão arterial pulmonar (HAP).

**Caso clínico:** mulher, 47 anos, não fumadora, raça negra, natural de Angola, evacuada para Portugal em 2004, com diagnóstico inicial de HAP idiopática. Foi medicada com Bosentan associado a Riociguat posteriormente. Referenciada à consulta de HP do CHLN em 2014.

Nessa altura em classe funcional III. Verificou-se no ecocardiograma pressão sistólica da artéria pulmonar 81 mmHg e dilatação das cavidades direitas e da artéria pulmonar; no cateterismo direito foi medida pressão média na artéria pulmonar (PmAP) 55 mmHg e pressão de encravamento capilar pulmonar 15 mmHg. Constatou-se hipoxémia em repouso (pO<sub>2</sub> 62,9 mmHg) e a prova de marcha 6 minutos foi interrompida aos 2 minutos por dessaturação até 79%. No estudo funcional respiratório observou-se obstrução brônquica grave (FEV1 pós broncodilatação 44%) com resposta positiva ao broncodilatador e DLCO=59,2%. A angioTC torácica mostrava grande dilatação da artéria pulmonar (8 cm ao nível da bifurcação) e dos seus ramos, sem tromboembolismo pulmonar. A ecografia abdominal superior evidenciou hepatomegália de contornos bosselado e esplenomegália incipiente, sem alterações no estudo doppler do sistema venoso esplenoportal. Há referência a ecocardiograma transesofágico, sem evidência de cardiopatia congénita.

Analiticamente havia a destacar NT-ProBNP 306 pg/mL; elevação das transaminases hepáticas e GGT; IgE total 4674 UI/L (sem pico monoclonal) e eosinófilos 200/QL. Por elevação marcada da IgE com exclusão de atopia ou presença de parasitas intestinais foi referenciada à imunoalergologia: a investigação etiológica revelou 2 serologias de *Schistosoma mansoni* positivas. Realizou terapêutica com praziquantel em Setembro de 2016 com redução da IgE total até 1386 UI/L.

Foi associado o epoprostenol à terapêutica da HP.

Admitiu-se HAP secundária a SC em doente com contexto epidemiológico favorável e presença de artérias pulmonares gigantes. A doente não apresentava clínica sugestiva de asma brônquica e a obstrução brônquica grave poderá estar relacionada com "moldagem" do calibre brônquico (visível em TC tórax) pelos ramos dilatados da artéria pulmonar.

Actualmente encontra-se em classe funcional II sob terapêutica tripla, com cateterismo de Janeiro 2017 - PmAP=52 mmHg. Foi-lhe proposta referenciação para transplante pulmonar, que a doente está a ponderar.

**Conclusão:** o tratamento da HAP, secundária à SC, com praziquantel pode originar melhoria hemodinâmica se realizado numa fase inicial da doença. Quando já há *remodelling* das artérias pulmonares, a eficácia terapêutica é reduzida. A emigração de doentes de países onde a schistosomíase é endémica leva a que esta etiologia deva ser lembrada e investigada em doentes com HAP e contexto epidemiológico compatível.

PE 033

## EMBOLIA PULMONAR EM DOENTE COM TROMBASTENIA DE GLANZMANN

F Ferro, M Fernandes, P Falcão, F Caeiro, I Correia, C Bárbara  
Centro Hospitalar Lisboa Norte - Serviço de Pneumologia

Palavras-chave: trombostenia, Glanzmann, embolia pulmonar

**Introdução:** A Trombostenia de *Glanzmann* é uma doença autosómica recessiva causada por um defeito da integrina plaquetária  $\alpha\text{IIb}\beta_3$ . Caracteriza-se por diminuição da agregação plaquetária, predispondo a episódios de hemorragia mucocutânea espontâneos de gravidade variável.

Embora seja uma doença hemorrágica, vários casos de trombose venosa profunda e embolia pulmonar foram descritos.

**Caso Clínico:** Mulher de 43 anos, advogada, não fumadora, hipertensa, com Trombostenia de *Glanzmann*, com excesso de peso, submetida a *sleeve* gástrico em 2011. Nos últimos dois anos, teve três episódios de hemorragia alveolar e duas pneumonias. Estava medicada com bisoprolol e anticoncepcivo oral, realizando transfusões de plaquetas ou factor VIIa em caso de hemorragia. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de dispneia súbita e tosse seca. Negava febre, toracalgia ou hemoptises. Apresentava-se consciente e orientada com equimoses dispersas. No exame físico destacava-se TA 91/58 mmHg, FC 104bpm, saturação de 97% em ar ambiente e diminuição do murmúrio vesicular e ferveres bibasais à auscultação pulmonar.

Analiticamente destacava-se: Hg-14g/L, sem leucocitose, PCR-9 mg/dL, D Dímeros-0.48 ug/mL, troponina negativa, NTproBNP-362 pg/mL. GSA(2L) pH-7.41, pCO<sub>2</sub>-30.4, pO<sub>2</sub>-85.5, HCO<sub>3</sub>-22.4, lact 9; O eletrocardiograma não apresentava alterações e em telerradiografia de tórax observava-se hipotranparência algodonosa na metade inferior do campo pulmonar direito.

Em AngioTC foram documentados pequenos defeitos de repleção em ramos subsegmentares das artérias pulmonares bilaterais e áreas de densificação nas bases. Em ecocardiograma documentou-se ventrículo direito não dilatado, função sistólica preservada, com baixa probabilidade de hipertensão pulmonar.

Foi internada no Serviço de Pneumologia onde iniciou heparina não fracionada e suspendeu contraceptivo oral. Devido ao elevado risco de hemorragia realizou transfusões de plaquetas bi diárias. Por menorragias iniciou novo anticoncepcivo oral. Por suspeita de pneumonia adquirida na comunidade fez curso de antibioterapia com amoxicilina ácido clavulânico e azitromicina. O estudo de trombofilias foi negativo.

Em reavaliação imagiológica constatou-se resolução total dos defeitos de repleção dos ramos segmentares e subsegmentares das artérias pulmonares assim como dos infiltrados pulmonares.

Em conjunto com o Serviço de Imunoterapia e após discussão de risco/benefício com a doente optou-se por usar varfarina com estratégias de anticoagulação. Contudo, uma semana depois, a doente apresentou petéquias extensas nos membros inferiores que obrigaram à suspensão deste fármaco. Desde então, sem novos episódios trombóticos, apesar de dois novos episódios de hemorragia alveolar.

**Conclusão:** Apesar de a Trombostenia de *Glanzmann* ser uma doença hemorrágica a trombose venosa pode ocorrer, obrigado a manter um elevado nível de suspeição clínica.

Nos casos descritos na literatura é comum o uso de heparina não fracionada como estratégia inicial de anticoagulação dada a rápida



reversibilidade deste fármaco. Contudo não há consenso sobre qual o melhor anticoagulante a realizar em ambulatório. Dados os episódios prévios de hemorragia alveolar, optou-se por varfarina pelo fácil acesso ao seu antídoto. Porém, perante o aparecimento de extensas petéquias nos dias subsequentes, e após nova discussão terapêutica, optou-se por suspender a anticoagulação. Advoga-se assim decisões caso a caso, com equipas multidisciplinares, baseadas no risco hemorrágico do doente.

PE 034

### ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: UMA CAUSA DE HIPERTENSÃO PULMONAR, VÁRIOS MECANISMOS

FG Oliveira<sup>1</sup>, A Dias<sup>1</sup>, A Mineiro<sup>1</sup>, AC Santos<sup>1</sup>, N Lousada<sup>2</sup>

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Centro de Referência de Tratamento de Hipertensão Pulmonar do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar, drepanocitose, tromboembolismo pulmonar

**Introdução:** A Hipertensão Pulmonar (HP) tem uma incidência de 6 a 10% nos adultos diagnosticados com anemia de células falciformes. A sua existência aumenta a morbi-mortalidade da doença de base, sobretudo na presença de genótipo homocigótico (HbSS), sendo a sua identificação precoce e tratamento adequado importantes.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 52 anos, de raça negra, natural de Cabo Verde, residente em Portugal desde os 34 anos, com o diagnóstico de drepanocitose (genótipo HbSS) desde 1994 e acompanhamento em Consulta de Hematologia desde 1999. Em 2003 e 2007 é internada por crises vaso-oclusivas. Em 2009, inicia hidroxureia com aparente controlo dos episódios de falciparização. Em 2011, efectua angioTC de tórax que é compatível com tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentar e subsegmentar; no ecocardiograma efectuado nessa data apresentava PSAP= 110 mmHg. Iniciou anticoagulação e em 2012 é referenciada à Consulta de Cardiologia. Realiza cateterismo cardíaco direito que evidencia PmAP= 25 mmHg. Por agravamento funcional repete cateterismo em 2013 com aumento da PmAP para 35 mmHg, instituindo-se sildenafil na dose de 20 mg tid e posteriormente 40 mg tid. Em 2015 inicia oxigenoterapia de longa duração. Instala-se insuficiência renal com indicação para seguimento em Consulta de Nefrologia. Procedeu-se ainda à referenciação da doente à Consulta de Referência de Tratamento de HP do CHLN.

À data de transferência apresentava os diagnósticos de HP grupo 1 e 4, drepanocitose HbSS, insuficiência renal crónica e hemocromatose secundária a múltiplas transfusões. Efectua novo cateterismo cardíaco direito em Novembro de 2016 que revela uma PmAP 33 mmHg, PECP 10 mmHg, IC 5.15 L/min/m<sup>2</sup>, RPT 2.61 uWood e RVP 2.61 uWood, associados a estabilidade hemodinâmica. Discute-se o caso com o Serviço de Imunohemoterapia decidindo-se inclusão da doente em programa de transfusão crónica para um alvo de hemoglobina de 10 g/dL. Coloca-se a possibilidade de eventual endarterectomia, que não é proposta, face ao risco cirúrgico e localização periférica do TEP. Associa-se bosentano com vigilância inicial apertada de queda de hemoglobina, que não se verifica. A doente mantém-se em classe funcional II, sob oxigenoterapia, apresentando uma vida activa.

**Conclusão:** Destaca-se a pertinência do caso clínico pela sua raridade, pela complexidade e importância de um seguimento multidisciplinar destes doentes em que o diagnóstico de HP deve ser precoce e cuja terapêutica da drepanocitose, nomeadamente transfusional, é alterada pelo diagnóstico concomitante. O valor alvo da hemoglobina é habitualmente 8g/dL porém, perante HP associada e após discussão do caso com o Serviço de Imunohemoterapia, estabeleceu-se novo valor alvo de 10 g/dL. A optimização do controlo de ambas as doenças é essencial para garantir a qualidade de vida dos doentes e evitar complicações multissistémicas graves.



PE 035

### HIPERTENSÃO PULMONAR POR TROMBOEMBOLISMO CRÓNICO - CASO CLÍNICO

D Silva<sup>1,3</sup>, D Maia<sup>1,3</sup>, V Caldeira<sup>1,3</sup>, M Emiliano<sup>1,3</sup>, R Cerejo<sup>2,3</sup>, A Agapito<sup>2,3</sup>, J Cardoso<sup>1,3</sup>, J Fragata<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta; <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta; <sup>3</sup>Nova Medical School / Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Palavras-chave: cteph, tromboendarterectomia, hipertensão pulmonar, tromboembolismo crónico

**Introdução:** A CTEPH é uma doença rara, estimando-se a sua incidência entre 0,5 e 3,8% após episódio de tromboembolismo pulmonar agudo.

**Caso clínico:** Homem, 74 anos, não fumador, serralheiro. Sem antecedentes pessoais de relevo. Queixas de dispneia (mMRC=3) com oito meses de evolução, sem outros sintomas acompanhantes nem alterações de relevo ao exame objectivo. O estudo funcional respiratório revelou parâmetros dentro da normalidade, e gasometricamente apresentava hipocápnia e ligeira hipoxémia em ar ambiente (PaCO<sub>2</sub>=31,2mmHg, PaO<sub>2</sub>=65mmHg e SatO<sub>2</sub>=95%). Percorreu 375 metros na PM6M com saturação mínima de 89%. Realizou, nesse contexto, radiografia torácica que mostrou ingurgitamento hilar bilateral exuberante e posteriormente angio-TC torácica que documentou parênquima pulmonar com padrão em mosaico, alargamento do tronco de artéria pulmonar e defeitos de preenchimento atribuíveis a tromboembolismo pulmonar na artéria pulmonar direita e em todos os lobos, envolvendo bilateralmente ramos interlobares, segmentares e subsegmentares, tendo iniciado anticoagulação oral. No ecocardiograma transtorácico verificou-se dilatação das cavidades direitas e hipertensão pulmonar grave, sendo a PSAP estimada de 86 mmHg. O estudo de trombofilias foi negativo, tal como o eco-doppler dos membros inferiores. A angiografia pulmonar revelou obstrução embólica predominantemente à direita. Admitiu-se o diagnóstico de Hipertensão Pulmonar por Tromboembolismo Crónico (CTEPH), tendo o doente sido submetido a colocação de filtro permanente na veia cava inferior e tromboendarterectomia pulmonar, com melhoria clínica significativa, normalização gasométrica em repouso e incremento de 50 metros na PM6M de reavaliação.

**Discussão:** O diagnóstico precoce de CTEPH é difícil, tanto pela baixa especificidade do quadro sintomático, como pela alta taxa de doentes que não têm história prévia de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, que se estima em cerca de 30%. Além da hipocoagulação, o tratamento da CTEPH é cirúrgico, sendo que para a maioria dos doentes, uma tromboendarterectomia pulmonar bem sucedida é curativa, o que se veio a verificar neste doente.

PE 036

### SARCOIDOSE VS ENVOLVIMENTO CARDÍACO NA IDCV. NOVOS HORIZONTES

P Americano, SL Silva, K Cunha, M Barbosa, U Brito

Hospital de Faro, Centro Hospitalar do Algarve

Palavras-chave: IDCV, GLILD, doença granulomatosa, sarcoidose, envolvimento, cardíaco

**Introdução:** A Imunodeficiência Comum Variável (IDCV) é a imunodeficiência primária mais frequente e nos últimos anos, após a introdução da terapêutica de reposição com Imunoglobulina G endovenosa (IgGev), verificou-se uma redução da mortalidade precoce por infeções oportunistas e aumento de complicações crónicas, sendo o pulmão o órgão mais frequentemente afetado, num espetro de alterações comumente designadas como doença pulmonar intersticial linfocítica granulomatosa (GLILD). Os autores descrevem um caso que ilustra as diferentes alterações características da IDCV e onde é questionado o diagnóstico concomitante de sarcoidose.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 27 anos, sem exposições relevantes, iniciou nos primeiros anos de vida infeções respiratórias altas de repetição, até aos 8 anos, quando recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro interpretado como pneumonia, sendo referenciada à consulta de Pediatria. Na primeira observação destacavam-se gânglios cervicais infracentimétricos e esplenomegália palpável 6 dedos abaixo da grelha costal. Analiticamente com anemia, trombocitopenia, pan-hipogamaglobulinemia e ECA 117U/L. Radiografia torácica com adenopatias paratraqueais direitas e múltiplas áreas de condensação nodular difusas.

Realizou posteriormente TC torácica com adenopatias hilares e mediastínicas para-traqueais e subcarinais, e múltiplas lesões micronodulares e nodulares parenquimatosas. Broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas. Lavado bronco-alveolar com aumento da celularidade, 46% linfócitos e CD4/CD8: 2.2. Biópsia pulmonar transbrônquica com hiperplasia linfóide de predomínio peribroncovascular e alveolar e granulomas não caseosos. Diagnosticada sarcoidose e iniciada corticoterapia com resolução progressiva das adenomegalias, esplenomegália e citopenias.

No ano seguinte, por hipogamaglobulinemia persistente, ausência de resposta específica à vacinação, manutenção de infeções respiratórias de repetição com isolamentos de H.influenza e M.catarrhalis, foi-lhe diagnosticada IDCV e iniciada terapêutica de reposição com IgGev a 5g/mês. Um ano depois, por síndrome de Cushing iatrogénico foi suspensa corticoterapia.

Nos 9 anos seguintes manteve função pulmonar estável, 3-4 infeções respiratórias/ano, um episódio de Herpes zoster e duas celulites peri-orbitárias. Apesar de doseamentos de IgG pré-infusionais consistentemente <300 mg/dL, manteve dose substitutiva.

Aos 18 anos de idade iniciou agravamento do cansaço e palpitações e passou a ser seguida nas consultas diferenciadas de sarcoidose e imunodeficiências primárias. A dose de IgGev foi ajustada para 20mg/mês com normalização dos doseamentos pré-infusionais e repetiram-se exames complementares a destacar ecocardiograma com infiltração sarcoidótica miocárdica, posteriormente confirmado por ressonância magnética. Reiniciada corticoterapia. Três anos depois, por novo agravamento clínico, radiológico e funcional, com envolvimento cardíaco mantido, iniciou metotrexato. Desde então mantém doença estável com 2-3 infeções respiratórias altas por ano e diarreia crónica com isolamentos recorrentes de Campylobacter nas fezes.



**Conclusão:** A semelhança entre as manifestações pulmonares da sarcoidose e da IDCV dificulta o diagnóstico diferencial entre as duas entidades. No quadro apresentado, muito característico de IDCV, é assumido o diagnóstico concomitante de sarcoidose pelo envolvimento cardíaco, nunca descrito na IDCV. Desconhece-se qualquer mecanismo fisiopatológico que exclua o envolvimento cardíaco pela proliferação linfocítica e granulomatosa característica da IDCV. Os autores sublinham a constante atualização da medicina e a possibilidade de novas apresentações, sobretudo num campo de recente desenvolvimento como as imunodeficiências primárias, em que a introdução de novas terapêuticas teve um profundo impacto na história natural da doença.

PE 037

### SARCOIDOSE: UM CASO DE DIFÍCIL CONTROLO

**D Rodrigues, M Valério, T Costa, A Arrobas**

Serviço de Pneumologia B, CHUC

Palavras-chave: Sarcoidose, Infliximab, Corticoterapia

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistémica, de etiologia desconhecida, que pode atingir qualquer órgão ou sistema, sendo os pulmões e sistema linfático os mais comumente acometidos. De momento não existe opção de tratamento curativo, estando a corticoterapia indicada nos casos de sarcoidose crónica e/ou progressiva para alívio sintomático e para redução da progressão da doença. Mesmo com tratamento otimizado, a resposta clínica é variável, e o tratamento é frequentemente associado a efeitos secundários, pelo que novas opções de tratamento têm vindo a ser utilizadas.

O Infliximab é um anticorpo monoclonal que inibe o fator de necrose tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ). No caso da sarcoidose ativa, há evidência de uma correlação entre a libertação de TNF- $\alpha$  e a progressão da doença. A utilização de Infliximab tem apresentado bons resultados em termos de eficácia e segurança.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 56 anos de idade, funcionária em posto de abastecimento de combustível, com diagnóstico de Sarcoidose (Documentado por Biópsia e LBA), que foi enviada à consulta de Patologia do Interstício Pulmonar por agravamento imagiológico, com presença de fibrose e nódulo espiculado (de novo); e clínico, com agravamento da dispneia, em tratamento com Deflazacorte 6mg em dias alternados.

Na nossa primeira observação, apresentava queixas de dispneia (mMRC 3) e episódios de hemoptise recorrentes.

Procedeu-se a estudo analítico, que evidenciou SACE e VS elevados, com estudo microbiológico negativo; Estudo funcional respiratório documentou alteração ventilatória mista e DLCO diminuída, gasimetria arterial sem alterações; TC de alta resolução tórax com padrão nodular disperso, com áreas de vidro despolido e de fibrose e ainda com um nódulo espiculado, justapleural no LSD.

Procedeu-se a aumento da dose de Deflazacorte e, posteriormente, a introdução de Azatioprina, tendo a doente respondido com estabilidade clínica.

A imagem nodular foi abordada por biópsia (Transbrônquica e transtorácica), que não evidenciou células malignas.

Realizada cintigrafia que evidenciou envolvimento pulmonar, ganglionar e esplênico, levantando dúvida se envolvimento cardíaco. Foi submetida a Ecocardiograma transtorácico excluiu alterações funcionais ou morfológicas compatíveis com Sarcoidose cardíaca. Após período inicial de melhoria clínica e estabilidade imagiológica, verificaram-se outros períodos de degradação clínica, com necessidade progressivamente maior de Deflazacorte e Azatioprina para estabilização clínica. Apesar das doses elevadas destes fármacos (75mg de Deflazacort e 150mg de Azatioprina), a doente continuou a apresentar períodos de agudização frequentes, tendo desenvolvido padrão de bloqueio de ramo no ECG. Optou-se por propor para tratamento com agente biológico (Infliximab).

Após introdução de Infliximab, objetivou-se melhoria clínica e estabilidade imagiológica sustentada, permitindo redução da dose de corticoterapia e Azatioprina (15mg + 75mg, respetivamente). Verificou-se melhoria na qualidade de vida, com redução do número e gravidade das agudizações, melhor tolerância ao esforço, ausência de hemoptises o que permitiu retomar as atividades de vida diária. Com este caso clínico pretende-se afirmar a eficácia do tratamento com Infliximab em doentes com Sarcoidose estadio IV com resposta limitada à terapêutica convencional (corticoterapia + agentes poupadores de corticóides).



PE 038

### ACUTE FIBRINOUS AND ORGANIZING PNEUMONIA (AFOP), UMA ENTIDADE RARA - DOIS CASOS CLÍNICOS

JSJ Barata, R Silva, M Baptista, E Magalhães, I Vicente, MJ Valente, MS Valente

Centro Hospitalar Cova de Beira

Palavras-chave: Fibrina, pneumonia, biópsia, corticoterapia

**Introdução:** A AFOP é uma entidade rara, recentemente descrita, caracterizada histologicamente por depósitos de fibrina intra-alveolar e pneumonia em organização, mas sem a presença clássica de membranas hialinas tipicamente associadas a doença alveolar difusa. Apesar do diagnóstico histológico, o espectro de apresentação clínica, os *outcomes* terapêuticos e o prognóstico são amplamente variáveis.

**Casos clínicos:** Reporta-se o caso de um doente do género masculino, 54 anos de idade, trabalhador na construção civil, fumador (40 unidades maço ano), com quadro clínico com cerca de 2 semanas de evolução caracterizado por síndrome constitucional (sudorese noturna, astenia, anorexia e perda ponderal) com agravamento progressivo e no 2 dias anteriores à vinda ao serviço de urgência, tosse produtiva de expectoração purulenta e dispneia de esforço rapidamente progressiva. A avaliação complementar identificou elevação dos parâmetros inflamatórios, área de consolidação parenquimatosa com 60mm com padrão de vidro despolido no lobo inferior direito e adenopatias mediastino-hilares. Apesar de evolução clínica favorável com antibioterapia, a persistência das alterações imagiológicas conduziram à realização de biópsia pulmonar transtorácica que evidenciou o diagnóstico. A repetição seriada da tomografia computadorizada do tórax revelou resolução total da lesão sem instituição de corticoterapia.

O segundo caso reporta-se a uma doente de 69 anos de idade, com bronquiectasias difusas sequelares de tuberculose pulmonar que recorre ao serviço de urgência por quadro clínico com 3 dias de evolução caracterizado por hipertermia, dispneia de esforço rapidamente progressiva, tosse produtiva de expectoração purulenta e toracalgia direita de características pleuríticas. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios, insuficiência respiratória parcial e o estudo imagiológico identificou múltiplas formações nodulares bilaterais, algumas cavitadas, com vidro despolido adjacente e adenopatias mediastínicas. Durante o internamento realizou antibioterapia de largo espectro com melhoria clínica e analítica. A doente recusou realizar broncofibroscopia sendo proposta para biópsia pulmonar transtorácica cujo estudo anatomo-patológico evidenciou o diagnóstico.

Realizou corticoterapia sistémica em esquema regressivo durante um ano, apresentando melhoria clínica, resolução da insuficiência respiratória e redução de volume dos nódulos pulmonares.

**Conclusões:** Os autores apresentam estes casos pela raridade da entidade patológica, distinta abordagem terapêutica e diferente evolução verificada.

PE 039

### PNEUMONITE QUÍMICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

AA Santos, C Guimarães, JM Correia, F Nogueira

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

Palavras-chave: pneumonite química, aspiração

**Introdução:** Os hidrocarbonetos são um conjunto de compostos químicos constituídos por átomos de hidrogénio e carbono unidos por uma ligação covalente. Em contexto de aspiração o sistema respiratório é afetado sobretudo por lesão direta. O achado principal é pneumonia necrotizante. Outros achados incluem: destruição direta do epitélio, septos alveolares e capilares pulmonares, bem como a solubilização do surfactante. Alterações secundárias podem incluir atelectasia e inflamação intersticial. A resposta inflamatória à agressão química causa frequentemente elevação térmica.

**Caso clínico:** Homem de 27 anos de idade, de raça caucasiana, ator de profissão, sem patologias prévias conhecidas, fumador (com carga tabágica estimada em 10 UMA) que recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de tosse irritativa na sequência de ingestão e aspiração acidentais de pequena quantidade de água de fogo - uma combinação de hidrocarbonetos utilizada na pirofagia. À observação apresentava-se eupneico em ar ambiente, com SpO2 de 99%, tinha hiperémia da orofaringe e frequentes acessos de tosse irritativa. A auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Dos exames complementares realizados no SU destaca-se: gasimetria arterial sem alterações, avaliação analítica sumária sem alterações, radiograma de tórax com hipotransparência heterogênea de limites mal definidos paracardiaca direita que faz sinal da silhueta com o bordo cardíaco e hipotransparência heterogênea de limites mal definidos paracardiaca esquerda que faz também sinal da silhueta com o bordo cardíaco. No sentido de esclarecer estes achados, realizou TC-torácica que apresentava: *"condensações alveolares confluentes com densificação em vidro despolido à periferia, com distribuição bilateral com predomínio anterior e nos andares inferiores. Estas atingem o lobo médio, a língua e o segmento anterior do LSE e o segmento anterior basal."* Assumiu-se elevada probabilidade de sobreinfecção bacteriana, pelo que iniciou terapêutica antibiótica com Clindamicina. Foi transferido para o Serviço de Pneumologia, Durante o internamento verificou-se agravamento inicial, com hipoxémia (PaO2 60 mmHg) em repouso e febre, que cedia bem a terapêutica com antipirético. Para avaliação das repercussões na via aérea e digestiva realizou broncofibroscopia e endoscopia digestiva alta - ambas sem alterações. Após o agravamento inicial, verificou-se melhoria clínica consistente, com diminuição das necessidades de aporte de O2. Teve alta assintomático com gasimetria normal em ar. O radiograma de tórax da altura demonstrava melhoria de ambas as condensações, mantendo foco à direita (melhorado) em topografia referente ao lobo médio. Na reavaliação em consulta externa após 4 meses, apresentava-se assintomático e com estudo funcional respiratório sem alterações.

