



## POSTERS COMENTADOS

### XXXIV Congresso de Pneumologia

Praia da Falésia - Centro de Congressos Epic Sana  
Algarve, 8-10 de Novembro de 2018

#### PC 001. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA DOS IDOSOS COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

B.M.C. Monteiro, A.P.P.R. Belo

*Centro Hospitalar Cova da Beira-Hospital Pêro da Covilhã.*

**Introdução:** Ansiedade, depressão e baixa autoestima são bastante frequentes em idosos que possuem patologia respiratória. Os programas de reabilitação respiratória permitem reduzir essas alterações psicoemocionais.

**Objectivos:** Conhecer os níveis de ansiedade, depressão e auto-estima dos idosos com patologia respiratória, seguidos pelo Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), assim como as redes de suporte social. Analisar a influência do género, idade, nível educacional e local de residência, com os *scores* de ansiedade, de depressão e de autoestima, bem como a relação existente.

**Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, de características quantitativas, composto por uma amostra de 74 idosos selecionados por conveniência. Na recolha dos dados foi aplicado um questionário sociodemográfico, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).

**Resultados e conclusões:** A prevalência de ansiedade foi de 54,02%, depressão de 47,35% e baixa autoestima de 6,8%. O apoio informal foi o mais frequente (68,9%). O género influenciou estatisticamente a ansiedade, e a escolaridade influenciou a depressão e a auto-estima ( $p < 0,05$ ). Obtiveram-se correlações significativas entre os *scores* de ansiedade, depressão e auto-estima ( $p < 0,001$ ). Os dados indicam que a prevalência da ansiedade nos idosos foi superior à da depressão, apresentando valores satisfatórios de autoestima global. Concluiu-se que a avaliação e a intervenção ao nível da componente psicológica podem permitir uma redução significativa das alterações psicoemocionais encontradas.

**Palavras chave:** Idosos. Patologia respiratória. Ansiedade. Depressão e autoestima.

#### PC 002. PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

F.M. Duarte, M. Manuel, A.H. Ribeiro, J. Meireles

*Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.*

**Introdução:** Em Portugal estão definidos critérios para oxigenoterapia ( $O_2Tx$ ) em ambulatório (DGS) e em ambiente pré-hospitalar (INEM), não existindo recomendações quanto à sua utilização em internamento hospitalar. Em 2008 (atualização em 2017), a *British Thoracic Society* (BTS) publicou recomendações para  $O_2Tx$  no doente agudo com base na prescrição por intervalos-alvo de saturação de  $O_2$  ( $IA-SpO_2$ ). Posteriormente, o estudo EMO (Neves, 2012) concluiu que a  $O_2Tx$  nos Serviços de Medicina Interna (SMI) portugueses não seguia as melhores práticas, havendo melhores resultados com a prescrição por  $IA-SpO_2$ .

**Objectivos:** Instituição de um protocolo de prescrição de  $O_2Tx$  por  $IA-SpO_2$  num SMI e avaliação do impacto na melhoria da qualidade de cuidados aos doentes internados.

**Métodos:** Após a realização de auditoria piloto em 2016, procedeu-se à criação de protocolo de  $O_2Tx$  com base nas recomendações da BTS e ações de formação a médicos e enfermeiros. Realizaram-se, de forma prospetiva, auditorias trimestrais durante o ano de 2017, tendo-se analisado a prescrição, risco de insuficiência respiratória hipercápnica (IR2), cumprimento da prescrição e correta administração. Análise de dados efetuada com Excel e SPSS.

**Resultados:** Foram avaliados 391 doentes, 207 (52,9%) do sexo feminino, com idades entre os 18 e 98 anos (média  $76,4 \pm 14,4$ ) e com demora média  $7,4 \pm 7$  dias. Tinham  $O_2Tx$  prescrita 283 (72,4%) doentes, dos quais 240 (84,8%) por alvo definido, tendo-se verificado um aumento progressivo da adequação da prescrição ao longo das avaliações trimestrais (1.ºT 28, 70%; 2.ºT 100, 28,6%; 3.ºT 74, 90,2%; 4.ºT 38, 95%;  $p = 0,006$ ). Identificaram-se 101 (35,7%) com risco de IR2. No momento de verificação, dos 240 doentes com alvo prescrito, 183 (76%) encontravam-se com  $SpO_2$  no alvo pretendido, 27 doentes estavam em risco de agravamento de hipercápnia. Dos doentes auditados, 2% estavam sob oxigenoterapia sem prescrição médica. Comparativamente à auditoria piloto verificou-se um au-

mento significativo da prescrição por alvo de SpO<sub>2</sub> (23,9% vs 84,8%, p < 0,001), diminuição da prescrição por débito fixo (21,7% vs 0%, p < 0,001), aumento da identificação de doentes em risco de IR2 (15,2% vs 35,7%; p = 0,006); 74,2% dos doentes com O<sub>2</sub> prescrito por alvo estavam dentro do objetivo, verificando-se que 7% estavam acima e 5% abaixo do alvo no momento de verificação.