**Conclusão:** Apresenta-se este caso clínico devido à sua natureza invulgar e riqueza imagiológica. Destaca-se o facto de o atingimento ter sido exclusivamente pulmonar, sem toxicidade sistémica ou digestiva, conferindo também relevo ao facto de se ter verificado recuperação completa.



PE 040

## UM CASO DE FIBROSE PULMONAR SECUNDÁRIA À OXALIPLATINA: DA RARIDADE À REALIDADE

AC Moreira, R Gomes, J Soares, JR Vieira, H Mansinho  
Serviços de Pneumologia e Oncologia, Hospital Garcia de Orta

A Oxaliplatina integra atualmente o regime terapêutico standard do carcinoma colorretal em diferentes estadios. Os efeitos adversos mais comumente observados são a neuropatia periférica, toxicidade hematológica e reacções alérgicas. Apesar de raros, têm sido reportados alguns casos de fibrose pulmonar aguda secundária à terapêutica com Oxaliplatina. Desconhece-se a verdadeira incidência de toxicidade pulmonar, mas têm sido associada a insuficiência respiratória e infiltrados pulmonares com posterior evolução para fibrose.

Os autores apresentam um caso de fibrose pulmonar de evolução rapidamente progressiva após início de terapêutica com oxaliplatina e capecitabina (Xelox).

Doente do sexo masculino, 71 anos, com história prévia de tabagismo (carga tabágica 60 unidades-maço/ano), hipertensão arterial, dislipidemia, úlcera duodenal e trombose venosa femoro-poplítea em 2009. Em seguimento na consulta de Pneumologia desde Janeiro de 2014 por Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono grave (índice apneia/hipopneia 67/ hora) sob tratamento com Auto-CPAP, em vigilância anual. No estudo funcional respiratório inicialmente realizado em âmbito de consulta, em Maio 2014, não foram constatadas alterações da mecânica ventilatória, dos volumes pulmonares e gasimétricas. Em Março de 2016, após o diagnóstico de Adenocarcinoma do reto (T1N1M0), foi submetido a sigmoidectomia e ileostomia. Iniciou quimioterapia adjuvante com Oxaliplatina e Capecitabina em Abril, tendo cumprido 8 ciclos, até Outubro de 2016.

Concomitante ao último ciclo de quimioterapia, iniciou quadro de dispneia rapidamente progressiva associada a tosse produtiva de expectoração muco-purulenta e perda ponderal quantificada em 18 kgs em 8 meses. Nessa altura foi medicado com amoxicilina-ácido clavulânico e claritromicina, com melhoria das queixas de tosse e expectoração. Quando observado em consulta de Pneumologia em Novembro de 2016, mantinha queixas de dispneia (mMRC classe 4), com evidência de insuficiência respiratória parcial (PaO<sub>2</sub> 53mmHg, SO<sub>2</sub> 88,9%), de novo. Realizada cintigrafia de ventilação/perfusão, sem evidência de tromboembolismo pulmonar. No estudo funcional respiratório, evidência de padrão restritivo ligeiro (CVF 2,47/78,9%; CPT 4,69/ 78,9%) e difusão para o monóxido de carbono gravemente diminuída (DLCOc 35,4). Iniciou oxigenoterapia domiciliar em Janeiro de 2017. Realizada tomografia computadorizada (TC) torácica em Fevereiro 2017, com evidência de fibrose pulmonar predominante à periferia, mais pronunciada nas bases pulmonares e mais à direita, traduzida por acentuação reticular intersticial, bronquiectasias e padrão em favo de mel, alterações compatíveis com possível Pneumonia intersticial usual (UIP).

Após discussão em Reunião Multidisciplinar de Patologia do Interstício e perante a associação temporal entre os achados clínicos e imagiológicos e o início de quimioterapia, foi colocada como hipótese mais provável a de Fibrose pulmonar secundária a Oxilaplantina. Atualmente o doente mantém-se estável do ponto de vista da doença oncológica, com evidência de remissão. Quando avaliado em consulta de Pneumologia em Maio de 2017, foi evidente uma melhoria clínica global, com franca redução da dispneia (mMRC 2) e ausência de tosse, e gasimétrica (PaO<sub>2</sub> 66,3mmHg e SO<sub>2</sub> 93,2% em ar ambiente).

Este caso põe em evidência uma complicação rara da terapêutica com Oxilaplantina, comparativamente com as complicações infecciosas pulmonares, sendo fundamental a suspeição clínica de toxicidade pulmonar atendendo à morbidade e mortalidade associadas.

PE 041

## HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA (HAD) SECUNDÁRIA AO DABIGATRANO - UM CASO CLÍNICO

IS Pereira, A Alves, C Ribeiro, E Silva, T Shiang, M Vanzeller  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: Hemorragia Alveolar, Dabigatrano

**Introdução:** Na nossa prática clínica somos cada vez mais confrontados com um elevado número de doentes hipocoagulados. Dentro dos diferentes agentes anticoagulantes, os novos anticoagulantes orais (NOAC) são cada vez mais utilizados. A hipocoagulação pode ser uma causa de hemoptises, podendo ter consequências fatais.

**Caso Clínico:** Homem, 69 anos, reformado, ex-fumador de 70 UMA com antecedentes pessoais de DPOC grupo B, insuficiência cardíaca, FA, doença hepática alcoólica e diabetes mellitus tipo 2. Medicado habitualmente com amiodarona, dabigatrano, gliclazida, furosemida e brometo de glicopirrónio com indacaterol.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro com 3 dias de evolução caracterizado por astenia, agravamento do padrão habitual da dispneia, expectoração hemoptoica, tosse de predomínio noturno, ortopneia e dor torácica de características pleuríticas. Referia ainda perda ponderal de 8-10 Kg no último ano. Objetivamente apresentava-se apirético, taquipneico, sem outros sinais de dificuldade respiratória, saturações periféricas de 95% em ar ambiente e hemodinamicamente estável com pulso arritmico. Analiticamente apresentava hemograma e função renal normal, ligeira hiponatremia (Na 134 mmol/L) e proteína C reativa 5,57 mg/dl. Rx tórax com hipotransparência heterogénia do 1/3 médio do hemitórax direito e hipotransparência homogénia da base esquerda compatível com derrame pleural de pequeno volume.

Foi assumida pneumonia adquirida na comunidade e iniciada antibioterapia empírica, tendo cumprido 10 dias de tratamento. Apesar da melhoria clínica e analítica, manteve alterações radiológicas que motivaram a realização de TC tórax. Este revelou "área de consolidação mal sistematizada no segmento posterior do lobo superior direito, segmento apical do lobo inferior direito e, de forma menos expressiva, nos segmentos basais, com ligeiro espessamento dos septos interlobares" levantando-se a hipótese de hemorragia alveolar.

Realizou lavado broncoalveolar (LBA) sem critérios macroscópicos para hemorragia alveolar mas cuja pesquisa de hemossiderina foi compatível com hemorragia alveolar ligeira.

Dada a suspeita de hemorragia alveolar a dabigatrano, o caso foi discutido de modo multidisciplinar e o doente teve alta com indicação para manter anticoagulação oral com varfarina. A hipocoagulação oral foi posteriormente suspensa em consulta de reavaliação por incapacidade de cumprimento terapêutico.

Apesar desta indicação, o doente veio a retomar dabigatrano e, cerca de 2 semanas após este reinício recorreu novamente ao SU por agravamento da dispneia e hemoptises. Da avaliação destacava-se insuficiência respiratória tipo 1, queda de hemoglobina de 2,2 g/dl desde o internamento prévio (1 mês antes) e agravamento radiológico com hipotransparência heterogénia do campo pulmonar esquerdo e do 1/3 médio do campo pulmonar direito. Suspendeu-se a hipocoagulação com resolução das hemoptises e da insuficiência respiratória e com melhoria radiológica.

**Conclusão:** Apesar de ser considerada uma complicação rara dos NOAC, a HAD é uma consequência potencialmente fatal e deve ser considerada nos diagnósticos diferenciais de doentes sob NOAC que se apresentem com hemoptises ou infiltrados pulmonares bilaterais. O seu reconhecimento e intervenção precoces são fundamentais já que a reversão de acção destes agentes pode ser difícil.

PE 042

### O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DO NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO - UM CASO CLÍNICO

SC Silva<sup>1</sup>, N Caires<sup>1</sup>, RD Coelho<sup>1</sup>, AS Santos<sup>1</sup>, T Lopes<sup>1</sup>, L Semedo<sup>1</sup>, J Cardoso<sup>1,2</sup>

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

Palavras-chave: nódulo solitário, neoplasia, doenças intersticiais, pneumonia intersticial descamativa

**Introdução:** O nódulo pulmonar é um achado imagiológico comum. Nos doentes fumadores é obrigatória a exclusão da neoplasia, mas não devem ser ignoradas as outras possíveis manifestações do tabagismo a nível pulmonar, nomeadamente as doenças intersticiais.

**Caso clínico:** Mulher de 41 anos, caucasiana, previamente autónoma, fumadora ativa (20 UMA) e com hábitos etanólicos moderados. Tinha ainda infeção VHC não tratada. Internada no Serviço de Neurologia para estudo de quadro clínico com um ano de evolução de dor e parestesias dos membros inferiores com limitação significativa da marcha nos últimos 6 meses e deterioração cognitiva no último mês. Do estudo complementar realizou Electromiograma que confirmou o diagnóstico de polineuropatia predominantemente axonal e sensitiva sobretudo a nível dos membros inferiores e segmentos distais dos membros. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica que identificou uma lesão nodular espiculada (18x19mm) no segmento apical do lobo inferior direito (LID) além de micronódulo no segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo (LSE) de 2mm e micronódulo subpleural justacisural à direita (3mm). Realizou broncofibroscopia (BFC) que não revelou alterações endoscópicas e cuja citologia do lavado bronco-alveolar (LBA) foi negativa para células neoplásicas. O estudo funcional respiratório revelou ligeira alteração ventilatória obstrutiva com insuflação pulmonar. Foi proposta para ressecção atípica do LID com exame extemporâneo que foi negativo e, por isso, prosseguiu-se para segmentectomia do segmento 6. O resultado histológico afastou a hipótese de neoplasia, favorecendo aspectos sugestivos de Pneumonia Intersticial Descamativa. O quadro neurológico foi admitido em contexto de polineuropatia associada à infeção VHC e a doente evoluiu favoravelmente com recuperação do controlo da marcha e das queixas cognitivas, sob gabapentina, tiamina, sertralina e diazepam. Manteve-se em vigília e assintomática, após cessação dos hábitos tabágicos.

**Conclusão:** Este caso pretende demonstrar a dificuldade da abordagem do nódulo solitário do pulmão. O diagnóstico tornou-se particularmente interessante, porque ao contrário daquilo que foi encontrado nesta doente, a Pneumonia Intersticial Descamativa (DIP) é uma doença pouco frequente que afecta sobretudo homens fumadores entre a 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> décadas de vida.

PE 043

### PNEUMONIA EOSINOFÍLICA NUM DOENTE COM ASMA BRÔNQUICA

A Magalhães, I Moreira, D Silva, V Caldeira, R Coelho, L Semedo, J Cardoso

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) - Hospital de Santa Marta; Nova Medical School - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Palavras-chave: Pneumonia eosinofílica, asma brônquica

**Introdução:** As Pneumonias Eosinofílicas constituem um grupo heterogéneo de doenças de diagnóstico pouco frequente. Caracterizam-se por eosinofilia pulmonar superior a 25% com ou sem eosinofilia periférica. Podem ser classificadas em primárias/idiopáticas ou secundárias, quando é identificada uma etiologia bem estabelecida. O espectro de apresentação destas doenças varia desde um quadro clínico de instalação indolente até à insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de um homem de 56 anos, não fumador, engenheiro civil, com diagnóstico prévio de asma brônquica e rinite, bem controladas sob terapêutica com formoterol/budesonido 160/4,5 ug, montelucaste 10 mg e bilastina 20 mg. Referenciado a Consulta de Pneumologia por quadro com cerca de um mês de evolução de dispneia para esforços progressivamente menores, tosse seca, sudorese noturna e perda ponderal não quantificada, sem outra sintomatologia associada. Sem alterações recentes da medicação habitual assim como viagem a zonas endémicas para infeções parasitárias. Referia exposição recente a poeiras inorgânicas em contexto ocupacional. Objetivamente, destacava-se oximetria de pulso normal, auscultação pulmonar com prolongamento do tempo expiratório, sem ruídos adventícios, e ausência de sinais articulares ou cutâneos positivos.

Do estudo diagnóstico complementar a salientar: eosinofilia periférica de 17,4%, IgE total 383 KUI/L e VS 18mm/h, sendo a função renal, hepática e restantes parâmetros inflamatórios normais; radiografia de tórax com infiltrado intersticial difuso de predomínio à esquerda e TC torácica a confirmar extensas alterações intersticiais em todo o pulmão esquerdo e com menor expressão no lobo superior direito; estudo funcional respiratório sob terapêutica broncodilatadora com: FEV1/FVC 73%, FEV1 89%, FVC 95%, TLC 86%, DLCO 71,5%, DLCO/VA 91%. Realizou broncofibroscopia que não mostrou alterações endoscópicas, objetivando-se eosinofilia > 30% no lavado broncoalveolar, sendo os exames microbiológicos negativos; não foi realizada biópsia pulmonar por tosse marcada durante o procedimento. Subsequentemente realizou estudo de auto-imunidade, serologias infecciosas e doseamento de IgE específicas e precipitinas para *Aspergillus* que foram totalmente negativos. Neste contexto admitiu-se o diagnóstico de Pneumonia Eosinofílica de evolução subaguda, em doente com asma brônquica. Foi iniciada terapêutica com prednisolona 0,5mg/kg/dia, mantendo a restante medicação habitual. Após cerca de 4 semanas verificou-se melhoria clínica e radiológica significativas, pelo que foi iniciado o desmame da corticoterapia sistémica até uma dose de manutenção, sem recorrência do quadro até ao momento.

**Conclusão:** As Pneumonias Eosinofílicas constituem um grupo de doenças de difícil diagnóstico diferencial entre si, sendo conhecida a sua possível associação com o diagnóstico prévio de asma brônquica. Face a uma apresentação clínica inespecífica, é fundamental manter um elevado grau de suspeição para que o diagnóstico seja rapidamente colocado e a terapêutica instituída, sendo nestes casos o prognóstico favorável.



PE 044

## SARCOIDOSE INDUZIDA PELA CAPECITABINA - CASO CLÍNICO

IS Pereira, A Alves, C Marques, S Neves, I Ladeira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: sarcoidose, capecitabina

**Introdução:** A sarcoidose é uma doença inflamatória multissistémica. Na maioria dos casos a causa permanece desconhecida, no entanto, com frequência surge identificação de associação com uso de produtos químicos, a fatores genéticos ou imunológicos. Existe descrição na literatura de apenas um caso de sarcoidose secundária à utilização de Capecitabina.

**Caso Clínico:** Homem de 61 anos, bancário, não fumador. Apresenta como antecedentes pessoais relevantes um adenocarcinoma do cólon ascendente T3N0R0, estadio B Dukes, tendo sido submetido a coletomia em Outubro de 2015 e quimioterapia adjuvante com Capecitabina num total de 6 ciclos. No pós-operatório, foi diagnosticado um tromboembolismo pulmonar encontrando-se sob hipocoagulação oral com Dabigatrano até ao presente. Sem exposições relevantes identificadas.

O doente foi enviado ao CDP Gaia por alterações na TC torácica, realizado em contexto de follow-up de adenocarcinoma do cólon. Na TC apresentava micronódulos dispersos com predomínio subpleural. Clinicamente apresentava-se assintomático sem alterações ao exame objetivo relevantes.

Realizou broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas visíveis. Lavado brônquico e bronco-alveolar (LBA) sem isolamentos (exame microbiológico negativos e micobacteriológico direto, cultural e TAAN negativo). No LBA constatou-se alveolite linfocítica e neutrofílica com um ratio CD4/CD8 de 10,17. Realizou criobiópsia que apresentou um processo inflamatório crónico granulomatoso sem necrose.

A nível funcional apresentava pletismografia sem alterações (FEV1 112%; CVF 99%; DLCO 95%).

Assim, fez-se o diagnóstico de sarcoidose com envolvimento pulmonar. Dado que o doente se mantém assintomático e sem alterações a nível da função respiratória decidiu-se não iniciar tratamento e mantém-se em vigilância.

**Conclusão:** A etiologia da Sarcoidose continua desconhecida, sendo essencial suspeitar precocemente deste diagnóstico. Há cada vez mais uma associação estabelecida da sarcoidose a determinados fármacos e já foi identificado um caso de sarcoidose induzida pela Capecitabina, publicado em 2012. É assim importante estar alerta para a possibilidade de desenvolvimento de sarcoidose nos doentes a realizar ou que já realizaram quimioterapia.

PE 045

## A PNEUMOLOGIA COMO PONTE PARA O DIAGNÓSTICO DE UMA PATOLOGIA SISTÉMICA: A PROPÓSITO DE UM CASO DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO

A Alves, I Sucena, E Silva, C Ribeiro, T Shiang, M Vanzeller

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: Síndrome hipereosinofílica

**Introdução:** O síndrome hipereosinofílica (SHE) é raro e pode ocorrer em contexto de um grupo heterogêneo de distúrbios que cursam com a produção excessiva e sustentada de eosinófilos. Caracteriza-se por hipereosinofilia periférica (> 1500 células/QL) em duas avaliações separadas por pelo menos um mês e por lesão/disfunção orgânica decorrente da infiltração eosinofílica. Pode ocorrer no contexto de causas reconhecidas de hipereosinofilia (infecções parasitárias, alergia a fármacos e neoplasias), mas em cerca de 75% dos casos não é possível identificar a etiologia subjacente. O envolvimento pulmonar é comum e pode ser a forma de apresentação do SHE.

**Caso clínico:** Homem, 37 anos. Antecedentes pessoais de asma e rinosinusite crónica. Referia aumento da frequência das infeções das vias aéreas superiores nos últimos seis anos e apresentava hipereosinofilia no sangue periférico documentada nos últimos três anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com duas semanas de evolução de febre sustentada, dispneia e tosse produtiva raiada de sangue. Analiticamente apresentava leucocitose com eosinofilia exuberante (7850/QL) e PCR 10.38 mg/dL. Em TC tórax apresentava opacidades bilaterais, algumas em vidro despolido, espessamento reticular bibasal e adenomegalias. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia e o doente foi internado para tratamento e continuação do estudo da hipereosinofilia. Cumprido sete dias de levofloxacina 750 mg id com melhoria clínica e radiológica. Manteve hipereosinofilia periférica marcada (máximo 19.480/QL). Não apresentava alterações cutâneas ou neurológicas. Do estudo complementar efetuado, destacam-se autoimunidade negativa, parasitológico de fezes negativo, nível sérico de triptase normal, cariótipo sem alterações e lavado broncoalveolar com eosinofilia > 35%. A biópsia pulmonar mostrou um quadro morfológico compatível com pneumonia intersticial com significativo número de eosinófilos. O ecocardiograma transtorácico documentou um miocárdio de aspeto granular. A biópsia da medula óssea mostrou hiperplasia da linha mieloide à custa unicamente da série eosinofílica, sem anomalias fenotípicas, sem fibrose e sem evidência de neoplasia. A imunofenotipagem da medula óssea não mostrou evidência de doença linfoproliferativa. A pesquisa de mutações genéticas (FIPIL1-PDGFR, JAK2, BCR-ABL, FGFR1 e C-KIT) foi negativa. Foi assim estabelecido o diagnóstico de síndrome hipereosinofílica idiopática com envolvimento pulmonar, cardíaco e hematológico e o doente foi medicado com corticoterapia sistémica (prednisolona 1 mg/kg/dia), com melhoria clínica e analítica.

**Conclusão:** O diagnóstico de SHE pode ser complexo e desafiante, mas não deve ser esquecido nos doentes com hipereosinofilia periférica sustentada e/ou evidência de hipereosinofilia tecidual. Após a exclusão das causas secundárias que requerem tratamento dirigido (como as infeções parasitárias), deve ser prosseguida a investigação diagnóstica, independentemente da presença ou ausência de sintomas. Esta avaliação implica uma abordagem multidisciplinar, na qual devem ser envolvidas as várias especialidades necessárias à avaliação do processo de envolvimento multiorgânico, já que virtualmente qualquer órgão pode estar atingido. Com o presente caso clínico, os autores pretendem demonstrar que a Pneumologia pode desempenhar um papel importante no diagnóstico e orientação de doentes com patologias menos frequentes na prática clínica diária, tais como a SHE.



PE 046

### ESTUDO DE CAUSAS DE HEMOPTISES NUM HOSPITAL DISTRITAL

E Alves, F González, A Castro, L Santos

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Palavras-chave: Hemoptises

**Introdução:** Hemoptise é a expulsão de sangue proveniente das vias respiratórias inferiores, mais frequentemente na forma de tosse com eliminação de sangue ou saída de secreção pulmonar com sangue. Analisamos uma amostra de 103 doentes com diagnóstico de hemoptises internados no internamento de Medicina Interna e aqueles seguidos na consulta de Pneumologia entre janeiro de 2012 e junho de 2017.

**Objetivo:** Determinar as principais causas de hemoptises em doentes internados num Serviço de Medicina Interna e na consulta de Pneumologia.

**Resultados:** Verificou-se predominio do sexo masculino (n=60, 58%), média de idades de 63.9 anos e 26.8% com tabagismo ativo e 16.5% ex-fumadores. 81.4% dos doentes realizaram broncofibroscopia. As infeções foram a principal causa de hemoptises (40%), a maioria delas relacionadas com bronquiectasias (26%). A principal causa não infecciosa foram as neoplasias (26%), das quais neoplasia pulmonar (20%) e metástases pulmonares (6%) de tumores extra-pulmonares. As bronquiectasias foram o diagnóstico mais frequente no internamento de Medicina Interna e as neoplasias na consulta de Pneumologia. As neoplasias mais frequentes foram os CNPC

Em relação ao volume, as hemoptises de pequeno volume, diagnosticadas em 97.9% na consulta de Pneumologia e 96.3% no internamento de Medicina, foram as mais encontradas.

**Conclusão:** A incidência de hemoptises é influenciada por vários fatores, entre eles, a área geográfica do estudo, bem como a instituição onde é realizada a pesquisa. No nosso caso, num hospital distrital com internamento geral de Medicina Interna e Pneumologia apenas com vertente de ambulatório, as hemoptises continuam a ser uma importante causa de internamento e motivo de consulta de Pneumologia. As causas infecciosas, na nossa amostra, foram as mais frequentes, seguidas das neoplasias. Podemos concluir que as hemoptises são um sinal comum e inespecífico, ocorrendo numa grande variedade de doenças. A identificação da etiologia das hemoptises e sua classificação quanto ao volume têm um papel fundamental na definição do tratamento a ser instituído e na necessidade ou não de internamento. Essa manifestação requer sempre investigação, ainda que a quantidade de sangue eliminada seja pequena.

PE 047

### ABORDAGEM DO PNEUMOTÓRAX POR TORACOSCOPIA MÉDICA: PEQUENA SÉRIE DE 5 CASOS

E Seixas, P Ferreira, G Teixeira, A Saraiva

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Palavras-chave: Pneumotórax, Toracosopia médica

**Introdução:** O consenso geral dita que, para casos de recidiva de pneumotórax espontâneo primário e episódios inaugurais de pneumotórax espontâneo secundário, haja lugar à execução de procedimento de pleurodésis.

A pleurodésis por via toracoscópica provou já efetividade superior à clássica pleurodésis por suspensão de talco através de dreno torácico, com a vantagem de poder garantir estadiamento endoscópico. Apesar da Videotoracosopia Cirúrgica (VATS) ter sido posicionada como *gold-standard* a toracosopia médica com pleurodésis por *poudrage* com talco mostrou já ser um procedimento seguro e efetivo, associando-se a taxa de recorrência similar à VATS, pelo menos em casos estadiados como *Vandershueren* I e II. Acresce ainda o facto de, a nível de mitigação do risco de recorrência, a bulectomia e a pleurectomia apical terem um baixo nível de evidência.

Foi efetuada a descrição e caracterização dos pneumotóraces abordados por toracosopia médica no último ano no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

**Resultados:** Foram encontrados cinco doentes, três do sexo masculino e dois do sexo feminino, com uma média etária de 31,2 anos (SD±12,6 anos). Cerca de 80% eram fumadores ativos sendo a carga tabágica média de 20 UMA. Todos os doentes foram abordados por toracosopia semi-flexível sob sedo-analgésia consciente efetuada por pneumologistas e sem apoio anestesiológico. Do total, quatro casos corresponderam a pneumotóraces espontâneos primários. Destes, três eram situações de recidiva, uma delas com fístula broncopleurale de baixo débito, e um de episódio inaugural com fístula broncopleurale de baixo débito também. Radiologicamente todos se manifestavam como pneumotóraces livres. Endoscopicamente três dos casos foram estadiados como *Vandershueren* I e um como *Vandershueren* III (bólas subpleurais <2 cm). Todos foram submetidos a pleurodésis por *poudrage* com talco.

O caso de pneumotórax espontâneo secundário (DPOC subjacente) era um episódio inaugural e apresentava-se telerradiograficamente como septado. Este caso apresentou um padrão *Vandershueren* III. Foi abordado com adesiólise e pleurodésis por *poudrage* com talco.

Não houve registo de qualquer complicação durante ou após o procedimento e nenhum dos casos recidivou até ao momento.

**Conclusões:** A toracosopia médica pode oferecer tratamento definitivo em grande proporção de doentes com pneumotórax. Na pequena série apresentada provou ser uma técnica efetiva e segura, mesmo em casos que se confirmaram como *Vandershueren* III e com fístulas broncopleurais de baixo débito, sem ocorrência de recidiva em qualquer dos casos. No futuro próximo, perspectiva-se que a toracosopia médica se torne um método cada vez mais utilizado para o tratamento do pneumotórax.



PE 048

## TOSSE PERSISTENTE E OBSTRUÇÃO BRÔNQUICA, UMA PEDRA NO SAPATO

**M Ramalho, V Sacramento, S Granadeiro, S Furtado**

Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa

Palavras-chave: Tosse persistente, obstrução brônquica, broncolitíase, broncoscopia rígida

**Introdução:** A evidência imagiológica de obstrução brônquica num doente com queixas arrastadas obriga à sua investigação etiológica sendo primordial a exclusão de patologia do foro oncológico.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de um homem de 68 anos, não fumador, reformado (serralheiro civil durante 30 anos), com antecedentes pessoais conhecidos de fratura da coluna (L1-L3) em acidente de trabalho. Negava antecedentes de patologia respiratória, nomeadamente tuberculose.

Referenciado à consulta de pneumologia por queixas com cinco meses de evolução caracterizadas por tosse seca, irritação faríngea e dispneia mMRC2, na sequência de uma infeção respiratória. Do estudo complementar realizado em ambulatório destacavam-se espirometria com alteração ventilatória obstrutiva, sem resposta à broncodilatação (FEV1 57.6%, FEV1/FVC 59.81) e tomografia computadorizada (TC) de tórax com alterações sugestivas de silicose vs sarcoidose (compromisso adenopático calcificado, focalmente com expressão em casca de ovo, com localização em praticamente todas as cadeias ganglionares mediastínicas e hilar bilateral).

Foi solicitada nova TC tórax que, além das alterações anteriormente presentes, revelou redução significativa do calibre dos ramos brônquicos segmentares e irregularidade do seu contorno, existindo amputação do segmento basal interno do lobo inferior direito e uma área de condensação homogénea periférica com configuração grosseiramente macronodular, medindo mais de 6,5 cm de diâmetro no plano axial e condensação com broncograma aéreo dos segmentos periféricos da pirâmide basal, bem como do segmento interno do lobo médio. Realizou broncofibroscopia que mostrou acentuada diminuição de calibre do brônquio principal direito e intermediário por aspetos infiltrativos da mucosa (atípias?, as biópsias brônquicas foram inconclusivas). Para esclarecimento do quadro foi realizada broncoscopia rígida que confirmou a infiltração da mucosa anteriormente descrita e onde foram efetuadas biópsias tendo-se procedido à repermeabilização do brônquio intermediário por debulking. Foram identificados três corpos estranhos de consistência pétreas compatíveis com broncolitos, dois dos quais retirados e um terceiro provavelmente aspirado.

Verificou-se melhoria clínica após o procedimento. Não foi identificado tecido de neoplasia nas biópsias brônquicas mas sim infiltrado de granulócitos e colónia que morfologicamente era compatível com actinomyces pelo que se iniciou antibioterapia dirigida (citologia e coloração de Ziehl-Neelsen foram negativas, lavado broncoalveolar sem isolamento bacteriológico).

O doente mantém seguimento em consulta de Pneumologia, assintomático, admitindo-se o diagnóstico de silicose.

**Discussão:** A broncolitíase corresponde à presença de cálculos na árvore brônquica quase sempre resultante de processos inflamatórios ou infecciosos que atingem os gânglios hilares. Destacam-se a tuberculose, aspergilose, histoplasmose, actinomicose e nocardiose como causas infecciosas e a silicose como causa rara não infecciosa de litoptise. A broncolitíase manifesta-se com tosse, pieira, hemoptise e litoptise e pneumonias recorrentes com identificação de gânglios calcificados endo ou peri brônquicos na TC torácica.

Com este caso pretende-se salientar a dificuldade do diagnóstico diferencial desta patologia recorrendo à clínica e imagem sendo a intervenção com broncoscopia rígida essencial tanto para o diagnóstico como para a terapêutica.

PE 049

## TRAQUEOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA EM DOENTE COM ESTRIDOR: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

**T Abrantes, J Silva, J Correia, M Conceição, A Cunha, B Rodrigues, AS Torres**

Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Palavras-chave: estridor; traqueopatia; condroplástica; tiróide; traqueia.

**Introdução:** A traqueopatia osteocondroplástica (TOC) é uma condição benigna e rara, caracterizada pela presença de nódulos osteocartilaginosos, localizados principalmente na submucosa das paredes anterior e lateral da traqueia. Em regra geral é assintomática e consiste num achado endoscópico ou de autópsia.

**Caso Clínico:** Mulher, 72 anos, reformada, previamente doméstica, não fumadora, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Obesidade, Dislipidemia, Hipertiroidismo, Pneumonia aos 26 anos. Medicada cronicamente com tiotropio, enalapril, atorvastatina e salbutamol em SOS. Enviada à Consulta Externa de Pneumologia por pieira, dispneia, obstrução nasal e crises esternutatórias recorrentes, com persistente agravamento sazonal. Ao exame objectivo de destacar ligeiro estridor inspiratório. RX tórax com desvio da traqueia para a esquerda e coluna mediastínica inferior normo-posicionada. Análises sem alterações de relevo. Provas Funcionais Respiratórias com obstrução ligeira das vias aéreas, air-trapping e BD positiva. TC do pescoço e tórax: nódulo na metade inferior lobo direito da tiróide, de 28x31x43mm, margens lisas e bem definidas, parcialmente calcificado, condicionando ligeiro desvio contralateral da traqueia. Vibeobroncofibroscopia a mostrar abaulamento da parede superior direita com redução de cerca de 50% do seu lúmen a esse nível e padrão nodulariforme traqueal de consistência dura, poupando a parede membranosa, até à emergência dos brônquios. Biópsias traqueais com sinais de ossificação da lâmina própria, traduzindo provável traqueopatia osteocondroplástica. Citologias, escovado traqueal, micro e micobacteriologias negativas. Alterada terapêutica para fluticasona e vilanterol, com melhoria da dispneia e pieira. Orientada para Consulta Externa de Cirurgia: após ecografia tiroideia e punção aspirativa, concluída a existência de nódulo tiroideu folicular benigno, tendo sido proposta para cirurgia pelo atingimento da via aérea, que, neste contexto, foi considerado o motivo mais provável para o estridor.

**Conclusão:** O tratamento da TOC raramente é necessário e a cirurgia é restrita aos casos de obstrução moderada a grave da via aérea ou complicações como infeções recorrentes. Apesar dos achados endoscópicos característicos, a biópsia permite o diagnóstico diferencial destas lesões.



PE 050

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE DUAS ENTIDADES RARAS

R Pereira<sup>1</sup>, G Fernandes<sup>2</sup>, A Magalhães<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço Pneumologia, Hospital de Braga; <sup>2</sup>Serviço Pneumologia, Centro Hospitalar São João

Palavras-chave: técnicas endoscópicas; hiperplasia endotelial papilar intravascular; hiperplasia pseudoepiteliomatosa

**Introdução:** A broncofibroscopia e a Broncoscopia rígida são técnicas endoscópicas que permitem a visualização da árvore brônquica, sendo muitas vezes cruciais para obter um diagnóstico definitivo. Relata-se dois casos clínicos em que a broncoscopia foi importante para o diagnóstico e o tratamento de lesões brônquicas.

**Casos clínicos:** Doente de 53 anos de idade, fumadora ativa (80 UMA). Antecedentes pessoais de EAM submetida a cirurgia de revascularização miocárdica em 2015, HTA e obesidade. Assintomática do ponto de vista respiratório. Realizou TAC tórax a pedido do Médico Assistente, que revelou uma lesão polipoide ao nível do 1/3 médio da parede esquerda da traqueia. Nesse sentido, programou-se uma broncoscopia rígida que evidenciou uma lesão polipoide morulada, com cerca de 1 cm de maior eixo, ao nível da junção da parede posterior com a lateral esquerda e ao nível do 1/3 médio da traqueia. A lesão foi totalmente removida em bloco, sendo que o restante exame não apresentava alterações. O resultado anatomopatológico concluiu que se tratava de uma lesão com características de hiperplasia pavimentosa papilar, sem displasia -hiperplasia endotelial papilar intravascular (HEPI). Doente de 67 anos de idade, não fumador. Traqueostomizado pós-AVC isquémico por hemiparesia da corda vocal esquerda (2004). Assintomático do ponto de vista respiratório.

Um achado na observação de rotina por Otorrinolaringologia, foi a presença de uma lesão que ocluía a cânula de traqueostomia, tendo sido colocada a hipótese de se tratar de um granuloma. Nesse sentido, realizou uma BFC e na entubação foi identificada a presença de um granuloma na extremidade da cânula, de grandes dimensões, com obstrução do lúmen em cerca de 90%, que se mobilizava com os movimentos respiratórios. Foi programada realização de Broncoscopia Rígida, tendo sido efetuada fotocoagulação com laser com destruição quase total do granuloma, e realizadas biópsias da lesão. O resultado anatomopatológico revelou uma hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE).

**Discussão:** A HEPI e a HPE são duas condições raras, de carácter benigno e reativo e geralmente com bom prognóstico. Os seus aspetos clínicos e histopatológicos podem apresentar semelhanças com lesões malignas, nomeadamente com o carcinoma células escamosas e angiossarcoma, respetivamente. O diagnóstico diferencial com estas entidades é crucial, pois apresentam tratamento e prognóstico completamente distintos.

PE 051

## TRAQUEBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA: O "JARDIM ROCHOSO" DA BRONCOLOGIA

T Oliveira, MI Costa, F Guedes, J Gomes, JP Braga

Centro Hospitalar do Porto

Palavras-chave: Traqueobroncopatia osteocondroplástica, Patologia benigna das vias aéreas centrais, Broncofibroscopia

**Introdução:** A patologia benigna das vias aéreas centrais é um desafio diagnóstico já que frequentemente é assintomática. Não raras vezes, o diagnóstico surge como achado incidental na investigação de outras patologias respiratórias. Nestes casos, a endoscopia respiratória é fundamental no seu diagnóstico e caracterização. Descrevem-se dois casos clínicos de diagnóstico broncoscópico incidental de traqueobroncopatia osteocondroplástica (TO).

**Casos clínicos: Caso 1:** mulher de 86 anos, com prótese biológica em posição aórtica e insuficiência cardíaca classe II NYHA, antiagregada com ácido acetilsalicílico, sem patologia pulmonar crónica ou exposição inalatória relevante conhecidas. Referenciada para consulta externa por hemoptises de repetição de pequeno volume durante 5 meses. Tomografia computadorizada do tórax sem alterações relevantes. Realizada broncofibroscopia (BFO), onde se visualizaram, sobretudo no início da traqueia, numerosos nódulos submucosos. Biópsia de nódulo a demonstrar tecido ósseo trabecular, tecido adiposo intertrabecular e epitélio cilíndrico ciliado, compatível com TO. Restante estudo sem evidência de coágulos ou hemorragia recente. Sem novos episódios de hemoptises ou sintomas respiratórios durante o seguimento, tendo tido alta da consulta.

**Caso 2:** homem de 52 anos, ex-fumador (45 UMA), ex-consumidor ocasional de *cannabis*, reformado de carpinteiro, com clínica de bronquite crónica, sem medicação dirigida. Admitido no Centro Hospitalar do Porto por clínica subaguda de infeção respiratória e síndrome constitucional com 6 meses de evolução. Analiticamente com síndrome inflamatória e gasometria arterial a revelar insuficiência respiratória hipoxémica aguda. Radiografia e tomografia computadorizada do tórax compatíveis com pneumonia necrotizante do lobo inferior esquerdo. Realizada BFO diagnóstica com observação de numerosos nódulos dispersos nas paredes anterior e laterais da traqueia, sobretudo até à carena, sem repercussão significativa no calibre da via aérea, sugestivos de TO. Exame microbiológico e micobacteriológico do aspirado brônquico e do lavado broncoalveolar sem isolamento de agentes infecciosos; exame citológico negativo para células malignas. Cumpriu empiricamente 20 dias de amoxicilina/ácido clavulânico e clindamicina, com evolução clínica, analítica e imagiológica favoráveis.

**Discussão:** A TO é uma patologia incomum e benigna das vias aéreas centrais, mais frequente em homens entre a quinta e a sétima décadas de vida. A etiopatogenia é controversa, estando descrita possível associação com infeções respiratórias baixas recorrentes, ao potenciar a colonização bacteriana das vias aéreas. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplos nódulos semelhantes a "jardim rochoso", cartilagueos e ósseos, na submucosa das paredes anterior e laterais das vias aéreas centrais, poupando tipicamente a parede membranosa posterior. A BFO é o *gold-standard* para o diagnóstico.

Em geral é assintomática, não necessitando de tratamento. No entanto, conforme o grau de projeção dos nódulos para o lúmen das vias aéreas centrais, pode cursar com sintomas respiratórios variados, fisiologia respiratória obstrutiva ou mesmo via aérea difícil, necessitando de ressecção endoscópica.

O caráter incidental do diagnóstico na maioria dos casos descritos e a ocorrência simultânea com patologias ou sintomas obstrutivos comuns sugerem que a sua incidência se encontre subestimada. A TO deve ser sempre contemplada no diagnóstico diferencial da patologia central das vias aéreas.



PE 052

### ENVOLVIMENTO ENDOBRÔNQUICO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS

CB Forte, M Guia, J Boléo-Tomé, F Rodrigues

Hospital de São Bernardo, Setúbal

Palavras-chave: Linfoma difuso de grandes células, envolvimento endobrônquico

**Introdução:** Os linfomas não-Hodgkin pertencem a um grupo heterogéneo de doenças malignas linfoproliferativas com diferentes padrões de comportamento, prognóstico e tratamento. Na maioria dos casos envolvem o mediastino e o parênquima pulmonar, sendo o envolvimento endobrônquico muito raro.

**Caso Clínico:** Doente do género masculino, 56 anos, ex-fumador. Recorreu ao serviço de urgência após queda na via pública com traumatismo do membro superior direito, do qual resultou fractura do rádio distal, irredutível. Proposto para cirurgia eletiva. Na avaliação pré-cirúrgica constatou-se que o doente referia tosse com expectoração hemoptóica associado a febre, anorexia e perda ponderal (10Kg) nos últimos 2 meses. No exame objectivo salientava-se diminuição do murmúrio vesicular no terço superior do hemitórax direito. Sem adenomegalias periféricas palpáveis.

A radiografia de tórax revelou hipotransparência do 1/3 superior do campo pulmonar direito e elevação da hemicúpula homolateral. A tomografia computadorizada do tórax mostrou volumosa consolidação envolvendo praticamente todos os segmentos do lobo superior direito, com oclusão completa do mesmo, invasão parcial do ramo direito da artéria pulmonar, oclusão parcial do brônquio intermédio e extensas adenopatias mediastínicas.

Optou-se por broncoscopia rígida que mostrou oclusão completa do brônquio lobar superior direito por massa tumoral e obstrução de 70% do lúmen do brônquio intermediário por massa "em couve-flor" franqueável com broncofibroscópio.

As biópsias das massas tumorais revelaram tratar-se de um Linfoma B Difuso de Grandes Células, de subtipo "Germinal Center"(GC) (variante morfológica rara).

O doente foi referenciado para a consulta de Oncologia para uma abordagem terapêutica adequada, com evolução clínica favorável.

**Discussão:** O envolvimento endobrônquico por neoplasias extra pulmonares leva a inevitável obstrução brônquica e consequente colapso pulmonar dependente do diâmetro do brônquio envolvido. Os sintomas são, muitas vezes, inespecíficos. A broncoscopia com biópsia da lesão endobrônquica permite o diagnóstico e em muitos casos a resolução da obstrução com melhoria clínica do doente e a terapêutica posterior dirigida à doença de base.

PE 053

### COMPLICAÇÕES EM BIÓPSIAS PULMONARES TRANSTORÁCICAS GUIADAS POR TC: A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

RE Gomes, M Barata, C Moreira, C Monge, JR Vieira, J Duarte

Hospital Garcia de Orta

Palavras-chave: Aspiração por Agulha Fina, Core Biópsia, Complicação, Pneumotórax, Lesão

**Introdução:** Os procedimentos de diagnóstico transtorácicos guiados por Tomografia Computorizada (TC) surgem como um método seguro, eficaz e pouco invasivo, utilizado no diagnóstico de lesões intratorácicas, em particular, nas lesões suspeitas de neoplasia. De facto, através da realização de Aspiração por Agulha Fina (AAF) ou Core Biópsias (CB) é possível obter material para análise citológica e histológica, respetivamente, das lesões em estudo, evitando muitas vezes o recurso a métodos mais invasivos, como a cirurgia torácica.

**Objetivo:** Avaliar a ocorrência de complicações na realização de procedimentos transtorácicos de AAF e CB em doentes com lesões suspeitas de neoplasia, bem como avaliar possíveis fatores preditivos de complicações.

**Materiais e Métodos:** Foram selecionados, retrospectivamente e de forma consecutiva todos os doentes submetidos a procedimentos transtorácicos guiados por TC (AAF ou CB) no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2016, no serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta. Os dados relativos às variáveis analisadas (sexo, idade, distância da lesão à pleura, tamanho da lesão, tipo de procedimento realizado, número de biópsias realizadas, presença ou não de enfisema na TC torácica e complicações pós-procedimento) foram colhidos com base nos registos do processo único do doente. Para avaliação estatística foi aplicada uma regressão binária logística na análise multivariada dos fatores preditivos de complicações.

**Resultados:** foram incluídos no estudo 81 procedimentos, dos quais 33% realizaram CB, 61% AAF e 6% realizaram ambas as técnicas. Da análise das características das lesões, observou-se que estas apresentavam um tamanho médio de 44 mm com um desvio padrão de 22,3 mm e distanciavam em média 6,3 mm com um desvio padrão de 11,2 mm da pleura. O pneumotórax foi a única complicação observada, tendo ocorrido em 31% dos procedimentos (n = 25), dos quais 6 (24% dos procedimentos complicados; 7,4% da totalidade de procedimentos) necessitaram de colocação de dreno torácico. Na análises multivariada dos vários factores que poderiam condicionar a ocorrência de complicações, a distância da lesão à pleura surge como o único fator preditivo para ocorrência de pneumotórax ( $p = 0,011$ ).

**Conclusão:** os resultados obtidos estão em concordância, em quase todos os níveis, com o descrito na literatura, suportando as conclusões feitas ao nível dos fatores determinantes de complicações. Assim, foi possível concluir que em cerca de um terço dos procedimentos houve a ocorrência de complicações; 7,4% dos procedimentos são complicados por pneumotórax grave com necessidade de colocação de dreno torácico e que a distância das lesões à pleura é o fator preditivo de ocorrência de complicações, sendo que quanto maior a distância, maior a taxa de complicações.



PE 054

## ASPIRAÇÃO DE ÓLEO MINERAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TAQUIPNEIA EM LACTENTE

**BNL Silva, ND Neto, N Cyllio, LP Barbosa, N Navi, S Sias**  
Hospital Universitário Antônio Pedro - Niterói/RJ - Brasil

Palavras-chave: Broncoscopia, Taquipneia, Óleo mineral

**Introdução:** A pneumonia lipóidica causada por aspiração de óleo mineral, infelizmente ainda é uma realidade no nosso meio. O óleo mineral, substância derivada do petróleo, é facilmente aspirada para os alvéolos, pois reduz o reflexo da tosse, podendo resultar em processo inflamatório importante nas vias aéreas inferiores e, se em altas doses, pode causar morte por asfixia.

**Objetivo:** relatar um caso de pneumonia por aspiração de óleo mineral, destacando os malefícios desta complicação.

**Métodos:** estudo retrospectivo com análise do prontuário e participação do responsável para assinatura do TCLE.

**Resultados:** Lactente feminino, com 9 meses de vida, é atendida em emergência pediátrica em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, com febre baixa há 5 dias, taquipneia e esforço respiratório. Não houve queda do estado geral nem alteração do apetite. Não havia história de contato com doenças respiratórias agudas. O hemograma evidenciou leucocitose com desvio à esquerda, aumento de PCR, e discreta hipoxemia na gasometria arterial. Na Radiografia de tórax apresentava hipotransparência em ambos pulmões e infiltrado peri-hilar à direita. Foi tratada inicialmente como Pneumonia bacteriana com 3 esquemas antimicrobianos, sem resultar entretanto em melhora radiológica, apesar de ter mantido bom estado geral. A tomografia computadorizada de alta resolução de tórax mostrou extensas consolidações nas porções posteriores dos lobos superiores e inferiores, margeadas por vidro fosco. Havia história previa de constipação intestinal, tendo feito uso de óleo mineral diariamente (1 colher das de chá) como terapia laxativa. Foi realizada broncoscopia flexível com lavado broncoalveolar (LBA) que demonstrou material opalescente com halo de gordura sobrenadante, sugerindo a hipótese clínica de Pneumonia lipóidica por aspiração de óleo mineral. A citologia do LBA mostrou celularidade elevada às custas de macrófagos espumosos e a citoquímica com Oil red foi fortemente positiva, confirmando o diagnóstico de Pneumonia lipóidica. A cultura foi negativa. Foi proposto um tratamento com lavados broncoalveolares seriados para a retirada do óleo mineral do ambiente alveolar. Foram realizados 8 LBA com normalização clínica e radiológica.

**Discussão:** O diagnóstico de Pneumonia Lipóidica é na maioria das vezes confundido com pneumonia ou tuberculose, devido à sintomatologia inespecífica. Somente um alto grau de suspeição nos casos de pneumonia refratária ao tratamento especialmente se houver discordância clínica e radiológica, como aconteceu no caso relatado.

**Conclusão:** A pneumonia lipóidica requer alto grau de suspeição em criança que apresente discordância clínico radiológica e história de ingestão de óleo mineral. O melhor tratamento consiste na retirada do óleo mineral através da broncoscopia com lavado broncoalveolar.





PE 055

### URINOTÓRAX, UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL

R Silva, J Correia, A Cunha, B Rodrigues, AS Torres

Serviço Pneumologia - Centro Hospitalar Tondela Viseu

Palavras-chave: urinotórax, derrame pleural, uropatia obstrutiva

Urinotórax é uma causa rara de derrame pleural, estão descritos menos de 70 casos em todo o mundo. Resulta normalmente de uropatia obstrutiva ou traumática, mais raramente pode aparecer após procedimentos cirúrgicos abdominais. O urinotórax, ou seja a acumulação de urina no espaço pleural resulta de uma ruptura do tracto urinário que leva a uma acumulação de urina no espaço retroperitoneal e consequente migração de urina para o espaço pleural. O diagnóstico pode ser feito com uma cintigrafia renal ou doseando os níveis de creatinina no líquido pleural.

Apresentamos um caso clínico de um doente com um urinotórax.

**Caso Clínico:** Doente de 74 anos, sexo masculino internado com uma lesão renal aguda no contexto de uma uropatia obstrutiva. Tratava-se de um doente com antecedentes de um tumor do urotélio vesical com várias intervenções cirúrgicas. Apresentava anorexia, náuseas e vômitos, hálito urémico, hipertensão. Analiticamente tinha creatinina 20,9 mg/dl, ureia 315 mg/dl, Na+ 137; K+7,4. Iniciou hemodiálise e foi transferido para o serviço de Urologia. Por apresentar dilatação pielocalicial bilateral foi submetido a nefrostomia bilateral. Realizou uma telerradiografia do tórax no pré operatório onde apresentava um derrame pleural à direita. Foi então solicitada a colaboração da pneumologia que realizou uma toracocentese. Como o líquido drenado tinha aspecto macroscópico compatível com urina foi solicitado o doseamento de creatinina no líquido pleural. Por ser superior (6,4 mg/dl) ao valor da creatinina sérica (4,2 mg/dl) foi-lhe diagnosticado um urinotórax. O doente realizou nova telerradiografia onde apresentava melhoria significativa do derrame pleural. O doente acabou por falecer 2 meses depois devido a complicações relacionadas com o seu tumor vesical.

**Discussão:** O urinotórax deve constar do diagnóstico diferencial do derrame pleural. Os sintomas respiratórios nem sempre estão presentes e o doseamento de creatinina no líquido pleural e no soro estabelecem o diagnóstico. É mais comum na sequência de uropatia obstrutiva, mas pode resultar também de disrupção do tracto urinário. O urinotórax ocorre por ascensão linfática urinária para o tórax ou, no carro da disrupção do tracto urinário, pelo extravasamento de urina do espaço retroperitoneal para a pleura. Neste caso o urinotórax poderá ter ocorrido pelos dois mecanismos uma vez que o doente alem da uropatia obstrutiva, foi também submetido a nefrostomia percutânea.

O urinotórax é uma condição rara, porém deve ser mantido em mente uma vez que o diagnóstico precoce poderá melhorar o prognóstico do doente. Esta patologia pode facilmente passar despercebida. Assim, em doentes com uropatia obstrutiva e derrame pleural esta patologia deve ser equacionada. Estes doentes devem ser abordados, tal como foi este caso, por uma equipa multidisciplinar que inclua um pneumologista e um urologista.

PE 056

### ENDOMETRIOSE TORÁCICA, UMA CAUSA RARA DE HEMOTÓRAX

AR Costa, J Silva, R Barata, J Reis, P Calvino, J Fragata

Hospital Santa Marta

Palavras-chave: Endometriose torácica, hemotorax, pleurodese química, VATS

A endometriose torácica é uma patologia rara caracterizada pela presença de tecido endometrial nas vias respiratórias, pulmão ou pleura. As formas de apresentação são múltiplas e inespecíficas, sendo por isso um desafio diagnóstico. O hemotórax representa cerca de 14% dos casos, tendo a endometriose torácica de ser considerada no diagnóstico diferencial das causas não traumáticas de hemorragia intratorácica.

Descrevemos o caso de uma mulher de 43 anos com antecedentes de endometriose diagnosticada por laparoscopia durante o estudo de derrame pleural hemático e nódulos peritoneais suspeitos de carcinomatose em Agosto de 2012. Pela recorrência do derrame pleural concomitante com o ciclo menstrual assumiu-se na altura o diagnóstico de endometriose torácica. A doente realizou hormonoterapia durante 4 anos com controlo clínico.

No início de 2016 a doente suspendeu a terapêutica por autorre-criação, tendo tido, 1 ano depois, dois novos episódios de hemotórax catamenial direito extenso, com necessidade de drenagem torácica. Foi reintroduzida hormonoterapia e a doente foi submetida a biopsias pleurais e pleurodese química com talco por VATS com resolução do quadro. A anatomia patológica das biopsias confirmou o diagnóstico de endometriose pleural.