**Conclusões:** Após a elaboração do protocolo de O<sub>2</sub>Tx e formação das equipas médica e de enfermagem envolvidas na terapêutica, comparativamente à auditoria piloto, verificou-se uma melhoria significativa na prescrição por IA-SpO<sub>2</sub>, na identificação de doentes em risco de IR2 e terminaram as prescrições por débito fixo, havendo ainda pontos a otimizar, nomeadamente no que diz respeito à adequação da administração de O<sub>2</sub> e monitorização de SpO<sub>2</sub>, de modo a minimizar os riscos para os doentes e melhorar os seus *outcomes*.

**Palavras chave:** Oxigenoterapia. Protocolo. Serviço de Medicina Interna.

### PC 003. FUNÇÃO RESPIRATÓRIA QUALIDADE “A”: MITO OU REALIDADE

M. Silva, A.C. Rijo, T. Duarte, C.B. Forte, S. Carreira, P. Duarte  
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE-Hospital de São Bernardo.

**Introdução:** A espirometria é o exame funcional respiratório mais amplamente utilizado e de fácil acesso, cuja validade depende de critérios de qualidade definidos internacionalmente.

**Objectivos:** Avaliar a qualidade das espirometrias realizadas no Laboratório de Fisiopatologia Respiratória (LFR) de um Serviço de Pneumologia de acordo com as normas da *American Thoracic Society/European Respiratory Society* (ATS/ERS).

**Métodos:** Estudo prospetivo da análise de todas as espirometrias realizadas no LFR num período de duas semanas, de acordo com a classificação de qualidade ATS/ERS. Os exames foram caracterizados no que diz respeito a critérios de aceitabilidade (realçando o volume de extrapolação - Vex e tempo expiratório forçado - FET), repetibilidade e padrão ventilatório (de acordo com os limites de normalidade). Foi avaliado o grau subjetivo de dificuldade de realização do exame através de uma escala visual analógica. A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics versão 22.

**Resultados:** Foram analisadas espirometrias de oitenta doentes (45 do género masculino), com uma média de idades de 62,89 anos (42,5% com idade superior a 69 anos) e 30,19 Kg/m<sup>2</sup> de Índice de Massa Corporal (IMC). Aproximadamente metade dos doentes (53,7%) tinha realizado provas funcionais previamente e atribuiu um grau de dificuldade médio a fácil à realização da espirometria (41,3% e 41,3%, respetivamente). Relativamente ao padrão ventilatório, a maior parte dos exames não apresentou alteração funcional (60,0%), obtendo-se 31,3% com alteração obstrutiva e 2,5% com alteração sugestiva de restrição. A capacidade vital forçada (FVC) média foi de 2,98 L, o volume expiratório máximo no 1º segundo (FEV<sub>1</sub>) médio foi de 2,13 L e 61,3% dos exames apresentaram valores de FEV<sub>1</sub> superiores a 80% do valor previsto. Os doentes realizaram, em média, 5,70 manobras, com uma média de 2,93 curvas aceitá-

veis. As curvas aceitáveis mostraram valores médios de Vex de 81,73 ml, FET de 9,56 segundos, repetibilidade para a FVC de 47,80 ml e repetibilidade para o FEV<sub>1</sub> de 40,14 ml. No que diz respeito à classificação de qualidade, verificou-se que a grande maioria dos exames cumpre o grau de qualidade “A” tanto para a FVC como para o FEV<sub>1</sub> (82,5% e 80,0%, respetivamente) e que apenas cinco exames (6,3%) foram classificados como “F”.

**Conclusões:** A amostra estudada revelou que apenas uma pequena percentagem de doentes não consegue cumprir os critérios de qualidade para a realização de espirometrias definidos pela ATS/ERS. Este estudo constitui uma primeira abordagem a este tema e estudos futuros, em amostras de maior dimensão, permitirão avaliar que variáveis (antropométricas, demográficas, sociais ou funcionais) influenciam a obtenção de espirometrias com qualidade.