A hormonoterapia é fundamental para o controlo sistémico da doença, sendo complementada com a cirurgia que apresenta não só um papel diagnóstico, mas também terapêutico com a oclusão do espaço pleural. A VATS permite o controlo local minimamente invasivo, podendo ser realizada pleurodese química, bem como pleurectomia. Pelo risco aumentado de hemorragia em doente anémica, e tendo em conta o controlo sistémico com a hormonoterapia, foi decidido realizar pleurodese química que se revelou eficaz.



PE 057

### DERRAME PLEURAL - UMA CAUSA INESPERADA

AL Fernandes<sup>1</sup>, M Bibi<sup>2</sup>, A Vanconcelos<sup>2</sup>, J Ferreira<sup>1</sup>, I Neves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

<sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Palavras-chave: Derrame pleural, atingimento pleural, amiloidose AA

**Introdução:** A amiloidose define um grupo heterogéneo de doenças caracterizado por deposição extracelular de proteínas fibrilares anormais insolúveis em vários órgãos e tecidos. O derrame pleural é uma manifestação incomum no envolvimento pulmonar, estando geralmente associado a amiloidose primária (AL).

**Caso clínico:** Mulher, 63 anos, reformada, não fumadora, com antecedentes de neoplasia da mama submetida a mastectomia radical, RT e QT há 14 anos; síndrome depressivo; e anemia crónica em estudo. Sem antecedentes familiares de relevo.

Recorre ao SU por quadro clínico de perda ponderal progressiva, anorexia e astenia com 5 meses de evolução, e nos últimos 15 dias com aparecimento "de novo" dispneia de esforço e edemas dos membros inferiores. Referia ainda episódios de dejeções diarreicas no último mês. Ao exame objectivo apresentava razoável estado geral, mucosas descoradas e edemas periféricos simétricos. A auscultação pulmonar revelou diminuição dos sons respiratórios na metade inferior do hemitórax esquerdo. O estudo analítico demonstrou anemia normocítica, normocrómica, sem leucocitose e PCR elevada. A telerradiografia do tórax mostrou hipotransparência homogénea na metade inferior do hemitórax esquerdo, sugestivo de derrame pleural. Efetuada toracocentese que evidenciou presença de líquido sero-hemático, com características de exsudado e predomínio de mononucleares. O valor da ADA, exame microbiológico e citologia foram negativos. O exame anátomo-patológico da biópsia pleural revelou envolvimento por substância amilóide, detectado pela coloração com a técnica de vermelho de Congo, com expressão de proteína de tipo amiloide A. A pesquisa de microrganismos foi negativa. Da investigação efetuada para o despiste de causas secundárias, foi excluída entre outras causas, a recidiva neoplásica. Dadas as queixas gastrointestinais e anemia crónica foram efetuados estudos endoscópicos bidirecionais. A coloscopia revelou mucosa cólica com lesões ulceradas pleomórficas profundas intercaladas com áreas poupadas, desde o cego até ao colon transverso. As biópsias cólicas revelaram exsudado fibrino-leucocitário, sem granulomas, e estudo microbiológico foi negativo. No conjunto das alterações endoscópicas observada na colonoscopia e positividade para anticorpos contra *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) foi assumido o diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal Inespecífica. A doente iniciou tratamento com messalazina e corticoterapia sistémica, com estabilização do derrame pleural.

**Conclusão:** Os autores descrevem este caso pela sua raridade e para ilustrar que a pesquisa de substância amilóide na pleura foi determinante para o diagnóstico.

PE 058

### LESÃO PSEUDOTUMORAL OU TUMOR FIBROSO PLEURAL, EIS A QUESTÃO

M Baptista, J Barata, R Silva, MJ Valente, E Magalhães, I Vicente, MS Valente

Serviço de Pneumologia - Centro Hospitalar Cova da Beira

Palavras-chave: tumor fibroso pleural, lesão pseudotumoral, derrame enquistado

**Introdução:** O tumor fibroso solitário da pleura é um tumor raro de células fusiformes de origem mesenquimatosa. É assintomático em metade dos casos e os achados imagiológicos são inespecíficos, por isso o diagnóstico definitivo depende do estudo histológico e imunohistoquímico após ressecção cirúrgica. Estes tumores são maioritariamente benignos, mas as recidivas são frequentes e podem ser tardias.

**Caso Clínico:** Mulher, 63 anos, referenciada para consulta de pneumologia pelo médico assistente por alteração em radiografia torácica de rotina. Imagem revelava opacidade lenticular justa-parietal no andar médio do campo pulmonar esquerdo (Fig.1). Doente assintomática e sem alterações relevantes ao exame objetivo.

Antecedentes pessoais de HTA, pólipos endometriais e fibroleiomioma uterino. Medicada com irbesartan/hidroclorotiazida e clozapato dipotássico. Ex-fumadora de 30 UMA desde há 12 anos. Sem exposição relevante, nomeadamente a asbestos, mas com antecedentes familiares pesados de doença oncológica: mãe com cancro do útero, irmã com cancro da mama e pai falecido por cancro do pulmão.

Analiticamente sem alterações, incluindo hemograma e parâmetros inflamatórios. As provas de função respiratória também eram normais. Realizou TC torácico cujo relatório descrevia opacidade densa na asa superior da cisura pulmonar esquerda, com cerca de 38 mm, limites bem definidos e regulares e pouca captação de contraste, tendo assim as características de lesão pseudotumoral condicionada por derrame enquistado (Fig.2).

Na revisão do processo clínico, radiografia torácica antiga evidenciava opacidade na mesma localização mas de menores dimensões e não existia qualquer evidência de derrame pleural livre. Perante estes dados prosseguiu-se o estudo da lesão, que culminou com proposta para ressecção cirúrgica.

Biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC revelou apenas parênquima pulmonar normal. PET-TC mostrou hiper captação de F-18-FDG localizada em volumosa área de densificação junto à cisura oblíqua do pulmão esquerdo, com aspeto mais sugestivo de etiologia maligna.

Realizada ressecção cirúrgica em cunha de massa fibrosa na aparente dependência da pleura visceral do lobo superior esquerdo. A análise histológica revelou células fusiformes com pleomorfismo brando, áreas hiper e hipocelulares, necrose em 30% do tumor e apenas 1 figura de mitose /10 CGA. Na análise imunohistoquímica, células positivas para vimentina, CD34 e recetores de progesterona, mas negativas para pS100, HHF35, alfa-actina do músculo liso, CD68, CD31 e ALK. Diagnóstico final de tumor fibroso da cisura do pulmão esquerdo. A doente continua assintomática e deverá manter *follow-up* semestral durante 2 anos, passando depois a controlo anual.

**Conclusão:** Neste caso clínico o relatório do TC apontava para uma lesão pseudotumoral condicionada por derrame intercostural, mas o crescimento da lesão e a ausência de derrame pleural livre levantaram a suspeita clínica de lesão tumoral.

A ressecção cirúrgica completa é o tratamento recomendado para o tumor fibroso, mas o seguimento a longo prazo deve ser mantido devido ao risco de recidiva. As características macroscópicas, microscópicas e imunohistoquímicas do tumor ajudam a estimar o risco de malignidade e recidiva, e assim ajustar o esquema de *follow-up*.

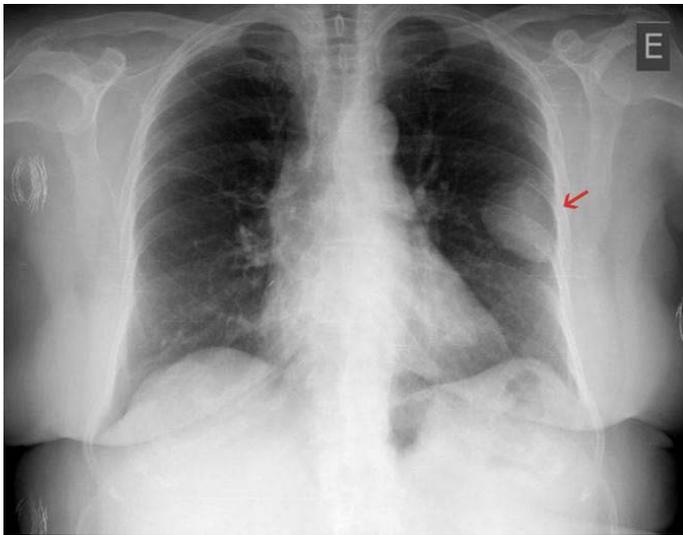


Figura 1

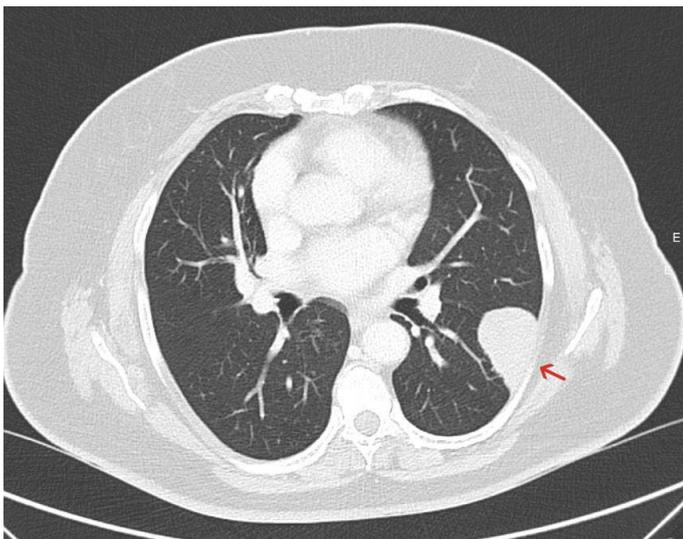


Figura 2

PE 059

### INSTILAÇÃO INTRAPLEURAL DE FIBRINOLÍTICOS E DNASE EM INFECCÕES PLEURAIIS - UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA? - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

NC Pereira, I Sucena, D Coutinho, C Ribeiro, M Vanzeller, T Shiang  
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: infecções pleurais; DNase, alteplase

A incidência de infecções pleurais tem apresentado um significativo aumento nos últimos anos, estando estas associadas a um grau considerável de morbidade, mortalidade e custos em saúde. A taxa de mortalidade nestas infecções estima-se em 10-20% e cerca de 30% dos doentes que iniciam a terapêutica convencional necessitarão de abordagem cirúrgica *à posteriori*. A evidência recente aponta que a instilação intrapleural combinada de fibrinolíticos e DNase melhora a drenagem pleural associada a redução dos tempos de internamento e necessidade de encaminhamento para tratamento cirúrgico.

Os autores apresentam dois casos de uso de fibrinolíticos/DNase intrapleural em infecções pleurais. O primeiro caso refere-se a um doente de 65 anos, autónomo e fumador (50UMA). Antecedentes de tuberculose pulmonar e bronquiectasias. Internado com o diagnóstico de sépsis grave com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Iniciou empiricamente amoxicilina/clavulunato e azitromicina. Ao 4º dia de internamento, por agravamento clínico e imagiológico, com derrame pleural ipsilateral de novo, alargou-se a cobertura antibiótica (piperacilina/tazobactam e vancomicina) e abordou-se o derrame pleural por toracocentese - características empiemáticas. Foi colocado dreno torácico Jolly nº18. O doente manteve febre sustentada e agravamento analítico, tornando-se o derrame de menor volume mas multiloculado. Dia 18 de internamento foi alterada antibioterapia para imipenem, clindamicina e linezolid e iniciou-se o protocolo de instilação intrapleural combinada de fibrinolítico e DNase - alteplase 10mg bid e dornase-alfa 5mg bid durante 3 dias consecutivos. Desde então, o doente apresentou melhoria clínica e imagiológica evidentes, tendo retirado o dreno torácico 5 dias após a instilação. Orientado à data de alta para programa de reabilitação respiratória.

No segundo caso apresenta-se um doente de 63 anos, autónomo, ex-fumador (40UMA) e com DPOC. Internado em contexto de PAC associada a derrame pleural empiemático. Colocado dreno torácico Jolly nº18 e iniciado ceftriaxone e azitromicina. Ao longo do internamento, doente apresentou agravamento clínico e analítico associado a persistência de derrame pleural. O TC torácico apresentava derrame pleural de aspecto loculado com espessamento e hiperrealce dos folhetos pleurais. Em dia 10 de internamento foi alterada antibioterapia para piperacilina/tazobactam e clindamicina e iniciado protocolo de instilação intrapleural combinada de fibrinolítico e DNase - alteplase 10mg bid e dornase-alfa 5mg bid durante 3 dias consecutivos. De referir que o doente apresentou queixas algicas após instilação, controladas com analgesia. Desde então verificou-se melhoria clínica progressiva, com apirexia sustentada e correcção da hipoxemia, registando-se apenas obliteração do ângulo costofrénico esquerdo. O dreno foi retirado 5 dias após a instilação intrapleural. O doente teve alta e prosseguiu programa de reabilitação respiratória em ambulatório. Com a crescente incidência de infecções pleurais e optimização de técnicas cirúrgicas, houve uma proporção crescente de doentes referenciados para abordagem cirúrgica. Estes dois casos apresentam uma abordagem mais conservadora (instilação de fibrinolítico/DNase), com ganhos em tempos de internamento e evicção cirúrgica. Procura-se enfatizar o seu papel em doentes com falência ao tratamento médico conservador e em que o tratamento cirúrgico não se perspetive como uma opção.



PE 060

## RECORRÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR: ESTUDO RETROSPETIVO DE 10 ANOS EM UM CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO

PI Pedro, A Freire, C Barroso

Hospital Garcia de Orta, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Almada

Palavras-chave: recidiva, tuberculose pulmonar

Atualmente, Portugal é considerado um país com incidência baixa-intermédia de tuberculose (TB), encontrando-se a maioria dos casos concentrados nos distritos do Porto, Lisboa e Setúbal. A taxa de recidiva ou de recorrência de TB demonstra a eficácia da estratégia de controlo da doença e do tratamento a longo prazo, e reflete a incidência da doença na comunidade e a sua capacidade imunitária. A recidiva pode ocorrer por reativação endógena ou reinfeção exógena. De acordo com estudos anteriores, a taxa de recidiva de TB em locais com incidência baixa-intermédia varia entre 1,2-7,0%.

O objetivo deste estudo retrospectivo observacional foi estimar a taxa de recidiva de TB pulmonar nos doentes seguidos no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Almada, e caracterizar essa população. O CDP abrange os residentes dos conselhos de Almada e Seixal, pertencentes ao distrito de Setúbal.

Os doentes incluídos no estudo apresentaram um episódio TB pulmonar confirmada, entre 1 de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2016, que correspondesse a recidiva/recorrência da doença, ou seja, teria que apresentar pelo menos outro episódio de TB pulmonar confirmada anteriormente e para o qual tivessem realizado tratamento completo.

Durante o período do estudo, registaram-se 770 notificações de TB pulmonar no Sistema de Vigilância Intrínseco da Tuberculose (SVIG-TB) no CDP de Almada, dos quais 248 correspondiam a casos de doença confirmada. Destes, seis casos representavam recidiva da doença (2,4%).

A idade média dos doentes na data do diagnóstico do episódio de recidiva era de  $40,8 \pm 3,7$  anos, e 5 eram do sexo masculino (83,3%). Três doentes eram emigrantes provenientes de países africanos; 3 encontravam-se desempregados; e 2 eram ex-presidiários. Cinco referiam hábitos toxifílicos (ativos/no passado); e 2 mencionavam hábitos alcoólicos (ativos/no passado). Três doentes eram VIH-1 positivos.

Os episódios de recidiva ocorreram entre os 23-113 meses (mediana 37,5 meses) após o final da terapêutica do 1º episódio de doença. Observou-se um caso de tuberculose multirresistente (TBMR) e outro de monoresistência à isoniazida no episódio de recorrência da doença, sendo as estirpes dos restantes doentes sensíveis aos fármacos de 1ª linha.

Em conclusão, verificou-se uma reduzida taxa de recidiva/recorrência de TB pulmonar no nosso estudo (2,4%). Os autores consideram que a aplicação consistente de um programa de controlo da doença no CDP, que incluía a realização de terapêutica através da toma observada diretamente, poderá contribuir para os bons resultados verificados.

Apenas um doente recidivou durante os primeiros 2 anos de seguimento recomendados após término da terapêutica, contrariando a maioria dos estudos que apresentam uma maior taxa de recidiva durante esse período.

Observou-se somente um caso de TBMR no 2º episódio de doença, o que é consistente com o facto de se encontrar demonstrado que a recidiva se apresenta mais frequentemente como TB suscetível aos fármacos de 1ª linha.

A genotipagem da estirpe micobacteriana esclareceria qual a proporção de casos atribuíveis à reativação da doença ou à reinfeção.

PE 061

## TUBERCULOSE - RETRATAMENTOS ENTRE 2000 E 2015 NO CDP SANTARÉM

MC Cafede, G Henriques, JM Carvalho

Centro de Diagnóstico Pneumológico de Santarém

Palavras-chave: tuberculose, recaída, retratamento

A tuberculose é uma doença curável e controlável, mas sabemos que alguns factores conduzem a recaídas e novos tratamentos. De forma a avaliar a nossa experiência e caracterizar a população de doentes que foram submetidos a retratamentos num período de 16 anos (2000 a 2015), efectuámos uma revisão dos processos do CDP Santarém. São efectuadas comparações com a população geral de doentes, com base no registo SVIG-TB; estes dados são apresentados entre parêntesis rectos.

De uma base de 1004 doentes com notificações por tuberculose, 940 eram casos novos (93,6%) e 64 casos eram retratamentos (6,3%). Este grupo divide-se em 50 casos (78,1%) de retratamento após anterior tratamento completo e 14 casos (21,9%) após tratamento interrompido.

O predomínio do sexo masculino 49 casos (76,6% vs 23,4%) é maior do que na população geral de doentes [66,8% vs 33,2%]. Registou-se uma média de idade de 53 anos [48], mínima 28 e máxima 95.

As formas pulmonares são predominantes em 68,8% [62,3%], com 39,1% [43,3%] de extrapulmonares (isoladas ou não). A proporção de casos com confirmação nas formas pulmonares foi de 72,7% [70,6%] em exame directo e 70,5% [66,3%] em exame cultural.

Os casos de multirresistência aos antibióticos de 1ª linha surgiram predominantemente nos retratamentos: 7 casos (22,6% dos testados) [10 (2,7% dos testados)]. As resistências isoladas a um antibiótico surgiram em 2 casos (6,5% dos testados) [33 (8,8% dos testados)].

Quanto a patologias associadas, a SIDA surge em 23 casos (35,9%), com uma diferença significativa para o total de doentes [13%], bem como a toxicod dependência - 20 casos (31,3%) [15%]; a diabetes surge em 7 casos (10,9%) [8,7%], a insuficiência renal num caso (1,6%) [1,4%].

Outros factores de risco relatados são o alcoolismo 13 casos (20,3%) [11,2%], a reclusão 3 casos (4,7%) [3,7%], sem-abrigo 2 casos (3,1%) [1,1%], em residência comunitária 9 casos (14,1%) [6,4%] e a imigração com 11 casos (17,2%) [11,1%].

O tempo decorrido entre a doença anterior e a actual, entre 1 e 53 anos, com uma média de 17 e mediana de 13 anos.

Os resultados do tratamento foram de 78,1% de sucesso [90,1%], com 10 falecidos (15,6%) [7,9%], 3 abandonos (4,7%) [1,1%] e 1 transferido (1,6%) [0,9%].

**Conclusões:** a existência de alguns factores de risco está correlacionada com uma maior incidência de retratamentos por tuberculose, destacando-se a toxicod dependência, a SIDA e o alcoolismo.



PE 062

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TUBERCULOSE LATENTE - PARADIGMA EM MUDANÇA

MC Morais, LMCA Almeida, SL Santos, J Cunha, C Silva, E Coutinho

Laboratório do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) do Porto, ACeS Porto Ocidental, ARS Norte.

Palavras-chave: tuberculose latente, interferão gama (IFN- $\gamma$ ), *Mycobacterium tuberculosis*, IGRA

**Introdução:** A infeção por tuberculose latente (TL) é definida como condição imunológica persistente em resposta ao estímulo de antígenos do *Mycobacterium tuberculosis* (*Mycobacterium tuberculosis* (Mtb), sem evidência de tuberculose (TB) ativa [1].

Em 2014, estimou-se que aproximadamente 1.7 bilhões de pessoas, cerca de um quarto da população mundial estava infetada com tuberculose na forma latente, e consequentemente em risco de desenvolver tuberculose ativa [1, 2].

Em países com baixa incidência de TB é recomendada a monitorização da TL em indivíduos que apresentem risco elevado de desenvolver TB ativa [3]. A identificação e tratamento dos casos de TL é considerada fundamental para a erradicação da tuberculose até 2050, um dos objetivos estabelecido pela OMS [2, 4]. Na última década, foram introduzidos testes com base na estimulação de produção de interferão gama (IFN- $\gamma$ ) - interferon gama release assays (IGRAs). Os testes IGRA detetam a presença de IFN- $\gamma$  quando em contacto com antígenos (ESAT-6, CFP-10) específicos do *Mtb*, em amostras de sangue obtidas em indivíduos portadores de TL [1, 2].

**Objectivos:** i) Avaliar a evolução do diagnóstico laboratorial da TL pelo método IGRA no nosso laboratório; ii) Avaliar os resultados do QuantiFERON-TB Gold Plus (QFT-Plus, QIAGEN GmbH), entre Julho de 2016 e Junho de 2017 e a respetiva incidência nos diferentes grupos etários e de vulnerabilidade.

**Metodologia:** Avaliamos a evolução do diagnóstico pela metodologia do IGRA, calculando o total de testes IGRA/ano e a média de testes/mês entre junho de 2008 e Junho de 2017. Entre Julho de 2016 e Junho de 2017, 7665 amostras de sangue (57.9% (n=4438) de indivíduos do sexo feminino e 42.1% (n=3227) de indivíduos do sexo masculino) foram testadas com o KIT QFT-Plus. Os resultados são relatados como, negativos (neg), positivos (pos) e indeterminados (ind).

Usamos o quociente de correlação de Pearson para validar as diferenças nas frequências dos resultados dos testes "QFT-Plus". Foram considerados estatisticamente significativos os valores  $<0.05$ .

**Resultados:** Observamos um acréscimo exponencial de testes IGRA/ano, efetuados entre 2008 e 2016, respetivamente 320 e 6026 testes. No primeiro semestre de 2017, analisamos 4060 amostras com uma média de 763 testes IGRA /mês.

Em 7665 amostras testadas com o Kit "QFT-Plus" observamos que 76.6% (n=5872) apresentaram resultado negativo, 21.9% (n=1681) e 1.5% (n=112) resultado positivo e resultado indeterminado, respetivamente.

Os resultados dos cinco grupos de vulnerabilidade são: imuno-depressão (n=2157, neg=78.4%, pos=18.3%, ind=3.3%); rastreio (n=4425, neg=75.2%, pos=24.0%, ind=0.8%); toxicod dependência (n=25, neg=56.0%, pos=44.0%, ind=0.0%); profissionais de saúde (n=945, neg=81.5%, pos=17.8%, ind=0.7%), outros grupos de risco (n=113, neg=60.2%, pos=38.9%, ind=0.0%) [ $p<0.001$ ].

Observamos uma distribuição de idades entre os 6 meses e os 98 anos (y) (média=41.8y; mediana=42y). Os resultados dos diferentes grupos etários são: 0-9y (n=492, neg=88.4%, pos=10.0%, ind=1.6%); 10-18y (n=409, neg=78.5%, pos=20.8%; ind=0.7%); 19-29y (n=1126, neg=80.5%, pos=18.6%, ind=1.0%); 30-69y (n=5096, neg=75.3%, pos=23.5%, ind=1.2%);  $\geq 70y$  (n=542, neg=68.6%, pos=25.8%, ind=5.5%) ( $< 0.001$ ).

**Discussão:** Rastreio é a informação clínica mais prevalente entre os grupos etários mais novos ( $\leq 29y$ ), tendo-se observado que nos grupos etários mais velhos ( $>30y$ ) imunossupressão é a informação clínica mais prevalente, embora o número de rastreios também seja elevado.

Apesar de neste estudo as amostras serem originárias de uma população de elevado risco de TL, introduzindo viés nos resultados, foram identificados apenas 21.9% de casos positivos de TL.

### Bibliografia:

<sup>1</sup>WHO, Guidelines on the management of LTBI, 2015.

<sup>2</sup>Houben, R.M.G.J., PLoS Med, 2016. **13**(10).

<sup>3</sup>WHO, The END TB Strategy, 2014.

<sup>4</sup>WHO, TB report 2016 - Executive Summary, 2017.



PE 063

### TUBERCULOSE PULMONAR (TP) NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA - CASUÍSTICA DE 5 ANOS

M Barata, T Martín, R Gomes, H Grumete, J Duarte  
Hospital Garcia de Orta

Palavras-chave: Tuberculose, Apresentação clínica, Resistências

**Introdução:** A incidência de tuberculose (TB) em Portugal tem vindo a decrescer consistentemente nos últimos anos, apesar de ainda ser significativa nos distritos do Porto, Lisboa e Setúbal. O rápido diagnóstico e tratamento efectivo dos novos casos diagnosticados constituem a essência do controlo da doença. O objectivo deste trabalho é caracterizar os doentes internados na enfermaria de Pneumologia com TP no Hospital Garcia de Orta (HGO).

**Métodos:** Estudo observacional, descritivo, retrospectivo com os doentes internados na enfermaria de Pneumologia durante 5 anos (2012-2016). Foram seleccionados os doentes que tiveram alta nesse período com os diagnósticos de acordo com o ICD - 9 de TP, registos clínicos disponíveis e isolamento do Mycobacterium tuberculosis (MT) em exame cultural. As variáveis analisadas incluíram variáveis demográficas, apresentação clínica, Presença de tuberculose extrapulmonar (TBEP), Factores de risco para TB multirresistente (MR), Teste de susceptibilidade aos antibióticos (TSA), duração de internamento e mortalidade.

**Resultados:** No período estudado foram internados 50 (n) doentes, 41 (82%) homens e 9 mulheres (18%), com idade média de 49 ± 17 anos. 36 doentes (72%) eram fumadores activos. Clinicamente a apresentação mais frequente foi a tosse produtiva (84%), seguida da perda ponderal (78%), da astenia (60%), da sudorese nocturna (36%) e febre (36%). 35 (75%) doentes apresentavam achados radiológicos compatíveis com cavitações. 11 doentes apresentavam concomitantemente (TBEP): 2 com atelectasia pleural e intestinal, 5 doentes com atelectasia pleural, 1 intestinal, 1 cutâneo, 1 ósseo e 1 meníngeo. Na avaliação dos factores de risco para TB MR, 9 doentes eram imigrantes de países de elevada prevalência de TB MR, 5 tinham história prévia de TB submetida a tratamento, 5 eram toxicodependentes e 4 doentes tiveram contacto com TB MR. Todos os doentes eram VIH negativos. O TSA destacou 5 doentes com monorresistência, 7 doentes polirresistentes e 1 doente multirresistente. A mediana da duração de internamento foi de 43 (22 - 65) dias. 5 (10%) dos doentes morreram durante o internamento.

**Conclusão:** A grande maioria dos doentes internados com TP é do sexo masculino, devendo-se ter alto grau de suspeição de TP em doentes com sintomas como a tosse produtiva, perda ponderal e astenia, associados à presença de cavitações. 11 doentes apresentavam TBEP, com maior destaque para a TB pleural, apesar de todos os doentes serem VIH negativos. A presença de resistências alerta para a importância da realização de TSA ou outros testes de resistências.

PE 064

### TUBERCULOSE MAMÁRIA - UMA APRESENTAÇÃO EXTRAPULMONAR RARA

M Barata, A Castro, MC Gomes  
Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches

Palavras-chave: Tuberculose extrapulmonar, Mama, Efeitos secundários

**Introdução:** A tuberculose (TB) mamária é uma apresentação rara de localização extrapulmonar, com uma incidência inferior a 0.1 % dentro das patologias mamárias nos países desenvolvidos. Associa-se geralmente a mulheres em idade fértil, multiparas em período de amamentação. O diagnóstico diferencial é geralmente feito com a neoplasia da mama e abscesso piogénico mamário.

**Caso clínico:** Mulher de 84 anos, portuguesa, reformada de actividade agrícola.

Recorreu ao SU por quadro com dois meses de evolução de mastalgia e expectoração matinal escassa. Negava antecedentes pessoais e familiares de TB ou viagens recentes para países com elevada incidência de TB. Ao exame objectivo destacava-se um abscesso mamário, que foi drenado. A análise microbiológica do pús revelou a presença de BAAR no exame directo com confirmação de Mycobacterium tuberculosis (MT) no teste de amplificação dos ácidos nucleicos. O teste molecular de resistência mostrou ausências de mutações inhA, katG e rpoB. No exame cultural micobacteriológico foi isolado MT cujo teste de sensibilidade aos antibióticos mostrou ausência de resistência aos antibióticos de primeira linha.

A fim de excluir envolvimento pulmonar, realizou exame de expectoração cujo resultado directo e cultural foi negativo e TC tórax que destacou a presença de pequena adenomegalia subcarinal, gânglios infracentimétricos mediastínicos e alterações residuais no LSD. Iniciou terapêutica combinada com HRZE, sob toma observada directamente.

Uma semana após início de terapêutica referiu quadro de exantema pruriginoso, generalizado, sem melhoria com associação de anti-histamínico, que exigiu a suspensão da terapêutica antibiótica, com lenta mas progressiva melhoria do quadro. Iniciou dessensibilização aos antibióticos, com tolerância da reintrodução gradual dos 4 antibióticos, sem reacções adversas. Actualmente encontra-se na fase inicial de terapêutica com HRZE.

**Conclusão:** Este caso põe em evidência uma apresentação rara de TB extrapulmonar e a mudança de paradigma na faixa etária da TB. Por outro lado, realça também a importância do reconhecimento e manejo dos efeitos secundários da terapêutica antibiótica.



PE 065

## OTITE MÉDIA TUBERCULOSA: O RELEMBRAR DE UMA IMPORTANTE LIÇÃO CLÍNICA

ME Brandão<sup>1</sup>, D Machado<sup>2</sup>, MA Galego<sup>3</sup>, F Calvário<sup>4</sup>, C Nogueira<sup>2,4</sup>, I Ladeira<sup>2,4</sup>, R Duarte<sup>2,4</sup>, A Carvalho<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE; <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia do Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos, EPE; <sup>4</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar; Mycobacterium tuberculosis; Otite média

**Introdução:** A tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas mais ancestrais a afetar o ser humano e representa ainda desafios consideráveis para os clínicos, dado o seu amplo espectro de manifestações. Na abordagem da TB pulmonar, o pneumologista deve estar atento a manifestações sistémicas que podem representar formas raras de doença extrapulmonar. Os autores apresentam um caso de TB com envolvimento pulmonar e do ouvido médio num homem aparentemente saudável, com o objetivo de enaltecer as características clínicas da otite média tuberculosa (OMT) e os seus principais desafios diagnósticos.

**Caso Clínico:** Homem de 40 anos, sem antecedentes médicos de relevo, admitido no Serviço de Urgência (SU) por tosse produtiva, febre intermitente de baixo grau, anorexia e emagrecimento. Após observação, foi diagnosticada Pneumonia Adquirida na Comunidade e instituída antibioterapia empírica. Dois meses depois, o doente recorre novamente ao SU por persistência das queixas respiratórias. Referia também um quadro com 11 meses de evolução de otorreia direita acompanhada por otalgia, zumbido e perda auditiva progressiva, sem resposta a múltiplos cursos de antibioterapia para otite média crónica. No exame otoscópico do ouvido direito observava-se exsudado purulento no canal auditivo externo, com membrana timpânica preservada. Na auscultação pulmonar destacava-se a presença de crepitações audíveis em ambos os lobos superiores e lobo médio direito. Analiticamente com anemia, subida da proteína C-reativa e serologia VIH negativa. A radiografia torácica revelava múltiplas opacidades bilaterais mal definidas com áreas de cavitação nos lobos superiores. No exame micobacteriológico direto de três amostras de expetoração foram encontrados bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) com Teste Polymerase Chain Reaction (PCR) positivo para DNA de Mycobacterium tuberculosis (MT). O exame cultural das respetivas amostras isolou MT. Uma amostra de exsudado auditivo corada com *Ziehl-Neelsen* mostrou também BAAR e a PCR positiva para MT confirmou o diagnóstico de TB disseminada. O doente iniciou o esquema de quatro-fármacos antibacilares de primeira-linha com melhoria clínica e radiológica significativa na reavaliação aos dois meses de tratamento.

**Discussão:** O envolvimento do ouvido médio pela TB representa menos de 1% dos casos de TB extrapulmonar e a maioria dos clínicos não está familiarizado com o diagnóstico. O caso clínico exposto fornece dois importantes pontos de aprendizagem. Em primeiro lugar, este caso exemplifica a forma como a OMT pode simular a otite média não-tuberculosa e passar despercebida ao olho clínico por longos períodos. A presença de sintomas respiratórios e constitucionais alertou para o diagnóstico. A obtenção de confirmação microbiológica pode ser difícil devido à escassa quantidade de bacilos presentes nas amostras de secreções auditivas, sendo muitas vezes necessárias múltiplas culturas ou

biópsia cirúrgica. Assim, uma história clínica detalhada e um elevado índice de suspeita são fundamentais para o diagnóstico de OMT. Este caso destaca também a importância de excluir o envolvimento pulmonar em todos os doentes com OMT. A radiografia torácica e a colheita de expetoração para baciloscopia e exame cultural devem realizadas por rotina a todos os doentes, podendo revelar doença pulmonar avançada mesmo na ausência de sintomas respiratórios.



PE 066

## EMBOLIA GASOSA CEREBRAL - RELATO DE UM CASO CLÍNICO

D Maia, A Teixeira, R Coelho, L Amado, J Cardoso

Serviço de Pneumologia e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Palavras-chave: Embolia gasosa, cateter venoso central, medicina hiperbárica.

**Introdução:** A embolia gasosa cerebral, apesar de pouco descrita na literatura, é uma complicação reconhecida de vários procedimentos médicos, incluindo a cateterização venosa central. As sequelas podem ser muito significativas e uma revisão recente descreve mortalidade associada de 20%.

**Caso clínico:** Descrevemos o caso de uma doente do sexo feminino, de 74 anos, doméstica, autónoma nas actividades de vida diária e com antecedentes de tabagismo. Sem seguimento médico regular ou medicação habitual. Transferida para o serviço de pneumologia (SP) proveniente de unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) após admissão no contexto de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico com hemiparesia esquerda, para investigação de insuficiência respiratória previamente não conhecida. No internamento desenvolveu pneumonia nosocomial com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e transferência para UCIP. Após recuperação deste episódio foi novamente transferida para o SP, mantendo o estado neurológico prévio e insuficiência respiratória sob oxigenioterapia. Durante o internamento desenvolveu quadro súbito de depressão do estado de consciência com dessaturação grave. À observação apresentava-se não reactiva, com pontuação total de 3 na escala de coma de Glasgow mas hemodinamicamente estável. O electrocardiograma não mostrou sinais de isquémia. Realizou TC-CE urgente que revelou embolia gasosa, tendo-se admitido como ponto de partida o cateter venoso central (CVC) jugular direito. No entanto, o ecocardiograma transtorácico excluiu shunt direito-esquerdo. Foi submetida a VMI com hiperóxia e retirado o CVC, tendo indicação para tratamento em câmara hiperbárica. O tratamento (tabela 6USN) foi iniciado cerca de 7 horas após o início dos sintomas e decorreu sem intercorrências. Após desmame ventilatório e extubação verificou-se preservação do estado cognitivo e hemiplegia esquerda. Do ponto de vista respiratório, não apresentou condições para realização de estudo funcional respiratório e foi prescrita oxigenioterapia de longa duração. Teve alta com manutenção de programa de reabilitação motora intensivo.

**Discussão/conclusão:** Com este caso, os autores pretendem alertar para esta complicação rara que pode mimetizar AVC mas onde frequentemente predomina o comprometimento do estado de consciência. Neste caso não foi inequívoca a relação entre manipulação do CVC e a embolia cerebral, como habitualmente descrito na literatura. Pretende-se ainda enfatizar a necessidade de retirada precoce do CVC e o máximo cuidado na sua manipulação. A terapêutica em câmara hiperbárica está indicada quando a situação clínica é grave e medidas conservadoras como o posicionamento do doente, aspiração do CVC e sua remoção e a administração de oxigenioterapia de alto débito são insuficientes.

PE 067

## O SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS: ESTUDO DESCRITIVO DOS DOENTES INTERNADOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

B Amann, E Fragoso, I Claro, C Martins, C Lopes, P Azevedo, C Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Ventilação Mecânica Invasiva; Paralisia Aguda não traumática; Guillain-Barré

**Introdução:** O Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é a principal causa de paralisia aguda não traumática nos países industrializados. As alterações maior incluem a tetraparésia ascendente, com disfunção bulbar evoluindo para falência respiratória requerendo ventilação mecânica invasiva (VMI). O prognóstico é determinado por fatores como o reconhecimento precoce da situação e a adequada instituição de terapêutica.

**Objetivo:** Descrever as características clínicas e os resultados dos doentes com SGB internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR).

**Método:** Estudo retrospectivo dos doentes internados na UCIR com SGB nos últimos 5 anos. Analisámos os dados demográficos, APACHE II, meses do ano na admissão, apresentação clínica, tipo de SGB, tratamento instituído, dias de internamento em cuidados intensivos, dias de VMI, complicações e resultados.

**Resultados:** cinco doentes foram incluídos (sexo masculino: 60%). Idade média 56 anos. APACHE II médio: 11. A causa do SGB foi pós infeção em dois casos, pós vacinação anti influenza num caso e não esclarecida nos restantes doentes. O eletromiograma identificou dois casos como doença desmielinizante e dois como doença axonal. Todos os doentes foram submetidos a imunoglobulina endovenosa cerca de 4 dias após os primeiros sintomas, assim como reabilitação intensiva. Os doentes estiveram sob VMI cerca de 6 dias após os primeiros sintomas (duração média de 23 dias). Um doente foi submetido a traqueostomia. Um doente faleceu (não foram encontradas características diferenciadoras em comparação com outros casos).

**Conclusão:** Este estudo realça a importância do diagnóstico precoce e da adequada referenciação aos cuidados intensivos no sentido da melhor abordagem da insuficiência respiratória diminuído o risco de complicações. A administração de imunoglobulina endovenosa combinada com a reabilitação intensiva são aspetos determinantes na redução do período de VMI, na redução do tempo médio de internamento em cuidados intensivos, na redução da morbilidade e mortalidade nos doentes com SGB.



PE 068

## PNEUMOMEDIASTINO EM DOENTE SOB OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

R Silva, J Barata, M Batista, E Melo, A Albuquerque  
Serviço Pneumologia- CHCB; UCIP- CHTV

Palavras-chave: alto fluxo, pneumomediastino, enfisema subcutâneo

A oxigenoterapia de alto fluxo, que consiste no fornecimento de oxigénio humidificado ao doente através de uma cânula nasal que pode chegar aos 60 litros/minuto, reduz o espaço morto, tem um efeito PEEP, fornece ao doente uma fração constante de oxigénio e humidifica as vias aéreas. A sua utilização tem sido cada vez mais frequente principalmente como suporte ventilatório no doente crítico. As indicações são: insuficiência respiratória hipoxémica, pós-extubação, pré-intubação, exacerbação de DPOC, doentes sem indicação para intubação, edema agudo do pulmão e apneia do sono.

A oxigenoterapia de alto fluxo foi introduzida no início dos anos 90 e permitiu a humidificação dos gases assim como os altos fluxos o que antes não era possível, melhorando o conforto do doente.

As complicações resultantes desta terapia são muito raras. Descrevemos assim um caso de uma doente que teve um pneumomediastino resultante da oxigenoterapia de alto fluxo.

**Caso clínico:** Mulher de 75 anos, internada no serviço de Cirurgia geral com o diagnóstico de diverticulite aguda. Realizou tratamento conservador com antibioterapia. Ao terceiro dia de internamento, a doente apresentou episódio de dessaturação súbita com insuficiência respiratória refratária à oxigenoterapia intituída. Realizou então TAC tórax onde apresentava padrão em vidro despolido de predomínio peribroncovascular, com ligeiro espessamento dos septos esboçando *crazy paving* nas bases, admitindo-se ligeira dilatação brônquica difusa. A doente iniciou ventilação não invasiva mas por não responder ao tratamento e por má adaptação à VNI acabou por iniciar oxigenoterapia de alto fluxo e corticoterapia. Por eminência de necessidade de entubação orotraqueal foi então admitida na UCIP.

Teve evolução favorável com melhoria da hipoxemia. No nono dia de internamento verificou-se que a doente apresentava um enfisema subcutâneo, realizou TAC torácica que demonstrou um pneumomediastino, tendo passado então para uma máscara de alta concentração. À alta da UCIP apresentava melhoria do quadro abdominal e estável do ponto de vista respiratório com Saturação de 94 (Fi de O<sub>2</sub> de 50%) e reabsorção quase total do pneumomediastino.

**Discussão:** Nos últimos anos assistimos a um aumento da utilização da oxigenoterapia de alto fluxo. As indicações são várias e segundo a literatura não estão descritas muitas complicações. No entanto, estudos recentes demonstraram que a oxigenoterapia de alto fluxo pode gerar pressões elevadas nas vias aéreas e esta pressão não é sustentada nem previsível. Esta elevação imprevisível na pressão das vias aéreas pode resultar em várias complicações como o pneumotórax, o pneumomediastino e o enfisema pulmonar. *Chang et al* demonstrou que os dispositivos de oxigenoterapia de alto fluxo atingem pressões na nasofaringe muito mais elevadas do que o CPAP, podendo gerar uma pressão de 120 cm de H<sub>2</sub>O. A nível das vias respiratórias inferiores demonstrou-se que a oxigenoterapia de alto fluxo pode gerar pressões até 8 cm de H<sub>2</sub>O. Esta pressão positiva, que por um lado é responsável pelos bons resultados da oxigenoterapia de alto fluxo, por outro pode causar complicações como o pneumomediastino principalmente em doentes com lesão pulmonar estrutural.

PE 069

## RESPOSTA BRONCODILATADORA EM ESPIROMETRIA DE BASE NORMAL: SERÁ MESMO NECESSÁRIA?

M Pereira, J Valença, R Staats, T Pequito, A Lutas, S Furtado  
Hospital da Luz

Palavras-chave: Provas de Função Respiratória, Broncodilatador, Espirometria

**Introdução:** A espirometria antes e após a administração de broncodilatador (BD) de curta duração é recomendada para avaliar a reversibilidade da limitação de fluxo na alteração ventilatória obstructiva. No entanto, estudos indicam que quando a espirometria basal apresenta FEV<sub>1</sub>/FVC > 0,70 existe uma baixa probabilidade de se obter uma resposta positiva ao BD.

**Objetivos:** Determinar a prevalência de respostas positivas ao broncodilatador em espirometrias basais normais e quais outros parâmetros das provas de função respiratória (PFR) com possível valor preditivo.

**Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo em que foram incluídos pacientes adultos que realizaram PFR com espirometria basal normal (de acordo com os critérios ATS/ERS de 2005) referenciados durante o ano de 2016 pelo serviço de Imunoalergologia. Os pacientes foram recolhidos de acordo com categorias: respostas positivas segundo o critério ATS/ERS, respostas parciais (aumento de FEV<sub>1</sub> ou FVC de 200ml ou 12% em relação ao basal) e uma amostra aleatório de indivíduos sem nenhuma destas respostas.

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

**Resultados:** Dos 184 adultos com espirometria normal a que foi administrado BD, 3 apresentaram resposta positiva, 33 resposta parcial e foram admitidos 28 aleatoriamente selecionados dos restantes em que se considerou não existir resposta espirométrica, significativa ou parcial, ao BD, totalizando uma amostra de 62 indivíduos. A idade média era de 36±14 anos, 37,5% eram do sexo masculino, com FEV<sub>1</sub>/FVC basal médio de 0,83±0,06.

De acordo com os critérios ATS/ERS em PFR com espirometria basal normal, verificou-se uma prevalência 4,6% na amostra (1,6% da população) de respostas positivas.

Observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o FEV<sub>1</sub>/FVC basal e os seguintes parâmetros: MEF<sub>75/25%</sub>, MEF<sub>75%</sub>, MEF<sub>50%</sub>, MEF<sub>25%</sub>, ITGV, RV, RV/TLC, R<sub>101\*</sub>, SG<sub>aw</sub>, ânguloβ, SF<sub>25%</sub> e SF<sub>50%</sub>. Todos os parâmetros avaliados apresentaram diferenças estatisticamente significativas após a administração do BD, à exceção da TLC, R<sub>101</sub> e ânguloβ.

De acordo com os critérios de resposta ao BD da ATS/ERS, observaram-se como possíveis preditores de resposta positiva os seguintes parâmetros: FEV<sub>1</sub>/FVC, %FEV<sub>1</sub>, %FVC, %PEF, %MEF<sub>75/25%</sub>, %MEF<sub>75%</sub>, %MEF<sub>50%</sub>, MEF<sub>50%</sub>/PEF, RV, %RV e RV/TLC.

Testou-se igualmente a resposta ao BD tendo em conta o critério em que se verificasse um aumento > 8% da percentagem de FEV<sub>1</sub> basal, considerar-se-ia uma resposta significativa. Neste contexto, com uma prevalência na população de 14% (37,5% da amostra), possíveis parâmetros preditores de resposta eram: FEV<sub>1</sub>/FVC, %FEV<sub>1</sub>, todos débitos instantâneos em valor absoluto e em percentagem, e %MEF<sub>75/25%</sub>, MEF<sub>75/25%</sub>, MEF<sub>50%</sub>/PEF, RV, %RV, RV/TLC, SG<sub>aw</sub> e SF<sub>25%</sub>.

**Discussão/Conclusão:** Da população em estudos, verificámos uma prevalência de 1,6% de respostas significativas de acordo com o critério da ATS/ERS (nenhum paciente com FEV<sub>1</sub> basal > 100% do previsto), o que corrobora a inadequação da administração de BD a todos os pacientes.

Conclui-se ainda que os critérios atualmente utilizados para a avaliação da resposta ao broncodilatador baseados somente na espirometria (e que também não têm em consideração os dados antropométricos) podem ser insuficientes para uma adequada avaliação à resposta ao BD.



PE 070

## O CONTRIBUTO DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA PARA O RASTREIO E CONTROLO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

P Soares, AL Pinto, AS Maximiano, M Rosa, E Paulino  
Farmácias Holon

Palavras-chave: DPOC; farmácia comunitária; intervenção farmacêutica; rastreio ; espirometria

**Introdução:** A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Em Portugal, um estudo da prevalência de DPOC estimou uma prevalência da doença de 14,2% em pessoas com 40 ou mais anos. A DPOC é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. Em 1990, a DPOC representava a sexta causa de morte a nível mundial, estimando-se que em 2030 se torne a terceira causa de morte em todo o mundo. Desta forma, cabe ao farmacêutico comunitário, em articulação com a restante equipa de saúde, assumir um papel central no desenvolvimento de atividades que visem a prevenção, identificação e controlo da DPOC, de forma a gerar impactos positivos na saúde dos utentes e diminuir os custos sociais e económicos associados a esta patologia.

**Objetivos:** 1. Descrever a implementação de estratégias para a identificação atempada de pessoas em risco de desenvolver DPOC e para o acompanhamento da pessoa com doença respiratória, num grupo de farmácias comunitárias. 2. Avaliar o impacto da implementação de um serviço integrado dirigido à pessoa com doença respiratória

**Material e Métodos:** Foram desenvolvidos materiais de apoio (manual de serviço, folhetos, questionários), disponibilizados a um grupo de 400 farmácias.

Para a identificação atempada de pessoas em risco foi adaptado e aplicado o questionário desenvolvido pela GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

O acompanhamento da pessoa com DPOC já diagnosticada é realizado em âmbito de Consulta Farmacêutica (serviço no qual o farmacêutico avalia a adesão à terapêutica, o uso correto dos medicamentos e a terapêutica inalatória, os hábitos de vida, hábitos tabágicos e comorbilidades). A informação é recolhida através de um formulário desenvolvido para o efeito.

Para além dos farmacêuticos e técnicos de farmácia, as estratégias de abordagem à pessoa com DPOC envolvem uma equipa multidisciplinar constituída também por nutricionistas e enfermeiros.

A análise dos dados recolhidos foi efetuada com recurso ao programa Excel®.

**Resultados:** De Julho de 2015 a Junho de 2017, o risco de DPOC foi avaliado em 832 utentes, dos quais 361 responderam afirmativamente a 3 ou mais questões do questionário GOLD.

Durante o mesmo período, o grau de controlo da patologia foi avaliado em 393 utentes já diagnosticados. Destes, 77,9% (n=306) apresentavam mMRC Grau>0. Dos utentes que realizaram teste de função respiratória (n=387), 29,3% (n=115) apresentaram FEV1/FVC<0,70. Foi avaliada a técnica inalatória a 200 utentes, sendo que 31,0% (n=62) apresentavam uma técnica incorreta.

De Janeiro de 2015 a Maio de 2017, foram realizados um total de 1415 testes de função respiratória em 73 farmácias.

**Conclusão:** Os farmacêuticos contribuem de forma positiva para a sensibilização da população no que concerne aos fatores de risco da doença e para a importância do diagnóstico atempado. Juntamente com outros profissionais de saúde, é possível disponibilizar, na farmácia comunitária, uma solução de saúde integrada, permitindo prestar um aconselhamento multidisciplinar à pessoa com DPOC e responder holisticamente às suas necessidades.

PE 071

### INCAPACIDADE CAUSADA POR DOENÇA RESPIRATÓRIA NO ACES LOURES - ODIVELAS

CR Silvestre<sup>1</sup>, C Martinho<sup>1</sup>, DG Lopes<sup>1</sup>, H Esteves<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Loures - Odivelas; <sup>2</sup>Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Palavras-chave: doença respiratória; incapacidade; neoplasia do pulmão; doença pulmonar obstrutiva crónica; asma

**Introdução:** As doenças respiratórias são, devido à sua elevada morbilidade e mortalidade, um relevante problema de saúde pública. As doenças respiratórias limitam os indivíduos na execução das suas atividades pessoais, sociais e laborais.

Em Portugal a doença respiratória foi, em 2015, a terceira causa de morte, sendo responsável por 11.461 anos potenciais de vida perdidos.

O objetivo deste trabalho foi determinar o número e característica das doenças respiratórias nos indivíduos a quem foi emitido um Atestado de Incapacidade Multiusos em 2016, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures - Odivelas.

**Métodos:** Efetuou-se um estudo descritivo retrospectivo de todos os processos clínicos a quem foi emitido um Atestado de Incapacidade Multiusos em 2016, no ACES Loures - Odivelas, realizados de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades.

**Resultados:** Dos 1833 indivíduos submetidos a Junta Médica, 6,7% (122) tinham patologia respiratória.

Dos indivíduos com doença respiratória, 60% do masculino e 40% eram do sexo feminino, com uma mediana de idades de 67 anos. A neoplasia do pulmão foi a patologia mais frequente (45,9%). A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) esteve presente em 23% dos indivíduos, a asma em 5,7% e os restantes apresentaram outro tipo de patologia respiratória.

Salienta-se que dos indivíduos com doença respiratória, 10% necessitavam de oxigenoterapia de longa duração.

Dos doentes com neoplasia do pulmão, 63,3% eram do sexo masculino e 35,7% do sexo feminino; dos doentes com DPOC, 75% do sexo masculino e 25% eram do sexo feminino; dos doentes com asma, 14,3% do sexo masculino e 85,7% eram do sexo feminino.

**Conclusão:** Sete em cada cem indivíduos, a quem foi emitido um Atestado de Incapacidade Multiusos em 2016 no ACES Loures - Odivelas, tinham doença respiratória, sendo a neoplasia do pulmão a patologia mais frequente.

A neoplasia do pulmão e a DPOC foram mais frequentes em indivíduos do sexo masculino, enquanto a asma foi mais frequente em indivíduos do sexo feminino.