**Palavras chave:** Função respiratória. Espirometria. Controlo de qualidade.

### PC 004. A PROVA DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA PROVOCA MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS NA ESTABILIDADE HEMODINÂMICA

R. Staats, C. Pereira, P. Alves, D. Fernandes, J. Valença, S. Moreira, A.F. Matos, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, CHLN.

**Introdução:** As provas de função respiratória (PFR), como a espirometria, são atualmente consideradas um procedimento padrão na avaliação de risco pré-operatório. No entanto, pouco se sabe sobre o efeito hemodinâmico das PFR, embora possam ser encontradas variações relevantes da pressão intratorácica.

**Métodos:** Em 30 doentes, durante as manobras de espirometria forçada, foram investigados parâmetros hemodinâmicos (HP) pelo registo não invasivo Nexfin-HD, batimento a batimento. Os HP avaliados foram: pressão arterial sistólica (Sys), débito cardíaco (CO) e frequência cardíaca (HR). Todos os HP foram analisados durante o volume corrente (TV), início da expiração forçada (IE), expiração forçada média (ME), re-inspiração (RI) e pós-re-inspiração (PI). A média de pelo menos 3 ondas de pulso estáveis foi calculada para cada ponto de tempo. Para a análise estatística foi utilizado o teste não-paramétrico para amostras emparelhadas de Friedman, com nível de significância de 95%.

**Resultados:** Os resultados obtidos são apresentados na tabela. Os três parâmetros sofreram mudanças significativas durante a espirometria. A expiração levou ao aumento significativo da pressão arterial em 43 mmHg quando comparada com a do TV e foi significativamente maior quando comparada com a obtida em todos os outros momentos; durante a ME diminuiu e regressou para o valor basal após a inspiração. O CO diminuiu 50% durante a expiração, porém atingiu significância apenas durante a IE e ME quando comparado ao RI e PI (p < 0,001). A HR aumentou constantemente até RI 22 bpm, atingindo significância estatística na ME quando comparada à do TV (< 0,001).

**Conclusões:** Os nossos resultados mostram que a espirometria tem um impacto significativo nos HP essenciais. Embora a medição de HP pelo método de Nexfin-HD não possa ser transcrita um para um

Tabela PC 004

	Volume corrente	Expiração inicial	Expiração média	Re-inspiração	Pós re-inspiração
Pressão arterial sistólica	121 (44)	164 (52)	95 (32)	112 (39)	143 (58)
Débito cardíaco	6,0 (5,2)	4,0 (2)	4,0 (3)	7,0 (3)	6,0 (3)
Frequência cardíaca	74 (16)	78 (9)	90 (15)	96 (20)	79 (20)
Mediana (IQ range).					

em valores absolutos, um trabalho anteriormente apresentado demonstrou, que em comparação com os valores de Nexfin-HD a medida invasiva da PA sistólica tem o mesmo padrão durante as manobras de PFR, embora não seja na mesma amplitude. As PFR de avaliação pré-operatória em doentes instáveis devem ser discutidas atendendo a estes resultados.

**Palavras chave:** *Espirometria. Tensão arterial. Débito cardíaco.*

#### PC 005. SÍNDROME DE SWYER-JAMES-MACLEOD: SÉRIE RETROSPETIVA NUM HOSPITAL CENTRAL

J.O. Pereira, V. Fernandes, T.M. Alfaro

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

**Introdução:** A síndrome de Swyer-James-Macleod (SSJM) é uma entidade clínico-patológica rara, caracterizada por bronquiólite obliterante secundária a uma infeção respiratória na infância. Desta decorrem defeitos no desenvolvimento da vasculatura pulmonar, resultando em hipoplasia do pulmão afetado e num padrão de hiperlucência pulmonar unilateral devido a “air-trapping”. Apresenta um amplo espectro clínico, parcialmente determinado pela presença de bronquiectasias. Embora seja geralmente identificada na infância no contexto de infeções respiratórias de repetição, as manifestações clínicas são diversas, estando descritos diagnósticos incidentais em adultos assintomáticos. O nosso objetivo foi caracterizar uma população de doentes com SSJM observados num hospital central.

**Métodos:** Foram incluídos os casos de adultos com o diagnóstico de SSJM em seguimento nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Foram colhidos dados demográficos, clínicos, laboratoriais, funcionais e imagiológicos.