PE 072

### ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE FUMADORES ASMÁTICOS E COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NUM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

RP Camara<sup>1</sup>, MM Batista<sup>2</sup>, D Rolo<sup>1</sup>, C Alves<sup>1</sup>, E Camacho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nossa Senhora do Rosário - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, <sup>2</sup>Hospital São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal

Palavras-chave: DPOC, asma, tabaco, Portugal, terapêutica

**Introdução:** Os doentes com asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) que fumam têm sintomas respiratórios mais graves e maior morbi e mortalidade associada. Em Portugal existem poucos dados sobre os hábitos tabágicos nestes doentes. O objetivo deste estudo é caracterizar e comparar uma população de fumadores asmáticos com uma população de fumadores com DPOC, ambos a frequentar um programa hospitalar de cessação tabágica em Portugal.

**Métodos:** Analisaram-se os registos clínicos dos doentes asmáticos e com DPOC a partir de 400 registos clínicos selecionados aleatoriamente do total de participantes num programa de cessação tabágica entre janeiro 2012 a dezembro 2016. Foram excluídos os registos incompletos. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, idade de início do tabagismo, anos de consumo, unidades maço ano (UMAs), comorbilidades, razões para fumar, principal motivação para iniciar o programa, pontuação no Teste de Fagerström (TF) e no Teste de Richmond (TR) e modalidades terapêuticas (educativa/comportamental e farmacológica).

**Resultados:** Dos 372 processos clínicos elegíveis identificaram-se 23 doentes asmáticos e 51 com DPOC. A idade média dos asmáticos foi 48,1 anos (mínimo 18, máximo 77) e dos com DPOC foi 55,9 anos (mínimo 30, máximo 77). A idade média para o consumo inicial nos asmáticos foi 19,4 anos (mínimo 11, máximo 43) e nos com DPOC foi 21 anos (mínimo 10, máximo 45). A média de anos de consumo e de UMA foi superior para os com DPOC (34,9 anos e 38,7 UMA) versus os asmáticos (28,7 anos e 31,8 UMA). As principais comorbilidades relatadas foram dislipidemia (47,8% nos asmáticos, 45,1% nos DPOC) e HTA (43% nos asmáticos, 47% nos DPOC). 15,7% dos DPOC eram também asmáticos. 21,6% dos DPOC e 13% dos asmáticos tinham antecedentes de síndrome depressivo. 2% dos fumadores com DPOC e 2% do total de doentes sem DPOC tinham diagnóstico de neoplasia do pulmão. As principais razões para iniciar o programa foram pessoais (86,9% nos asmáticos e 70,6% nos DPOC), seguidas pelo aconselhamento médico (52% nos asmáticos e 74,5% nos DPOC) e insistência familiar (13% nos asmáticos e 33,3% nos DPOC). O resultado médio no TF foi de 6 para os DPOC e 5,9 para os asmáticos (mínimo 0 e máximo 10) e no TR foi de 6,9 para os DPOC e 7,5 para os asmáticos (mínimo 3, máximo 10). Todos os pacientes tiveram aconselhamento educativo/comportamental, 87% dos asmáticos e 96% dos DPOC iniciaram também terapêutica farmacológica.

**Conclusões:** Ambos os grupos apresentaram idades precoces de início de consumo, contudo os DPOC apresentaram uma carga tabágica superior aos asmáticos. As principais comorbilidades relatadas foram dislipidemia e HTA e o síndrome depressivo assumiu maior importância na DPOC. A neoplasia do pulmão apresentou uma prevalência sobreponível nos doentes DPOC e no total dos não DPOC ao contrário do que seria de esperar, o que pode estar relacionado com o subdiagnóstico desta patologia mesmo no que toca a grupos de risco. O grau de dependência foi semelhante, contudo os asmáticos mostraram-se mais motivados para a cessação. Na abordagem terapêutica verificou-se maior prescrição farmacológica nos DPOC.



PE 073

### CORTICOTERAPIA PROLONGADA E ASPERGILOSE PULMONAR

MF Guia, C Alves, C Longo, JP Boléo-Tomé, F Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE

Palavras-chave: Aspergilose, corticoterapia

Doente de 54 anos, sexo feminino, raça negra, natural de Cabo Verde, residente em Portugal há 41 anos, vendedora de peixe reformada. Antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar 3 anos antes, da qual resultaram lesões imagiológicas sequelares (seguimento em Centro de Diagnóstico Pneumológico, tendo cumprido terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol), psoríase (diagnosticada 2 anos antes) e hipertensão arterial. Habitualmente medicada com valsartan/hidroclorotiazida e amlodipina, tendo feito um ano antes terapêutica com prednisolona 20mg por dia durante cerca de 3 meses por agravamento de psoríase.

Internada por dispneia, tosse e expectoração muco-purulenta (por vezes acastanhada) e astenia com 3 meses de evolução e agravamento progressivo. Negava perda de apetite, perda ponderal ou suores noturnos. Havia sido medicada com amoxicilina-clavulanato sem melhoria. Na admissão apresentava-se sub-febril (37,8°C), com fôvres crepitantes na auscultação do hemitórax direito. Gasometricamente com discreta hipoxemia em ar ambiente. Analiticamente a destacar ligeira leucocitose, níveis de proteína C reativa de 12,7 mg/dL e anticorpo anti-vírus da imunodeficiência humana negativo. Não se observaram bacilos álcool-ácido-resistentes no exame direto da expectoração. A telerradiografia do tórax apresentava, para além de alterações sequelares já presentes em exames anteriores, infiltrados de novo predominantemente na metade superior do hemitórax direito. Iniciou terapêutica empírica com claritromicina, que posteriormente foi escalonada para piperacilina-tazobactam, que cumpriu durante 10 dias.

Foi realizada tomografia computadorizada (TC) torácica, que evidenciou "hipotransparência do tipo alveolar no lobo superior direito, com múltiplas cavitações, duas das quais preenchidas parcialmente por material sólido, sugestivas de cavitações tuberculosas preenchidas por fungos. Áreas de hipotransparência do tipo alveolar no lobo superior esquerdo, estendendo-se para o lobo inferior, menos pronunciadas que no lado direito, bem como múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares, algumas com provável necrose". Foi feita broncofibroscopia óptica, que evidenciou, a nível do lobo superior direito, mucosa hiperemiada. Foram colhidas secreções brônquicas e lavado bronco-alveolar, tendo sido identificado *Aspergillus niger* no exame microbiológico.

Iniciou terapêutica com voriconazol, por via endovenosa nos primeiros 7 dias e posteriormente por via oral. Após o início da terapêutica anti-fúngica a doente apresentou diminuição da dispneia e tosse, com descida dos parâmetros inflamatórios. Não se verificaram efeitos adversos com a terapêutica. Após a alta manteve terapêutica antifúngica.

Este caso clínico evidencia que a corticoterapia sistêmica prolongada é um factor de risco para o desenvolvimento de aspergilose pulmonar invasiva subaguda. Os sintomas mais comuns incluem dispneia, tosse produtiva, febre e astenia. O quadro clínico pode ter 3 meses de evolução, apresentando agravamento progressivo. O "sinal do crescente" é um achado imagiológico bastante sugestivo desta patologia. A confirmação do diagnóstico, no presente caso, foi feita pela associação de alterações clínicas e imagiológicas compatíveis com lesão e identificação de *Aspergillus* em exame cultural.

PE 074

### PNEUMONIA NECROTIZANTE POR NOCARDIA NUMA DOENTE IMUNOCOMPETENTE: CASO CLÍNICO

FV Machado, AR Santos

Centro Hospitalar São João

Palavras-chave: Pneumonia necrotizante; Nocardia; Nocardiose

**Introdução:** A nocardiose é uma infecção pouco comum causada por bactérias do género *Nocardia*, cuja apresentação clínica e radiológica variáveis obrigam à consideração de uma longa lista de diagnósticos diferenciais. Apesar de ser frequentemente considerada uma infecção oportunista, cerca de um terço dos casos ocorrem em indivíduos imunocompetentes. A sua apresentação pode ser aguda, sub-aguda ou crónica. O atingimento pulmonar é o mais frequente e cerca de metade dos casos de nocardiose pulmonar disseminam para outros órgãos e sistemas. Devido à sua tendência para progredir ou recorrer, a nocardiose obriga a um seguimento e tratamento prolongados.

**Caso Clínico:** Mulher de 57 anos, fumadora (40 UMA), sem antecedentes patológicos de relevo ou medicação habitual, recorreu ao serviço de urgência por toracalgie de características pleuríticas, febre, astenia e anorexia ao um dia de evolução. Realizou radiografia torácica que revelou hipotransparência na base direita, tendo sido assumido o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade, pelo que teve alta medicada com Amoxicilina/Ácido Clavulânico e Azitromicina.

Regressou ao SU passados 4 dias por manutenção dos sintomas e aparecimento de tosse com expectoração hemoptóica. Repetiu radiografia torácica, mantendo hipotransparência na base direita e o estudo analítico evidenciou agravamento dos parâmetros inflamatórios, tendo então ficado internada sob antibioterapia empírica com Piperacilina/Tazobactam. À admissão encontrava-se polipneumônica, com diminuição dos sons respiratórios na base direita, sem outras alterações ao exame físico e sem insuficiência respiratória. Foram colhidas baciloscopias e teste de HIV, que foram negativos. Durante o internamento realizou TC torácico, onde foi identificada uma consolidação dos planos paravertebrais do lobo inferior direito, com sinais de necrose infectada, numa extensão de 46 x 37 x 53 mm, traduzindo provável pneumonia necrotizante, com derrame pleural loculado da pleura mediastínica associado. Realizou também broncofibroscopia que não demonstrou alterações relevantes. Cumpriu um total de 14 dias de antibioterapia com Piperacilina/Tazobactam, com melhoria clínica, analítica e imagiológica, tendo tido alta orientada para consulta externa, ainda sem isolamentos microbiológicos.

Cerca de uma semana após a alta foi isolada em meio de cultura micobacteriológica uma estirpe de *Nocardia* Spp. A doente foi convocada precocemente, tendo sido excluído o atingimento de outros órgãos e sistemas, nomeadamente do Sistema Nervoso Central através de TC cerebral e cutâneo. Iniciou então antibioterapia com Trimetoprima/Sulfametoxazole, que cumpriu durante 6 meses, sem efeitos adversos e com resolução do quadro clínico e melhoria radiológica franca.

**Discussão:** Apesar de ser mais frequente em doentes imunocomprometidos, a nocardiose deverá também ser considerada nos diagnósticos diferenciais de patologia pulmonar em doentes imunocompetentes. A exclusão de atingimento multissistémico e o tratamento e vigilância prolongados são essenciais dada a alta frequência de recidivas da nocardiose.



PE 075

## PNEUMONIAS NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA

J Carvalho, A Almendra, C Carvalho, AS Oliveira, L Carvalho, C Bárbara

Unidade de Internamento Geral, Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, CHLN, E.P.E.

Palavras-chave: Pneumonia, Casuística, Antibioterapia

Os derrames pleurais são frequentes, devido a doença localizada na pleura, pulmão, sistémica, disfunção orgânica e consumo de drogas. O comprometimento pleural representa a forma mais frequente da tuberculose extrapulmonar e está frequentemente associado à forma pulmonar, pelo que deve ser equacionado no diagnóstico etiológico.

Sexo masculino, 42 anos, pedreiro, natural de Cabo Verde a residir em Portugal há 16 anos e fumador.

Dirigiu-se ao Serviço de Urgência por quadro com três meses de tosse com expectoração mucopurulenta, febre, calafrios, astenia, anorexia e perda ponderal de 20Kg. Diagnóstico prévio de hipoacusia pós traumatismo.

**Exame objetivo:** emagrecido, sub-febril (TT: 37,3°C), SpO<sub>2</sub>: 96% com FiO<sub>2</sub>: 21% e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído na base pulmonar esquerda com ferveores subcrepitanes e diminuição das vibrações vocais na mesma localização. Analiticamente anemia (Hb: 11,6g/dL), trombocitose (624000), hiponatrémia (127mmol/L) e elevação da PCR: 11,1mg/dL. Telerradiografia de tórax com hipotransparência homogénea no 1/3 inferior esquerdo, sugestiva de derrame pleural. Exame micobacteriológico da expectoração com resultado direto negativo. Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido clavulânico e Azitromicina.

Exames complementares:

- Hemoculturas e hemoculturas em BACTEC negativas.
- Serologia para VIH negativa.
- **Tomografia computadorizada de tórax (D1):** "Incontáveis micro-nódulos dispersos pelo parênquima pulmonar bilateralmente, alguns subpleurais. Densificação do parênquima com tendência para consolidação nos segmentos basais do lobo inferior esquerdo. Múltiplas adenopatias com captação heterogénea de contraste, muitas com áreas hipodensas e hipocaptantes, em topografia mediastínica e nos hilos pulmonares, várias delas confluentes. Densificação em banda de provável componente atelectásico na vertente antero-interna do lobo superior esquerdo. Moderado derrame pleural esquerdo. No abdómen superior, salientam-se: múltiplas imagens nodulares hipodensas dispersas pelo parênquima esplénico; pequenas imagens nodulares corticais hipodensas nos segmentos intersectados de ambos os rins."
- **Toracocentese (D1):** Saída de 1260cc de líquido sero-fibrinoso com características de exsudado e aumento do ADA (62UI/L).
- **Broncofibroscopia (D2):** Árvore brônquica esquerda com diminuição do calibre dos orifícios segmentares da divisão superior do lobo superior, por compressão extrínseca.

Após a realização dos exames complementares de diagnóstico, ausência de melhoria clínica e devido ao aumento de ADA no líquido pleural, decidiu-se iniciar terapêutica antibacilar, apresentando evolução clínica muito favorável.

Ambas as biópsias realizadas, quer a pleural quer a brônquica demonstraram inflamação granulomatosa necrotizante, compatível com tuberculose em fase ativa. O exame cultural da

expectoração inicialmente colhido revelou-se positivo para *Mycobacterium tuberculosis* multissensível.

Alta com diagnóstico de tuberculose disseminada. Encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Os autores valorizaram os achados clínicos e imagiológicos compatíveis com tuberculose disseminada em doente com estado clínico deteriorado com afectação de múltiplos órgãos, aumento de ADA no líquido pleural e fraca resposta à antibioterapia intuída. Justificou-se o início de terapêutica antibacilar, podendo-se aguardar os resultados culturais numa fase posterior face à gravidade da situação clínica.



PE 076

## **ACTINOMYCES E PULMÃO: UMA ASSOCIAÇÃO RARA**

**B Cabrita, E Pena, C Rodrigues, S Correia, M Silva, I Neves, R Abreu, S Jordão, S Correia, J Ferreira**

ULSM - Hospital Pedro Hispano

Palavras-chave: Actinomicose, pulmonar, actinomyces.

**Introdução:** A actinomicose é uma infeção bacteriana crónica causada pelo *Actinomyces* spp., bacilo Gram-positivo filamentoso, comensal da orofaringe, trato gastrointestinal e genital feminino. O mais comum em humanos é o *Actinomyces israelii*, contudo, é o *Actinomyces meyeri* que apresenta maior tendência para o atingimento pulmonar.

Nos tecidos, o *Actinomyces* desenvolve-se em grânulos amarelados ("grânulos de enxofre"). O local mais comumente afetado é a região cérvico-facial.

O atingimento pulmonar é raro (15% dos casos) e surge habitualmente após aspiração de secreções da orofaringe ou gastrintestinais. É mais frequente em homens, entre a 4ª e 5ª décadas. Está associado a imunossupressão, má higiene oral, doença estrutural pulmonar ou fatores de risco para aspiração, como alcoolismo. Apresenta-se habitualmente como pneumonia (podendo estar associada a fístula ou cavitação), abscesso pulmonar ou empiema. Nalguns casos, pode simular uma massa tumoral.

O tratamento adequado implica antibioterapia prolongada para evitar recidivas.

Apresentamos 3 casos clínicos de actinomicose pulmonar.

**Caso clínico 1:** Doente do sexo masculino, 70 anos, ex-fumador (>100 UMA), com consumo etílico marcado, bronquiectasias e Overlap Asma-DPOC. Admitido no SU por quadro arrastado de dispneia, tosse, hemoptises e perda ponderal (4kg em 4 meses). Foi medicado empiricamente com piperacilina-tazobactam. Por suspeita de tuberculose pulmonar e presença de escassa expectoração, foi submetido a broncofibroscopia. No lavado bronco-alveolar isolou-se *Actinomyces meyeri*, pelo que iniciou ampicilina iv (4 semanas). Teve alta, melhorado, com amoxicilina oral que manteve durante 12 meses.

**Caso clínico 2:** Doente do sexo masculino, de 62 anos, ex-fumador (20 UMA). Admitido no SU por lombalgia, anorexia, fadiga e dispneia com 15 dias de evolução. História de procedimentos dentários realizados 3 meses antes deste quadro. Internado por sépsis com ponto de partida em empiema, tendo cumprido imipenem. Realizou cirurgia para lise de aderências e descorticação pleuro-pulmonar, tendo sido isolado *Actinomyces odontolyticus* no líquido pleural. À data da alta, melhorado, foi medicado com clindamicina oral (12 meses), por reação alérgica à ampicilina.

**Caso clínico 3:** Doente do sexo feminino, de 26 anos, com diabetes *mellitus* tipo 1, doença periodontal grave e história de pneumonia recente no lobo inferior direito. Admitida no SU por dor torácica pleurítica e tosse com 7 dias de evolução. Internada por abscesso pulmonar no lobo inferior direito. Iniciou ceftriaxone e clindamicina, posteriormente escalado para piperacilina-tazobactam. Após biópsia transtorácica e isolamento de *Actinomyces* spp., iniciou ampicilina iv (4 semanas) e posteriormente amoxicilina oral durante 7 meses. A TC de tórax de controlo aos 6 meses revelou apenas densificações residuais.

**Conclusão:** Para o correto diagnóstico de actinomicose é necessário conjugar achados clínicos, imagiológicos, microbiológicos (cultura positiva em <50% casos), anátomo-patológicos ("grânulos de enxofre") e verificar resposta ao tratamento.

O tratamento habitual consiste na administração de penicilina endovenosa aproximadamente 4 semanas e posteriormente na forma oral durante 6-12 meses.

Atualmente, a actinomicose é uma patologia rara e com bom prognóstico, se tratada adequadamente.



PE 077

## SÍNDROME DE GOOD - UMA DOENÇA MISTERIOSA. DESCRIÇÃO DE 2 CASOS RAROS

**D Duarte, J Eusébio, P Raimundo, N André, A Domingos**

Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras

Palavras-chave: Síndrome de Good, Infecções respiratórias de repetição, hipogamaglobulinémia, timoma

**Introdução:** O Síndrome de Good é uma associação de timoma com uma imunodeficiência, tal como hipogamaglobulinemia. Trata-se de uma entidade rara (cerca de 150 casos descritos na literatura), que surge habitualmente entre a 4ª e 5ª décadas de vida, encontrando-se associada a uma mortalidade elevada (30% e 67% aos 5 e 10 anos, respectivamente).

Foi inicialmente descrita em 1954, mas a sua fisiopatologia permanece um mistério. Caracteriza-se por hipogamaglobulinémia, diminuição da contagem das células B no sangue periférico, défice de células T CD4 e alteração da razão CD4/CD8. Esta alteração cursa com infecções de repetição, principalmente do tracto respiratório e gastrointestinal (diarreia crónica em 50% dos doentes), causada por bactérias encapsuladas ou agentes oportunistas. O tratamento de primeira linha é imunoglobulina G endovenosa.

**Caso Clínico:** Os autores descrevem dois casos clínicos.

**Caso 1:** Homem de 46 anos, não fumador, com antecedentes de timoma (operado há 12 anos), tuberculose pulmonar há 11 anos e história de infecções respiratórias de repetição desde há 8 anos, por vezes hipoxemiantes.

Para investigação etiológica o doente realizou: **1)** TC torácica - bronquiectasias bilaterais centrais e periféricas; **2)** Broncoscopia - sinais inflamatórios generalizados, exame microbiológico negativo; **3)** Provas de função respiratória - alteração ventilatória obstrutiva grave, sem resposta aos broncodilatadores, hipoxémia em repouso ( $pO_2$  65mmHg); e **4)** Estudo analítico - linfopénia com diminuição da razão CD4/CD8, hipogamaglobulinémia (2%), IgG 213 mg/L (VR: 723-1685) e IgA 8 mg/L (VR: 60-382).

Com base na apresentação clínica e resultado dos exames complementares diagnóstico efectuou-se o diagnóstico de Síndrome de Good, tendo sido instituída terapêutica com Imunoglobulina G humana a cada 3 semanas. O doente manteve intercorrências infecciosas, tendo-se verificado o óbito após 7 anos, no contexto de insuficiência respiratória global.

**Caso 2:** Homem de 46 anos, não fumador, com antecedentes de timoma (diagnosticado 4 meses antes), neurofibromatose tipo 1 e história de infecções respiratórias hipoxemiantes com 7 anos de evolução. Na marcha diagnóstica realizou os seguintes exames complementares: **1)** TC torácica - espessamento dos septos interlobulares com predomínio nos lobos inferiores, bronquiectasias, focos de padrão de "árvore em botão" e massa mediastínica anterior, provavelmente tímica; **2)** Bacteriologia da expectoração negativa; **3)** Provas de função respiratória - alteração ventilatória obstrutiva ligeira, sem resposta aos broncodilatadores, hipoxémia em repouso ( $pO_2$  60 mmHg); **4)** Estudo analítico - linfopénia, hipogamaglobulinemia (3,8%), IgG 328 mg/dL, IgA 6 mg/dL e IgM 14 mg/dL (RV: 40-312).

Neste caso também se procedeu ao diagnóstico de Síndrome de Good. Realizou-se timectomia e foi iniciada imunoglobulina G a cada 4 semanas. Actualmente, o doente mantém o tratamento, embora com episódios de infecções do tracto respiratório.

**Conclusão:** O prognóstico do Síndrome de Good é reservado, quando comparado com outras imunodeficiências. O diagnóstico, baseado na informação clínica e perfil imunológico, deve ser realizado atempadamente, de modo a iniciar precocemente o tratamento e evitar complicações infecciosas graves. Apesar do tratamento, as infeções de repetição são frequentes, sendo necessários mais estudos para perceber esta entidade.



PE 078

## **PNEUMONIA POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECCI* EM DOENTE NÃO-VIH**

**DB Coelho, AR Monteiro, AI Ferreira, MJ Lima, J Almeida, E Ferreira**

Centro Hospitalar de São João

Palavras-chave: Pneumocystis, Pneumonia, Imunossupressão, profilaxia

**Introdução:** A Pneumonia por Pneumocystis Jirovecci (PPJ) é uma infecção potencialmente fatal que ocorre em indivíduos imunocomprometidos. É classicamente associada à infecção por VIH com contagens de CD4 inferiores a 200/mm<sup>3</sup>, mas pode também ocorrer no contexto de imunossupressão farmacológica. Nos últimos anos tem-se verificado um número crescente de casos descritos em doentes transplantados ou a realizar esquemas de quimioterapia. A corticoterapia é um reconhecido fator de risco para a PPJ e a mortalidade em indivíduos não-VIH é superior.

**Caso clínico:** Mulher de 55 anos, não fumadora, saudável, com internamento recente por anemia imuno-hemolítica por anticorpos quentes secundária a diclofenac. Efetuou 3 pulsos metil-prednisolona seguidos de prednisolona (PDN) (2mg/kg/dia) e Rituximab (600 mg/semana durante 4 semanas). Alta após 1 mês, assintomática, a cumprir PDN em esquema de desmame.

Duas semanas após desenvolveu candidíase oral, medicada com nistatina e à 3<sup>a</sup> semana apresentou queratite herpética que foi medicada com aciclovir.

Observada no SU 1 mês após a alta por febre, dispneia para pequenos-médios esforços e astenia, tendo sido medicada com amoxicilina-ácido clavulânico por suspeita de traqueobronquite. Reavaliada no SU após 3 dias por manutenção da sintomatologia. Documentada insuficiência respiratória hipoxémica (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: 194) e infiltrado no campo pulmonar direito na radiografia do tórax. Analiticamente com leucocitose (12,78 x 10<sup>9</sup>/L) e subida de PCR (71mg/L), LDH 617U/L, populações linfocitárias com 285 cd4/mm<sup>3</sup>, VIH negativo.

Assumida pneumonia (nosocomial versus agente oportunista), iniciou tratamento com piperacilina-tazobactam, trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX) e PDN em dose de PPJ. Realizou TC Tórax que demonstrou extensas áreas de densificação em vidro despolido de predomínio central e área de consolidação com pequeno broncograma aéreo no segmento medial do lobo médio. Realizou lavado bronco-alveolar com pesquisa de DNA de PPJ positiva, após o que suspendeu piperacilina-tazobactam. A evolução clínica foi favorável com resolução de insuficiência respiratória. Teve alta ao 7<sup>o</sup> dia com indicação para completar 21 dias de antibioterapia.

Ao 10<sup>o</sup> dia de TMP/SMX desenvolveu rash tendo sido diagnosticada toxidermia pelo TMP/SMX. Alterado esquema para primaquina + clindamicina até completar tratamento, após o que iniciou profilaxia secundária com atovaquona. Foi referenciada para dessensibilização ao TMP/SMX e manteve seguimento em Consulta Externa de Medicina Interna e Hematologia, apresentando-se assintomática.

**Discussão:** Este caso clínico demonstra a importância que o rápido reconhecimento da PPJ tem em doentes não-HIV para prevenir desfechos desfavoráveis. Mais ainda, salienta a importância da profilaxia primária em doentes sob corticoterapia em alta dose por períodos prolongados, particularmente quando associada a outras terapêuticas ou estados de imunodepressão. A instituição

de profilaxia primária poderia, provavelmente, ter evitado o desenvolvimento de PPJ no caso apresentado, contudo a ausência de recomendações sólidas, bem como o desconhecimento do valor da contagem de CD4 nesta população de doentes condiciona muitas vezes as atitudes do clínico. Por outro lado, as reações adversas às sulfonamidas não são desprezíveis podendo acontecer em até um terço dos casos.

Através deste caso os autores pretendem alertar para a necessidade de investigação que culmine em linhas de orientação para a profilaxia de PPJ nesta população crescente de doentes.



PE 079

### **BORDETELLA BRONCHISEPTICA EM DOENTE IMUNO-COMPROMETIDA: UM CASO CLÍNICO**

V Pereira, C Pereira, P Dionísio, P Monteiro, C Bárbara  
Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Palavras-chave: Bordetella bronchiseptica, imunossupressão, artrite reumatoide, terapêutica biológica, infecção respiratória

**Introdução:** A *Bordetella bronchiseptica* (BB) é um cocobacilo aeróbio, Gram negativo, que coloniza o aparelho respiratório de vários animais selvagens e domésticos, podendo causar infecções respiratórias. No ser humano, apesar de ser um agente raramente presente, pode causar infecções respiratórias graves, particularmente em doentes imunossuprimidos. Pela sua raridade de apresentação existem poucos casos clínicos reportados e a literatura sobre o tema é escassa, sendo maioritariamente sobre infecções e isolamentos em doentes imunocomprometidos pela infeção do vírus da imunodeficiência humana (VIH). Reportamos o caso de uma doente imunossuprimida farmacologicamente.

**Caso clínico:** Mulher de 68 anos, referenciada à consulta de pneumologia para exclusão de contraindicações ao início de terapêutica biológica para tratamento de artrite reumatoide. Como antecedentes pessoais relevantes apresentava artrite reumatoide com 12 anos de evolução, medicada com metotrexato (terapêutica imunossupressora), com agravamento recente. Residia numa zona rural e tinha contacto com animais. Clinicamente referia episódios de tosse não produtiva e pieira, de predomínio noturno, com várias semanas de evolução, sem outras queixas relevantes. Realizou tomografia computadorizada de tórax, sem alterações sugestivas de infeção ativa. Realizou provas de função respiratória destacando-se obstrução bronquiolar. Realizou videobroncoscopia onde se objectivou edema da mucosa no lobo inferior do pulmão direito e secreções mucosas abundantes. Foram colhidas secreções e realizado lavado bronco-alveolar onde se isolou BB, sem perfil de resistências. A doente não apresentou agravamento das queixas, elevação de parâmetros inflamatórios ou alterações imagiológicas sugestivas de infeção mas, tendo em conta o início de terapêutica com agentes biológicos com grande potência imunossupressora e a virulência desde agente em doentes imunossuprimidos, optou-se por realizar antibioterapia com amoxicilina e ácido clavulânico durante 7 dias e azitromicina durante 6 dias. Após completar antibioterapia a doente referiu melhoria das queixas de tosse e pieira, facto que poderá estar relacionado com a irradiação da BB do trato respiratório.

**Conclusão:** Apesar dos isolamentos serem raros, a BB é um agente que pode causar infecções respiratórias graves em humanos, particularmente em doentes imunocomprometidos. Deve ser equacionada a sua presença no trato respiratório, principalmente se houver história de contacto com animais. Pela sua virulência, apesar de não existir literatura médica orientadora de tratamento, optou-se pela administração de antibioterapia para prevenir o desenvolvimento de infeção respiratória grave numa doente sobre terapêutica de grande potência imunossupressora.

PE 080

### **PNEUMONIA NECROTIZANTE VERSUS NEOPLASIA CAVITADA**

I Moreira, S Alfarroba, I Gonçalves, A Magalhães, J Cardoso  
Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de Santa Marta / Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Palavras-chave: Pneumonia necrotizante; Neoplasia pulmonar necrotizante; Tromboembolismo pulmonar; Pseudomonas aeruginosa

**Introdução:** A pneumonia necrotizante consiste na destruição do parênquima pulmonar por uma infeção. Pode afetar até cerca de 7% dos doentes com pneumonias bacterianas. Esta progressão pode ocorrer quer devido à virulência do agente infeccioso quer devido aos fatores predisponentes do hospedeiro. Os principais diagnósticos diferenciais são o abscesso pulmonar e a neoplasia pulmonar necrotizante.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino de 58 anos de idade, com DPOC GOLD 4 D (FEV1 26%, mMRC 3), hábitos tabágicos mantidos (120UMA) e consumos etalónicos e toxifílicos inalados prévios, com indicação para OLD diurno e VNI noturno por insuficiência respiratória global.

O doente foi admitido nos Cuidados Intensivos por choque séptico com ponto de partida em pneumonia adquirida na comunidade a nível do lobo médio e lobo inferior direito, com insuficiência respiratória global e acidemia respiratória, pelo que iniciou antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam.

No Serviço de Pneumologia, desenvolveu quadro de tosse vômica e febre. Foi identificada na TC torácica uma consolidação do lobo inferior direito, com áreas cavitadas e captação heterogênea de contraste em topografia central, bem como extenso tromboembolismo da artéria pulmonar direita. Suspeitou-se de provável intercorrência infecciosa sobreposta a lesão expansiva neoplásica. O doente foi submetido a broncofibroscopia que não revelou lesões endobrônquicas visíveis nem neoplasia em citologia/histologia, mas permitiu o isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* e *Candida Albicans* no lavado brônquico. Protelou-se a realização de biópsia aspirativa transtorácica por se tratar de imagem muito sugestiva de pneumonia necrotizante, mantendo-se a terapêutica médica dirigida (meropenem, ciprofloxacina e colistina), assim como fluconazol e enoxaparina em dose terapêutica.

Verificou-se evolução clínica refractária à terapêutica com manutenção imagiológica da lesão cavitada, apesar de escalada anti-biótica. Face às diversas comorbilidades do doente e à sua débil performance status, foram proteladas outras intervenções diagnósticas invasivas e manteve terapêutica médica conservadora. Após conclusão de vários ciclos de antibioterapia e um internamento prolongado com múltiplas intercorrências, verificou-se na reavaliação por TC uma loca de grandes dimensões delimitada por parede espessada com redução do conteúdo necrótico do seu interior, com nível hidroaéreo e componente aéreo dominante, a traduzir pneumonia necrotizante em processo de resolução e a aparente ausência de lesão neoplásica no seu interior. O controlo radiológico de seguimento tem revelado melhoria paulatina com diminuição da área com perda de substancia e com paredes progressivamente mais finas.

**Conclusões:** A pneumonia necrotizante é uma complicação pouco frequente mas grave da pneumonia bacteriana, associada a elevada morbidade e mortalidade. O tratamento de primeira linha inclui antibioterapia prolongada. A recessão pulmonar está indicada como opção alternativa se não houver resposta e com a presença de outras complicações. O prognóstico depende das comorbilidades dos doentes. Pretende-se com este caso clínico demonstrar a dificuldade de abordagem destes casos com necessidade de intensificação de terapia médica e quando a intervenção cirúrgica não é viável.



PE 081

## IMPACTO DAS INFECÇÕES FÚNGICAS NO TRANSPLANTE PULMONAR

T Sá<sup>1,2</sup>, V Caldeira<sup>1,2</sup>, N Caires<sup>1,2</sup>, S Silva<sup>1,2</sup>, R Coelho<sup>1,2</sup>, A Borba<sup>1,2</sup>, AS Santos<sup>1,2</sup>, N Murinello<sup>1,2</sup>, R Gerardo<sup>1,2</sup>, S Alfarroba<sup>1,2</sup>, R Costa<sup>2,3</sup>, J Silva<sup>2,3</sup>, J Reis<sup>2,3</sup>, P Calvino<sup>2,3</sup>, L Semedo<sup>1,2</sup>, J Cardoso<sup>1,2</sup>, J Fragata<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospital de Lisboa Central, Lisboa; <sup>2</sup>NOVA Medical School Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Cardiorráctica, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa

Palavras-chave: Transplante pulmonar, Infecções fúngicas

**Introdução:** As complicações infecciosas são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nos doentes submetidos a transplante pulmonar. As infecções fúngicas em particular ocorrem em cerca de 15 a 35% dos mesmos, sendo a *Candida* spp. e o *Aspergillus* spp. os agentes envolvidos em mais de 80% dos casos.

**Objectivo:** Avaliar o impacto e características clínicas das infecções fúngicas em doentes submetidos a transplante pulmonar.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a transplante pulmonar em Portugal entre Janeiro/2008 e Julho/2016. Foi realizada análise de dados demográficos e clínicos dos doentes com infecção fúngica documentada por lavado bronco-alveolar (LBA), Lavado brônquico (LB) e biópsias brônquicas (BB), durante o primeiro ano após transplante.

**Resultados:** Durante o período referido foram transplantados 115 doentes, de entre os quais se identificaram 29 casos de infecção fúngica (25,2%). Não se verificaram diferenças significativas entre os doentes infectados e os restantes, quanto ao diagnóstico, dados demográficos e intra-operatórios. A idade média (DP) dos doentes infectados foi de 45,2 (13,4) anos, sendo 15 (51,7%) do sexo feminino. Os diagnósticos mais frequentes foram DPOC (9 doentes) e bronquiectasias (7 doentes), em 2 casos por fibrose quística. As principais comorbilidades identificadas foram osteoporose em 8 (27,6%) doentes e hipertensão arterial em 6 (20,7%) doentes. Em 24 casos a infecção ocorreu no primeiro trimestre, com predomínio claro das infecções por *Candida* spp (17, 70,1%). Na maioria dos casos (28, 96,6%) os doentes estavam sob antibioterapia de largo espectro quando foi diagnosticada a infecção fúngica e em 10 (34,5%) foi diagnosticada infecção por citomegalovirus durante o primeiro ano.

Os aspectos radiológicos identificados foram inespecíficos, sendo mais frequentes as alterações em vidro despolido (8, 27,5%), os infiltrados nodulares (5, 17,2%) e a consolidação parenquimatosa (3, 10,3%), no entanto em 7 (24,1%) não se identificaram alterações. Os principais agentes isolados foram a *Candida* spp (20, 68,9%) e o *Aspergillus* spp (8, 27,5%). No caso das infecções por *Candida* spp os achados endoscópicos foram inespecíficos, observando-se maioritariamente alterações inflamatórias da mucosa (14, 70,0%); no caso das infecções por *Aspergillus* spp as alterações foram sobretudo compatíveis com infecção da anastomose (5, 71,4%).

Dois doentes faleceram por complicações secundárias ao diagnóstico de infecção fúngica. Em sete (24,1%) destes doentes foi realizado diagnóstico de rejeição crónica do enxerto durante o período avaliado. A sobrevida aos 12 meses para os doentes com diagnóstico de infecção fúngica foi de 72,4%, enquanto que na restante população de doentes transplantados foi de 82,5%.

**Conclusão:** A inespecificidade clínica e radiológica das infecções fúngicas em doentes submetidos a transplante pulmonar tornam este diagnóstico particularmente desafiante. Apesar de existirem factores de risco identificados, a análise desta amostra permitiu-nos evidenciar as suas limitações. O reconhecimento e abordagem precoces destas infecções é fundamental, atendendo ao impacto que têm na morbilidade e mortalidade associada ao transplante pulmonar.



PE 082

### TROMBOEMBOLIA PULMONAR COMPLICADA COM ABCESSO PULMONAR A *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO-RESISTENTE - CASO CLÍNICO

R Carvalho, D Sousa, A Teixeira, F Silva, A Rodrigues

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Pólo Hospital Geral

Palavras-chave: Tromboembolia pulmonar, Trombose venosa profunda, Síndrome de May-Thurner, Abscesso pulmonar, *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente

A síndrome de May-Thurner (SMT) está presente em 20% da população, mas é raramente considerada no diagnóstico de tromboembolismo venoso recorrente. Corresponde a uma compressão da veia iliaca comum esquerda (VIC) no seu trajecto entre a artéria iliaca comum (AIC) direita e a coluna lombar. O abscesso pulmonar é uma infecção subaguda com 15-20% de mortalidade em adultos, com particular risco quando causada por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). As infeções respiratórias por *S. aureus* têm aumentado de frequência nas últimas décadas, paralelamente ao aumento de estirpes meticilino-resistentes.

A propósito destas patologias, os autores descrevem o seguinte caso clínico: doente de 85 anos, com antecedentes de tromboembolia pulmonar (TEP) e trombose venosa profunda (TVP) dos membros inferiores em outubro de 2016, que recorreu ao Serviço de Urgência por dispneia súbita, apresentando insuficiência respiratória hipoxémica, com necessidade de oxigenoterapia de alto débito. Score de Wells de 4 (alta probabilidade de TVP) e Score de Genebra de 15 (alta probabilidade de TEP). Analiticamente elevação de d-dímeros (615 ng/mL) e estudo ecográfico dos membros inferiores com trombo oclusivo das veias safena magna, femoral comum e iliaca externa esquerdas. Realizou Angio-TC do tórax, que identificou defeitos de repleção endoluminais dos ramos lobares inferiores da artéria pulmonar bilateralmente e ramo direito da artéria pulmonar, alterações de novo. Antecedentes de insuficiência cardíaca por insuficiência tricúspide moderada, hipertensão pulmonar moderada, doença renal crónica estadio 3; anticoagulada com varfarina apresentando à entrada INR 2,44. Dado a particularidade do caso foi feito estudo alargado incluindo estudo de trombofilias, autoimunidade, marcadores tumorais, TC toraco-abdomino-pélvica. Foi diagnosticada hiperhomocisteinémia e na TC verificava-se SMT.

Doente com internamento prolongado, dado comorbilidades e gravidade do quadro. Ao 34º dia de internamento verificou-se agravamento clínico, objectivando-se pneumonia nosocomial à direita para a qual iniciou empiricamente levofloxacina (cumpru 5 dias). A evolução foi desfavorável, pelo que repetiu TC torácica que identificou cavitação de grandes dimensões no pulmão direito, parcialmente arejada, com nível hidroaéreo, em área de enfarte pulmonar sobreinfectada, provavelmente por *S. aureus* meticilino-resistente isolado na expectoração. A doente não reunia condições para realização de broncofibroscopia por instabilidade clínica e INR elevado nem para terapêutica cirúrgica com pneumectomia direita. Feito diagnóstico de abscesso pulmonar cavitado e iniciada antibioterapia dirigida com linezolide e piperacilina/tazobactam. Suspenso linezolide ao 17º dia por pancitopenia e piperacilina/tazobactam ao 24º dia por hepatite colestática, tendo iniciado cotrimoxazol dirigido por cultura prévia, que cumpru durante 25 dias. Verificou-se evolução favorável com a antibioterapia instituída, reavaliação imagiológica a confirmar redução do tamanho da cavitação pulmonar.

Na presença de SMT a anticoagulação sistémica pode ser insuficiente, estando por determinar a terapêutica ideal para prevenir TVP recorrente. Esta doente não apresentava condições cirúrgicas, optando-se por não realizar angioplastia com colocação de stent na VIC esquerda. A doente teve alta com apixabano 5 mg bid, não se verificando recorrência de TVP após 3 meses.

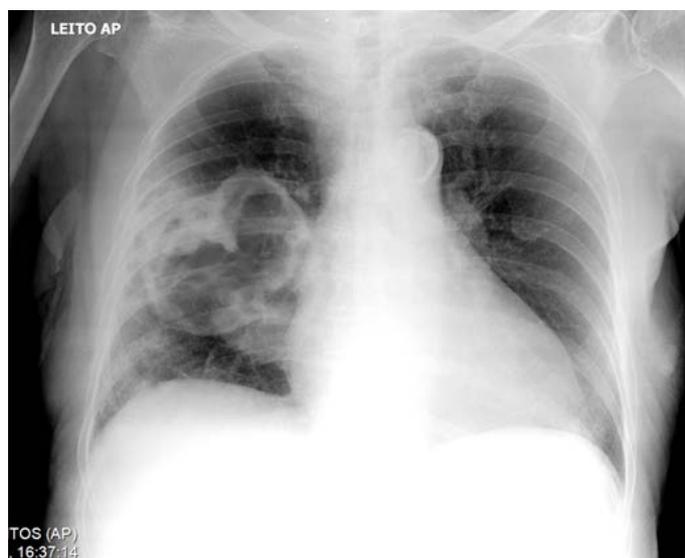


Figura 1: Cavitação extensa no lobo inferior do pulmão direito, Rx tórax AP

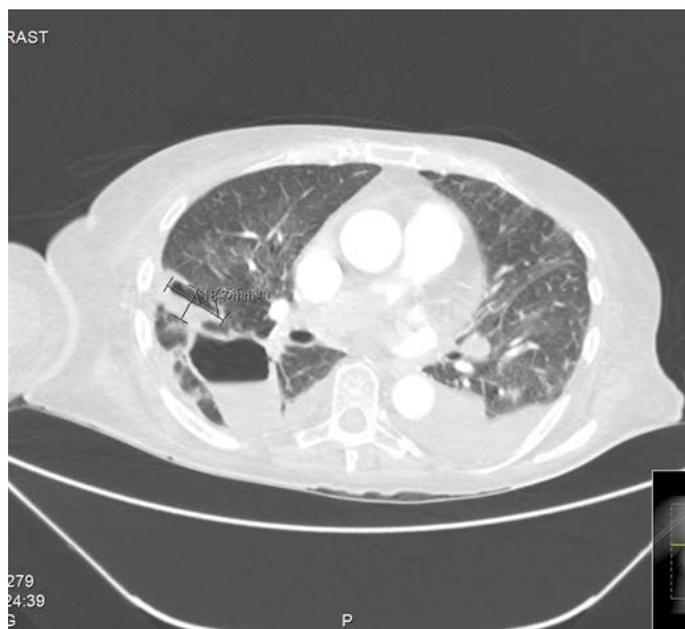


Figura 2: Visíveis 2 cavitações, uma 7x8x6,4cm e outra 4x3,8x2,8cm, paredes espessadas, parcialmente arejadas, nível hidroaéreo; TC torácica

PE 083

### QUANDO A DOR É A CHAVE DO(S) DIAGNÓSTICO(S)

AD Cunha, M Conceição, JB Correia, T Abrantes, JP Silva, B Rodrigues, AS Torres

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

Palavras-chave: Nocardiose pulmonar. Nocardia. Adenocarcinoma pulmonar. Silicose

**Introdução:** A nocardiose pulmonar é uma infeção causada por bacilos aeróbios Gram-positivos do género *Nocardia*. Tipicamente afeta pacientes imunocomprometidos e/ou com doença pulmonar estrutural. Quer a apresentação clínica quer imagiológica são inespecíficas e muito variáveis, podendo existir nódulos ou massas, isolados ou múltiplos, com ou sem cavitação, consolidação alveolar, derrame pleural ou empiema.

**Caso Clínico:** Homem de 60 anos, ex-trabalhador numa pedreira de granito, fumador (CT de 67 UMA) e com história de etilismo de crónico. Foi referenciado em 2014 a consulta de Pneumologia por tosse com um mês de evolução e alterações radiológicas. A tomografia computadorizada (TC) torácica evidenciava micronódulos difusos com predomínio nos lobos superiores, formando conglomerado fibrótico no vértice direito e gânglios calcificados a nível do mediastino. Achados esses compatíveis com silicose. Foi feita broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas. A citologia do lavado broncoalveolar (LBA) foi negativa para células neoplásicas e foi excluída tuberculose pulmonar. Perdeu seguimento por ter faltado às consultas.

Três anos depois é referenciado novamente à consulta com clínica de omalgia com cerca de um ano de evolução, de agravamento progressivo, e perda ponderal não quantificada. Referia também presença de expetoração mucosa em escassa quantidade. Negava tosse. Sem noção de febre. Tinha realizado TC torácica que mostrava massa heterogénea de contornos espiculados, com cerca de 8,5x5,3x5 cm, localizada no LSE e em íntima relação com a pleura e arcos costais superiores. No LSD identificava-se lesão cavitada com paredes ligeiramente irregulares e associada a distorção arquitetural. Restantes alterações sobreponíveis ao exame anterior. Face aos achados clínicos e imagiológicos, ficou internado para estudo complementar e controlo da dor.

Analicamente apresentava anemia normocítica normocrómica, elevação dos parâmetros inflamatórios e dos marcadores tumorais NSE e CEA.

Por início de febre foi instituída antibioterapia empírica com ceftriaxone que cumpriu durante 7 dias.

Foi realizada biópsia transtorácica à massa do LSE cujo resultado foi compatível com adenocarcinoma pulmonar. A broncofibroscopia não revelou alterações significativas da árvore traqueobrônquica. A citologia foi negativa para células neoplásicas. No exame microbiológico do mini-LBA foi identificada *Nocardia spp.* PCR para *Mycobacterium tuberculosis* e exame direto para pesquisa de BAAR negativos. Iniciou então antibioterapia dirigida com cotrimoxazol e meropenem, encontrando-se atualmente no 23<sup>o</sup> dia de tratamento. Iniciou também radioterapia óssea para alívio sintomático.

**Discussão:** A nocardiose é uma infeção bacteriana rara, mas que pode surgir de forma disseminada e potencialmente fatal. No caso clínico apresentado trata-se de um doente com imunossupressão, dada história de etilismo crónico e diagnóstico recente de adenocarcinoma pulmonar estágio IV. Além disso, a existência de alterações estruturais do parênquima pulmonar, pela silicose, poderá também ter contribuído para o alojamento e proliferação dos microrganismos patogénicos. Os autores pretendem alertar para a importância da inclusão da nocardiose no diagnóstico diferencial de pneumonias nos doentes com fatores de risco, sobretudo aquelas que cursem com cavitação, abscesso ou necrose.

PE 084

### RAMPA: UM MODO DE CONFORTO OU CONFLITO?

C Maciel,<sup>1</sup> JS Silva,<sup>2</sup> RF Fonseca,<sup>3</sup> C Caneiras,<sup>4</sup> CM Esteves<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta | PRAXAIR Portugal, Gases SA; <sup>2</sup> Enfermeira | PRAXAIR Portugal, Gases SA; <sup>3</sup> Cardiopneumologista | PRAXAIR Portugal, Gases SA; <sup>4</sup> Farmacêutica | PRAXAIR Portugal, Gases SA

Palavras-chave: Cuidados Respiratórios Domiciliários, Adesão à terapêutica, Rampa

**Introdução:** A monitorização de seguimento dos doentes sob tratamento de ventiloterapia com pressão positiva contínua tem como objetivo a adesão e a manutenção da eficácia terapêutica, a qual deverá assumir um papel cada vez mais relevante no âmbito dos Cuidados Respiratórios Domiciliários.

**Caso Clínico 1:** Feminino, 57 anos, IMC=34 Kg/m<sup>2</sup>;

Diagnóstico de Síndrome de Hipoventilação por Obesidade em 2014, com RDI de 74 eventos/h;

Inicia Binível S (pressões 8/14), rampa de 30 min (a 4 cmH<sub>2</sub>O) e máscara nasal, em Maio de 2014;

Adesão à terapêutica, com fuga e IAH residual controlados (IAH residual = 4,2 eventos/h), reconhecendo benefícios terapêuticos; Na visita de monitorização em Maio de 2015 apresenta IAH residual = 20,3 eventos/h;

Anamnese em ambiente domiciliário evidencia infeção urinária recorrente, estando a fazer antibioterapia;

Após recolha dos dados do equipamento foram identificadas várias interrupções da terapia com diversas ativações de rampa sempre que reiniciava o sono (algoritmo com rampa estanque), que provocavam as alterações do IAH residual. Esta situação era provocada pela nictúria acentuada decorrente do quadro de infeção urinária.

Foi reportada a situação ao médico prescriptor e sugerida alteração da rampa para 5 min, a qual foi aceite;

Na visita de reavaliação, após 15 dias, observou-se normalização de valores de IAH (<5 eventos/h).

**Caso Clínico 2:** Masculino, 80 anos, IMC=37 Kg/m<sup>2</sup>;

Diagnóstico de Síndrome de *Overlap* (SAOS, com IAH=80 e DPOC) e Síndrome de Hipoventilação por Obesidade em 2016;

Tratamento com Binível S/T (EPAP 10 IPAP 24 e FR de 18 cpm Ti 1,2), com interface nasal desde 3 de Maio de 2016;

No acompanhamento telefónico, efetuado em Março de 2017, evidencia queixas de má adaptação, não estando a realizar terapia; É efetuada visita domiciliar adicional, com tentativa de adaptação de interface facial, a qual foi rejeitada;

Reportada a situação ao médico prescriptor, com sugestão de programação de rampa de 45 minutos (a 4 cmH<sub>2</sub>O), a qual foi implementada;

Na visita de reavaliação após 15 dias, observou-se média de uso diário de 6 horas e 32 mins com reconhecimento de benefícios terapêuticos.

**Conclusão:** Uma adequada articulação entre doente, técnico de Cuidados Respiratórios Domiciliários e médico assistente é de extrema importância para a promoção da adesão e manutenção da eficácia terapêutica. Para tal, poderá contribuir a activação ou adequação da função de rampa, utilizada quando se deseja iniciar o tratamento com uma pressão mais baixa e mais confortável, que vai aumentando gradualmente até atingir a pressão de tratamento programada.



PE 085

### TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO CENTRAL COM SERVOVENTILAÇÃO NA SÍNDROME DE ARNOLD-CHIARI TIPO I - CASO CLÍNICO

F Costa<sup>1</sup>, J Mendes<sup>1</sup>, J Moita<sup>2</sup>, L Batata<sup>2</sup>, M Braz

<sup>1</sup>Linde Saúde; <sup>2</sup>Centro de Medicina do Sono do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Palavras-chave: Síndrome de Arnold-Chiari; Apneias Centrais; Servoventilação

A Síndrome de Arnold-Chiari é uma malformação congénita do sistema nervoso central em que o tronco cerebral e parte inferior do cerebelo deslocam-se para o canal vertebral.

A Síndrome de Arnold-Chiari tipo I é habitualmente assintomática durante a infância. Quando os sintomas surgem, caracterizam-se principalmente por cefaleias e deambulação instável. O tratamento consiste numa cirurgia de descompressão da medula espinhal.

Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 51 anos, com Síndrome de Arnold-Chiari tipo I, intervencionada em 2010.

Em 2016 foi orientada, para o Centro de Medicina do Sono do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra com queixas de sonolência diurna excessiva, cefaleias matinais e roncopatia.

Tendo em conta o historial clínico, realizou Polissonografia nível I (PSG) e foi diagnosticada com Síndrome de apneia do sono central, sendo as principais evidências do estudo: índice de distúrbios respiratórios (RDI) 65,7 eventos/hora, só com registo de eventos centrais. A saturação mínima de oxigénio foi de 79% e frequência respiratória (FR) noturna variou entre 5 e 8 ciclos por minuto.

A informação da primeira PSG resultou na realização de uma segunda PSG com objetivo de iniciar terapia ventilatória. Aferiu-se ventilação com BIPAP ST em maio de 2016, com correção dos eventos respiratórios, nessa noite. Os parâmetros programados no equipamento foram uma pressão inspiratória positiva na via aérea (IPAP) de 17 cmH<sub>2</sub>O, expiratória (EPAP) de 12 cmH<sub>2</sub>O, FR de 10 rpm e tempo inspiratório (TI) de 1s.