**Resultados:** Foram incluídos seis doentes, quatro do sexo masculino, sendo a idade mediana à referenciação de 50 anos. A dispneia foi o sintoma mais frequente à apresentação e dois terços apresentavam pelo menos um registo de hemoptise ou expectoração hemoptóica ao longo do seguimento. Apenas um tinha antecedentes tabágicos. Todos realizaram TC do tórax, sendo que o pulmão mais afetado era o esquerdo (quatro casos). Dois terços apresentavam bronquiectasias associadas, sendo as hemoptises mais frequentes nestes doentes. As provas de função respiratória estavam disponíveis em cinco doentes, sendo normais em apenas um. Os restantes apresentavam alterações obstrutivas em um caso, mistas em dois e restritivas em outro. Durante o período de seguimento, quatro doentes mantiveram limitação funcional importante permanente ou por exacerbações frequentes. Um dos doentes faleceu de causa não-relacionada.

**Conclusões:** A SSJM é um achado raro, mas associa-se frequentemente a sintomatologia crónica. As consequências clínicas e funcionais são muito variáveis. As bronquiectasias associam-se frequentemente a queixas de hemoptises ou expectoração hemoptóica.

**Palavras chave:** *Síndrome de Swyer-James-Macleod. Pulmão hiperluciente unilateral.*

#### PC 006. CONSULTA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

A. Pousinha, A.I. Oliveira, L.P. Costa, D. Grencho, C. Pissarra, J. Pimentel, P. Rosa

*Unidade de Pneumologia, Hospital Vila Franca de Xira.*

**Introdução:** A consulta de Insuficiência Respiratória (CIR) teve o seu início em abril de 2012. Os doentes são referenciados a partir do internamento de Medicina e da consulta de Pneumologia. Tem pe-

riodicidade semanal e é realizada actualmente no Hospital Dia, com intervenção de pneumologistas, técnicos de cardiopneumologia e enfermeiros. Os principais objetivos desta consulta são avaliar a indicação de oxigenoterapia e/ou ventiloterapia e otimização terapêutica precoce. A monitorização é efectuada através de avaliação clínica, preenchimento de questionários mMRC, CAT, Borg, SGRQ, LCADL, Euro-Qol visual, HAD, provas de função respiratória, gasimetria arterial, oximetria nocturna e prova de marcha de 6 min. Todo o material de ventiloterapia, que o doente traz é verificado, bem como lido o cartão de dados. A medicação é revista e feito ensino e revisão de técnica inalatória em todas as consultas. A CIR funciona em articulação com a Medicina Física e Reabilitação, nomeadamente no programa de reabilitação respiratória com treino de exercício (RR).

**Objetivos:** Caracterização dos doentes avaliados na CIR.

**Métodos:** Estudo longitudinal de coorte, retrospectivo das consultas de Insuficiência Respiratória (CIR) realizadas entre abril de 2012 e junho de 2018. Para recolha de dados foram consultados os processos clínicos e os resultados dos exames complementares de diagnóstico. Foram consideradas para análise: idade, sexo, diagnóstico principal, número de comorbilidades, número de fármacos, volume expiratório forçado no 1º segundo, ventiloterapia, oxigenoterapia e programa de reabilitação respiratória. Os resultados são apresentados sob a forma de estatística descritiva, obtidos através do programa SPSS V 20.0.

**Resultados:** No período analisado foram avaliados 173 doentes, com idade média de 72,7 anos  $\pm$  13,6. A maioria pertence ao sexo masculino (58%). O diagnóstico mais frequente foi doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (38,15%), seguido da síndrome de sobreposição (11,6%) e patologia da parede torácica (9,8%). Em média apresentavam 3,1  $\pm$  1,9 comorbilidades e 7,3  $\pm$  1,3 fármacos por doente. O FEV1 médio foi de 1.111,08 ml  $\pm$  860,4. Na primeira consulta, 58,2% dos doentes apresentavam insuficiência respiratória (IR) tipo II, 10,3% tipo I, 31,5% não tinham IR. Destes, 63% encontravam-se sob oxigenoterapia e 36,4% sob ventiloterapia, sendo o mais frequente o binível em modo ST. Dos doentes incluídos 18,4% realizaram programa de RR.

**Conclusões:** As características dos doentes incluídos na CIR reforçam a necessidade de uma abordagem integrada, no controlo da complexidade da doença respiratória crónica. Esta avaliação global permite também a suspensão fundamentada da ventiloterapia ou oxigenoterapia iniciada em fase aguda. De destacar que, apesar dos benefícios comprovados apenas 18,4% realizaram RR.