Na visita de acompanhamento realizada ao primeiro mês de terapia pela equipa clínica da empresa de Cuidados Respiratórios Domiciliários, verificou-se pela leitura de dados do equipamento, um IAH médio de 59,2 eventos/hora, com eventos respiratórios maioritariamente não obstrutivos. A doente apresentava dificuldades em adormecer, referindo também despertares por sensação de pressão elevada, apesar de apresentar uma adesão terapêutica de 5 horas e 13 minutos.

Após realização de exames complementares de diagnóstico: TAC, ecocardiograma, prova de esforço e nova PSG, a terapia foi re-avaliada e alterada para servoventilação, com os seguintes parâmetros: EPAPmin. 7cmH<sub>2</sub>O, EPAPmáx. 9 cmH<sub>2</sub>O, FR 12 rpm, TI 1s, pressão de suporte (PS) mínima de 0 cmH<sub>2</sub>O e máxima de 4cmH<sub>2</sub>O com IPAPmáx. de 13 cmH<sub>2</sub>O.

Com a adaptação da servoventilação, verificou-se diminuição do IAH para 12 eventos/hora, permanência de alguns eventos obstrutivos com diminuição das dessaturações comprovada por oximetria noturna. Aumento da adesão à terapia para 6 horas e 12 minutos. A doente referiu diminuição dos despertares por sensação de pressão elevada.

**Conclusão:** O caso clínico sugere que a servoventilação é eficaz no tratamento de eventos respiratórios de origem central incluindo o caso apresentado.

Ilustramos com este trabalho a relevância de uma equipa multidisciplinar e o papel relevante que as empresas de cuidados respiratórios domiciliários podem ter no acompanhamento dos doentes e na identificação precoce de problemas que requerem reavaliação clínica e funcional.

PE 086

### DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO: DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO. EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

D Grencho, C Pissarra, P Rosa

Hospital de Vila Franca de Xira, Unidade de Pneumologia

Palavras-chave: Estudo ambulatorio do sono, Apneia Obstrutiva do Sono, Distúrbio Respiratório do Sono

**Introdução:** A evidência da qualidade dos estudos do sono em ambulatório (ESA) tem suportado o aumento crescente destes exames no diagnóstico dos Distúrbios Respiratórios do Sono (DRS), apesar de alguma reserva implícita nas recomendações da American Academy of Sleep Medicine (AASM). O Estudo poligráfico do sono tipo I continua a ser gold standard no diagnóstico da Patologia Respiratória do Sono, mas é um exame extremamente consumidor de recursos.

**Objectivo:** Avaliar a adequação do ESA para o diagnóstico de distúrbios respiratórios do sono, através da caracterização dos estudos do sono realizados no Laboratório de Sono (LS) da Unidade de Pneumologia do Hospital Vila Franca de Xira (HVFX).

**Material e métodos:** Estudo longitudinal de coorte, retrospectivo, dos ESA realizados entre 30 de Março (início de actividade do LS) e 31 de Dezembro de 2016, na unidade de Pneumologia do HVFX. Para recolha de dados foram consultados os processos clínicos e os resultados dos ESA. Os ESA foram realizados com os equipamentos *Nox T3 (nível III)* e *Nox A1 (nível II)* da *NOX medical®*. Foram consideradas para análise: dados antropométricos, escala de sonolência de Epworth (EPW), comorbilidades, tipo de estudo do sono, qualidade e resultado do estudo. Os resultados são apresentados sob a forma de estatística descritiva, obtidos através do programa SPSS V 20.0.

**Resultados:** Foram efetuados 389 exames a 377 doentes, 60% do sexo masculino, com idade média de 61,6 +/- 14 anos, índice massa corporal médio 34 +/- 7,4 Kg/m<sup>2</sup>, perímetro cervical médio 40,7 +/- 4,9 cm, EPW médio 9 +/- 5.

98% dos doentes apresentavam pelo menos 1 comorbilidade.

Realizaram-se 284 estudos nível III e 93 nível II, dos quais foi necessário repetir 13, mas apenas 7 (1,8%) por qualidade insuficiente (4 nível III e 3 nível II).

O distúrbio mais frequentemente encontrado foi AOS com Índice Apneia-Hipopneia (IAH) médio global de 22,3+/-22,7/hora (Estratificação de gravidade de acordo com AASM: 115 de grau ligeiro (IAH médio de 9+/-2,8), 86 moderado (IAH médio de 21,4+/-4,2), 101 grave (IAH médio de 52,7+/-21,8)). Em 16 estudos foram encontrados outros distúrbios do sono e 59 exames não apresentavam alterações. Durante o período em análises foram também realizados 24 exames nível I (fora do hospital) o que corresponde a 6% de todos os exames feitos (níveis I, II e III).

**Conclusões:** A informação obtida nos ESA analisados foi suficiente para o diagnóstico de DRS na maioria dos casos com suspeita deste distúrbio. Houve necessidade de repetir o exame por má qualidade do sinal, em apenas um pequeno número de exames. Estes resultados apoiam a utilização de ESA para o diagnóstico do DRS, admitindo-se que seja este o tipo de exame mais indicado num Hospital Geral.



PE 087

## QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO OBESIDADE (SHO) QUE REALIZAM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

IS Pereira, A Alves, C Ribeiro, C Nogueira, D Ferreira, S Conde  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Palavras-chave: Síndrome de hipoventilação-obesidade, ventilação não invasiva, SRI, qualidade de vida

**Introdução:** O Síndrome de Hipoventilação-Obesidade (SHO) define-se como a hipoventilação alveolar crónica caracterizado por hipercâpnia diurna ( $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ ) num indivíduo obeso ( $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$ ) que não pode ser atribuído a outras causas. O SHO está associado a elevada morbidade, sendo importante avaliar a qualidade de vida destes doentes após início de terapêutica com VNI para avaliar a eficácia do tratamento. Os questionários de qualidade de vida SRI (Severe Respiratory Insufficiency) estão validados para quantificar a qualidade de vida dos doentes com insuficiência respiratória crónica.

**Objetivos:** Pretendeu-se avaliar as características e qualidade de vida dos doentes com SHO a realizar VNI seguidos na consulta de VNI.

**Métodos:** Foram aplicados questionários de qualidade de vida SRI aos doentes com SHO em fase de estabilidade que realizam VNI crónica há mais de 3 meses. O questionário de qualidade de vida SRI está desenhado de modo a avaliar a qualidade de vida nas diferentes dimensões com pontuações percentuais - queixas respiratórias (8 perguntas) - SRI-RC, funcionamento físico (6 perguntas) - SRI-PF, sintomas atuais e sono (7 perguntas) - SRI-AS, relações sociais (6 perguntas) - SRI-SR, ansiedade (5 perguntas) - SRI-AX, sintomas psicológicos (9 perguntas) - SRI-WB e funcionamento social (8 perguntas) - SRI-SF. São um total de 49 perguntas, cuja resposta varia consoante a afirmação dada se adequa à sintomatologia do doente na semana anterior (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre). No final é realizada a média das pontuações de cada dimensão estudada - SRI-SS. Uma pontuação alta reflete uma boa qualidade de vida.

**Resultados:** Foram incluídos 23 doentes com SHO, de acordo com os critérios de inclusão, com uma idade média de 64,7 anos. Apenas 17,4% eram do sexo masculino e o IMC médio foi de 47,2  $\text{Kg/cm}^2$ . Estavam a realizar VNI numa média de 72 meses com utilização média por dia de 7,9 horas. Em relação às alterações funcionais, em média, o FEV1 era de 65% do valor preditivo e a CVF de 76% do valor preditivo. Os resultados obtidos são dados na tabela 1:

Tabela 1 - Análise dos resultados do SRI

| Dimensões | Resultados |
|-----------|------------|
| SRI-RC    | 63.5       |
| SRI-PF    | 41.6       |
| SRI-AS    | 45.3       |
| SRI-SR    | 73.0       |
| SRI-AX    | 53.3       |
| SRI-WB    | 54.2       |
| SRI-SF    | 58.6       |
| SRI-SS    | 55.6       |

SRI-RC - queixas respiratórias; SRI- PF - funcionamento físico; SRI-AS - sintomas atuais e sono; SRI-SR - relações sociais; SRI-AX - ansiedade; SRI-WB - sintomas psicológicos; SRI-SF - funcionamento social; SRI SS - média das pontuações

**Conclusão:** O SHO é uma doença crónica que tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Os scores mais baixos foram observados ao nível do funcionamento físico e dos sintomas atuais e do sono. É assim importante identificarmos as principais queixas e constrangimentos destes doentes para uma abordagem multidisciplinar. A aplicação destes questionários aos doentes com insuficiência respiratória crónica que realizam VNI cronicamente são essenciais para melhor entender as diferentes patologias e promover um melhor cuidado médico.

PE 088

## O GÉNERO PODERÁ INFLUENCIAR A NECESSIDADE DE MAIS ACOMPANHAMENTO CLÍNICO EM DOENTES SOB TERAPIA COM APAP?

M Guedes, S Guedes, J Pereira, MI Garcia

Linde Saúde, Lda.

Palavras-chave: Síndrome de Apneia do Sono (SAS), adesão, género, masculino, feminino

**Introdução:** A adesão à terapia com APAP continua a ser um desafio, podendo ser vista como o maior determinante para a eficácia terapêutica. Evidências sugerem a existência de diferenças substanciais entre géneros no que diz respeito a sintomas, diagnóstico e consequências da síndrome de apneia do sono (SAS). Enquanto que no homem a sintomatologia é muito típica, caracterizada por roncopatia, períodos de apneia relatados pelo cônjuge e hipersonolência diurna, na mulher o quadro clínico é caracterizado muitas vezes por sintomatologia mais atípica como fadiga, cefaleias matinais, insónia e depressão. Contudo, o género não demonstra ser um fator preditivo da adesão ao APAP.

**Objetivo:** Avaliar nos doentes sob terapia com APAP se o género poderá influenciar a necessidade de mais acompanhamento clínico telefónico ou domiciliário durante o 1º mês de tratamento.

**Metodologia:** Estudo do tipo retrospectivo. Foram avaliados 568 doentes com distúrbios respiratórios do sono que iniciaram terapia APAP entre Janeiro e Junho de 2017. Foram incluídos doentes com idade superior a 18 anos que iniciaram terapia com o mesmo modelo de interface nasal, sem humidificação. Excluíram-se os doentes que tiveram mudança da terapia, ou que suspenderam o tratamento e reiniciaram durante o período em estudo. A amostra foi dividida em 2 grupos por género. Foram recolhidos dados do número de contactos clínicos efetuados a pedido do doente por dificuldades com a terapia e de visitas clínicas domiciliárias durante o 1º mês de tratamento, adicionais ao acompanhamento protocolar efetuado pela empresa de Cuidados Respiratórios Domiciliários. O padrão de utilização foi também comparado entre os géneros.

**Resultados:** A média de idades foi de 61±12 anos (60 nos homens e 63 nas mulheres), 59% tinham idade igual ou superior a 60 anos e 70,8% era do género masculino. Verificou-se que os doentes do género feminino necessitaram de uma maior intensidade de acompanhamento clínico telefónico (média superior de contactos clínicos  $Q = 0,26$  vs  $0,16$ ,  $p \leq 0,05$ ) durante o 1º mês de terapia. Relativamente às visitas de profissional de saúde, nas mulheres não se verificaram diferenças em relação aos homens ( $Q = 0,06$  vs  $0,05$ ,  $p > 0,05$ ). Quanto ao padrão de utilização, os homens apresentaram uma média de utilização superior, sendo que 72% cumpriram mais de 4 horas/noite em, pelo menos, 70% das noites (versus 66% mulheres), não tendo, no entanto, significância estatística.

**Conclusão:** Este estudo sugere que, nesta amostra, os doentes do género feminino necessitaram de uma maior intensidade de acompanhamento clínico telefónico, durante o primeiro mês de terapia com APAP, para além das intervenções protocolares, embora isto não se reflita em diferenças em termos de adesão à terapia entre os dois géneros. Outras variáveis poderão influenciar as diferenças observadas, como o facto de os doentes utilizarem equipamentos e pressões terapêuticas diferentes, a idade dos doentes ou o contexto social, no entanto estudos que identifiquem este tipo de variáveis são importantes para se poderem vir a traçar ações mais proactivas e preventivas de abordagem e acompanhamento a este tipo de doentes que sejam adaptadas às suas necessidades particulares de acompanhamento.

PE 089

## A IDADE PODERÁ INFLUENCIAR A NECESSIDADE DE MAIS ACOMPANHAMENTO CLÍNICO EM DOENTES SOB TERAPIA COM APAP?

S Guedes, M Guedes, J Pereira, MI Garcia

Linde Saúde, Lda.

Palavras-chave: Síndrome de apneia do sono (SAS), prevalência, adesão, idade

**Introdução:** A Síndrome de apneia do sono (SAS) é, atualmente, um problema de saúde pública quando não diagnosticada ou tratada eficazmente, sendo a adesão à terapia com APAP um desafio que continua a ser visto como o maior determinante para a eficácia terapêutica. Evidências confirmam que o avanço da idade poderá influenciar o aumento da prevalência da SAS e demonstram que em doentes com índice de apneia-hiponeia (IAH)  $\geq 15$  eventos/h, a prevalência na população adulta geral poderá variar entre os 6% e os 17%, podendo atingir os 49% nas idades mais avançadas. No entanto, a idade não tem demonstrado ser um fator preditivo da adesão ao APAP.

**Objetivo:** Avaliar nos doentes sob terapia com APAP se a faixa etária poderá influenciar a necessidade de mais acompanhamento clínico telefónico ou domiciliário durante o 1º mês de tratamento.

**Metodologia:** Estudo do tipo retrospectivo. Foram avaliados 568 doentes com distúrbios respiratórios do sono que iniciaram terapia APAP entre Janeiro e Junho de 2017. Foram incluídos doentes com idade superior a 18 anos que iniciaram terapia com o mesmo modelo de interface nasal, sem humidificação. Excluíram-se os doentes que tiveram mudança da terapia, ou que suspenderam o tratamento e reiniciaram durante o período em estudo. A amostra foi dividida em 2 grupos por faixa etária ( $< 60$  anos e  $\geq 60$  anos). Foram recolhidos dados do número de contactos clínicos efetuados a pedido do doente por dificuldades com a terapia e de visitas clínicas domiciliárias durante o 1º mês de tratamento, adicionais ao acompanhamento protocolar efetuado pela empresa de Cuidados Respiratórios Domiciliários. O padrão de utilização foi também comparado entre os grupos etários.

**Resultados:** A média de idades foi de 61±12 anos, 59% tinham idade igual ou superior a 60 anos e 70,8% era do género masculino. Os doentes com idade igual ou superior a 60 anos necessitaram de uma maior intensidade de acompanhamento clínico telefónico ( $Q = 0,22$  vs  $0,14$ ,  $p \leq 0,05$ ) durante o 1º mês de terapia. Quanto às visitas de profissional de saúde não se verificaram diferenças entre os doentes com  $\geq 60$  anos em relação aos outros ( $Q = 0,04$  vs  $0,05$ ,  $p > 0,05$ ). Relativamente ao padrão de utilização os doentes com  $\geq 60$  anos foram os que apresentaram uma adesão superior (74% cumpriram mais de 4 horas/noite em, pelo menos, 70% das noites), relativamente aos com  $< 60$  anos cuja adesão foi de 66%, com diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).

**Conclusão:** Este estudo sugere que nesta amostra, os doentes mais idosos necessitaram de uma maior intensidade de acompanhamento clínico telefónico, durante o primeiro mês de terapia com APAP, para além das intervenções protocolares de acompanhamento. Verificámos também que os doentes com idade igual ou superior a 60 anos foram os que apresentaram uma maior adesão ao tratamento. Identificamos como limitações o facto de os equipamentos e as pressões terapêuticas serem diferentes. No entanto a identificação destas variáveis poderão contribuir para se poderem traçar ações mais proactivas e preventivas, como o estabelecimento de protocolos de acompanhamento mais customizados às necessidades deste tipo de doentes.



PE 090

## QUANDO A ALTERAÇÃO DO MODO VENTILATÓRIO OPTIMIZA A TERAPIA

J Silva<sup>1</sup>, C Maciel<sup>2</sup>, F Morim<sup>3</sup>, C Esteves,<sup>4</sup> C Caneiras<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira de Reabilitação | PRAXAIR Portugal, Gases SA; <sup>2</sup>Fisioterapeuta | PRAXAIR Portugal, Gases SA; <sup>3</sup>Técnico de Neurofisiologia | PRAXAIR Portugal, Gases SA; <sup>4</sup>Farmacêutica | PRAXAIR Portugal, Gases SA

Palavras-chave: Cuidados Respiratórios Domiciliários, eficácia, adesão, modo ventilatório

**Introdução:** Têm indicação para terapia com pressão positiva binível os doentes com insuficiência respiratória resultante quer de Síndrome de Apneia do Sono (SAS) e Síndrome de Obesidade e Hipoventilação quer de síndrome de sobreposição (associação de SAS com outras patologia respiratórias) (DGS, 2015). A qualidade de serviço prestado pelas empresas de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD) deverá corresponder ao estado da arte do conhecimento médico e promover a articulação com os serviços médicos de forma a identificar precocemente, fatores comprometedores da adesão e eficácia terapêutica

**Métodos e Resultados:** De Janeiro a Junho de 2017 foram acompanhados 37 indivíduos com terapia em modo ventilatório espontâneo (S), com o objectivo de promover a adesão e eficácia terapêutica. No acompanhamento domiciliário foram identificados 6 indivíduos (16,2%) com factores comprometedores da eficácia da terapia como IAH residual elevado (média de 20,7), dessaturação noturna acentuada (média de 88,9 ±0,9) e/ou baixa adesão (média de horas de utilização de 5,4 ±2,6), tendo sido os mesmos reportados ao médico prescriptor. Os indivíduos apresentavam uma média de idades de 68,7 ±7,5, e apenas 1 é do sexo masculino. Todos estes indivíduos iniciaram terapia em modo S, para tratamento das causas subjacentes à insuficiência respiratória, com pressões inspiratórias entre os 19cmH<sub>2</sub>O e os 20cmH<sub>2</sub>O e pressões expiratórias entre os 4cmH<sub>2</sub>O e os 10cmH<sub>2</sub>O.

Após a sinalização, foi alterado o modo ventilatório de S para espontâneo-temporizado (ST) sendo que em nenhum dos casos houve alteração das pressões. As frequências de suporte aplicadas encontravam-se entre 12rpm e 17rpm. Posteriormente (≅1mês), foram analisados os resultados verificando-se uma diminuição do IAH residual (média 1,6 ±1,6), uma melhoria das saturações noturnas (média 93,7 ± 1,8) e um aumento na adesão à terapia (média 7,6 ±2,5).

**Conclusão:** A monitorização domiciliária e a análise cuidada dos dados em detalhe, juntamente com a anamnese realizada no acompanhamento regular pelo profissional de saúde da empresa prestadora de CRD, permite identificar e reportar precocemente ao prescriptor as situações que comprometam a eficácia e/ou adesão ao tratamento.

PE 091

## CAUSA RARA DE BRONQUIECTASIAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

PI Pedro, L Ferrara, D Canário

Hospital Garcia de Orta

Palavras-chave: discinesia ciliar primária, bronquiectasias, etiologia

A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença rara com um padrão de hereditariedade autossómico recessivo. A etiopatogenia é caracterizada por alterações estruturais e/ou funcionais ciliares que condicionam disfunção da mobilidade dos cílios. A ineficácia da *clearance* mucociliar determina infeções respiratórias recorrentes, com progressão habitual para lesão pulmonar com bronquiectasias. As manifestações clínicas e imagiológicas incaracterísticas determinam a necessidade de estabelecimento de diagnóstico definitivo através de microscopia eletrónica ou videomicroscopia de alta velocidade.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, com 41 anos de idade, não fumador, que foi referenciado a Consulta de Pneumologia Geral no Hospital Garcia de Orta com os seguintes antecedentes: asma brônquica desde a infância, com melhoria clínica durante a adolescência, mas com agravamento desde 2006; bronquiectasias diagnosticadas em 2006, de etiologia não esclarecida, que motivaram a realização de lobectomia inferior esquerda em 2011; rinosinusite e otite média crónicas desde a infância.

Clinicamente, o doente referia agravamento progressivo do quadro de tosse produtiva habitual com expectoração mucopurulenta em moderada quantidade, associado a dispneia de esforço (mMRC 3) e pieira. Anualmente, mencionava cerca de 1-2 exacerbações da rinosinusite e/ou da otite, e pelo menos 2 episódios de sobreinfeção das bronquiectasias. Encontrava-se a realizar reabilitação respiratória e terapêutica broncodilatadora e corticoterapia inaladas.

Em relação à história social, o doente não tinha filhos e não havia sido estudado para exclusão de infertilidade.

Realizou estudo funcional respiratório que mostrava alteração obstrutiva bronquiolar, sem resposta à broncodilatação; e tomografia computadorizada (TC) do tórax que confirmava a presença de bronquiectasias dispersas, varicosas e quísticas, coexistindo sinais de impactione mucóide.

Em relação a exames complementares de diagnóstico que o doente realizou previamente à consulta destacavam-se: prova de suor negativa; níveis séricos de alfa-1 antitripsina, imunoglobulinas IgG, IgA e IgM, e IgE total sem alterações; testes de sensibilidade cutânea para alergénios respiratórios negativos; e TC ouvidos e seios perinasais mostrava otite média crónica bilateral e opacidade total tímpanomastóideia.

Perante o quadro clínico pulmonar e otorrinolaringológico do doente, e as alterações apresentadas, suspeitou-se de patologia ciliar.

Realizou-se biópsia da mucosa nasal para análise por microscopia eletrónica que mostrou epitélio pavimentoso não ciliado, sugerindo-se a realização de nova biópsia nasal ou brônquica. Optou-se pela realização de biópsia brônquica através de videobroncofibroscopia, e o estudo dos axonemas na amostra revelou ausência ou anomalias dos braços de dineína internos, compatível com perda de motilidade ciliar e com o diagnóstico de DCP.

O doente foi referenciado para seguimento em consulta no Hospital Pulido Valente.

Os autores pretendem destacar que, apesar de rara, a DCP pode ser responsável por 1 a 4% dos casos de bronquiectasias no adulto. Atendendo a que a repercussão da doença a nível pulmonar assume particular relevância prognóstica, os autores procuram alertar para as manifestações clínicas mais frequentes da DCP, para que através do seu reconhecimento precoce seja possível influenciar o prognóstico do doente. No caso apresentado, o envolvimento de outros sistemas, como o do aparelho respiratório superior, facilita a suspeição diagnóstica.



PE 092

### ASMA GRAVE? É “PEANUTS”...

T Sá<sup>1,2</sup>, V Caldeira<sup>1,2</sup>, D Silva<sup>1,2</sup>, R Coelho<sup>1,2</sup>, A Borba<sup>1,2</sup>, L Semedo<sup>1,2</sup>, J Cardoso<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospital de Lisboa Central, <sup>2</sup>NOVA Medical School Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

Palavras-chave: Asma, corpo estranho, broncoscopia

**Introdução:** A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas com elevada prevalência. Pieira, dispneia, opressão torácica e tosse de intensidade variável são os sintomas cardinais desta doença. No entanto a realização de uma história clínica detalhada e a valorização dos exames complementares de diagnóstico é fundamental para o diagnóstico diferencial desta patologia.

**Caso clínico:** Relata-se o caso de um homem de 44 anos, caucasiano, não fumador, sem alergias ou exposição conhecida a pneumopolutentes, com excesso de peso (IMC 29), enviado à consulta de Pneumologia para esclarecimento de quadro de tosse crónica. Tratava-se de um doente sem queixas do foro respiratório até há cerca de 2 anos, altura em que inicia queixas recorrentes de pieira, dispneia, tosse seca e rinorreia mucosa. Desde então foi medicado com diferentes broncodilatadores e corticoides inalados, referindo múltiplos episódios de exacerbação das queixas respiratórias, com necessidade de recurso a urgência hospitalar e prescrição de corticoterapia sistémica.

Quanto inquirido, o doente relacionava o início dos sintomas respiratórios com episódio de engasgamento e conseqüente apneia durante a ingestão de amendoins. Associado a este episódio apresentou expectoração mucosa abundante e hemoptises recorrentes durante aproximadamente dois dias.

Referia ainda agravamento da sintomatologia respiratória em dias de maior humidade e menor temperatura e trepopneia em decúbito lateral direito.

Ao exame objectivo destacava-se auscultação pulmonar com murmúrio rude bilateralmente e sibilos teleexpiratórios dispersos por todo o hemitórax direito.

Do estudo complementar realizado previamente destacavam-se provas funcionais respiratórias com ligeira alteração ventilatória obstrutiva, prova de broncodilatação negativa e tomografia computadorizada de tórax no relatório da qual era descrita redução da permeabilidade da pirâmide basal direita, nomeadamente dos segmentos posterior e interno pela presença de padrão reticulo-micronodular.

Atendendo à história clínica sugestiva de aspiração de corpo estranho foram reapreciadas as imagens de tomografia computadorizada identificando-se a presença de corpo estranho semi-circunferencial com densidade cálcica localizado no brônquio intermediário. Foi realizada broncoscopia flexível na qual se objectivou corpo estranho no brônquio intermediário (casca de fruto seco), condicionando oclusão total do mesmo, que foi removido com permeabilização do lúmen, visualizando-se a esse nível área de tecido de granulação com protusão para o lúmen brônquico.

O doente manteve seguimento em consulta, tendo apresentado resolução total da sintomatologia respiratória, permitindo a suspensão da terapêutica inalada. Foi realizada avaliação endoscópica após 3 meses que revelou evolução favorável das alterações inflamatórias previamente descritas.

**Conclusão:** Dada a sua elevada prevalência, a asma deve ser considerada um diagnóstico provável na presença de sintomas respiratórios compatíveis com broncospasma de intensidade variável. Apesar de pouco frequente na idade adulta, a aspiração de corpo estranho deve ser considerada no diagnóstico diferencial destes doentes, uma vez que o seu diagnóstico atempado permite evitar complicações futuras.