**Palavras chave:** *Insuficiência respiratória. DPOC. Síndrome de sobreposição. Oxigenoterapia. Ventiloterapia. Hospital Vila Franca de Xira.*

#### PC 007. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM DOENTES COM DOENÇA DIFUSA DO PARÊNQUIMA PULMONAR - ESTUDO RETROSPETIVO

C. Forte<sup>1</sup>, A. Dias<sup>2</sup>, L.M. Santos<sup>3</sup>, P.I. Pedro<sup>4</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, P. Raposo<sup>2</sup>, A. Filipe<sup>2</sup>, F. Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal.* <sup>2</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.* <sup>3</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

<sup>4</sup>*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** Diversos estudos realizados nos últimos anos têm demonstrado os benefícios da reabilitação respiratória (RR) em doentes com doença difusa do parênquima pulmonar (DDPP), embora os dados sejam ainda limitados. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados de um programa de RR em doentes com DDPP.

**Métodos:** Estudo retrospectivo da análise de dados de doentes com o diagnóstico de DDPP, referenciados a um programa de RR, entre

janeiro de 2016 e dezembro de 2017. Os doentes foram caracterizados relativamente ao género, idade e parâmetros funcionais respiratórios. A dispneia foi avaliada segundo a escala modificada do *Medical Research Council* e a tolerância ao esforço foi medida através da prova de marcha de 6 minutos (PM6M). O programa foi individualizado para cada doente e incluiu exercício terapêutico, treino de atividades da vida diária, técnicas de conservação de energia, técnicas de controlo respiratório e, nos casos com indicação para oxigenoterapia, a adaptação a esta terapêutica. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o SPSS versão 17.0. As variáveis quantitativas e qualitativas foram comparadas com o teste de Wilcoxon.

**Resultados:** Foram incluídos trinta e quatro doentes (20 do sexo feminino, 14 do sexo masculino), com uma média de idades de 65,41 anos. A duração média do programa de RR foi de 4,59 meses [mínimo 2, máximo 14]. Do ponto de vista funcional respiratório, a média dos valores pré-programa foram: capacidade vital forçada (FVC) 70,22%; volume expiratório máximo no 1º segundo (FEV<sub>1</sub>) 69,39%; capacidade pulmonar total (TLC) 69,17%; capacidade de transferência alvéolo-capilar pelo monóxido de carbono (DLCO) 50,79% e DLCO corrigido para o volume alveolar (DLCO/VA) 63,95%. Da análise das variáveis da PM6M destaca-se uma melhoria significativa da dispneia, distância percorrida e saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>), com uma média de valores de dispneia inicial 3,2 vs final 2,3 ( $p = 0,015$ ), distância percorrida inicial 320,50 vs final 361,06 metros ( $p = 0,000$ ) e SpO<sub>2</sub> inicial 86,71% vs 88,79% final ( $p = 0,030$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa na fadiga dos membros inferiores ( $p = 0,407$ ) nem na frequência cardíaca de pico ( $p = 0,668$ ).

**Conclusões:** Apesar do número limitado de doentes envolvidos, os estudos têm demonstrado benefícios da RR nas DPPP. Neste estudo verificou-se uma melhoria clínica na dispneia, na distância percorrida e na SpO<sub>2</sub> mínima, com resultados estatisticamente significativos.

**Palavras chave:** Reabilitação respiratória. Doenças difusas do parênquima pulmonar.

#### PC 008. CESSAÇÃO TABÁGICA, ESPIROMETRIA E REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - A TRIÁDE DO ACES ESTUÁRIO DO TEJO

D.A. Silva<sup>1</sup>; L. Cardoso<sup>2</sup>; P. Brito<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médica de Clínica Geral, Pós-Graduada em Medicina Desportiva; <sup>2</sup>Fisioterapeuta; <sup>3</sup>Cardiopneumologista, UCSP Alverca.

No Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Estuário do Tejo, as doenças do sistema respiratório são a quarta causa de morte, com uma taxa de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) para os homens e mulheres de, respetivamente 50,2 e 13,8/100.000 habitantes. A prevenção primária, o rastreio oportunista, a deteção precoce e a intervenção no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), constituem medidas indispensáveis para a redução das taxas de incidência, morbilidade e mortalidade da DPOC. O consumo de tabaco é, de longe, o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da DPOC. Os benefícios após a cessação tabágica correspondem a uma melhoria funcional respiratória e estão associados à diminuição da incidência de outras patologias relacionadas com o tabaco, sendo a intervenção que apresenta melhor relação custo-benefício. Esta é uma das valências do ACES Estuário do Tejo, reestruturada em Março de 2017, que surgiu na sequência do Despacho 6300/2016, que prevê consultas de Cessação Tabágica, acesso a Espirometria e Reabilitação Respiratória nos CSP. Esta consulta de Cessação Tabágica tem uma dinâmica muito própria, pois além da consulta médica e de enfermagem, os utentes têm à sua disposição um grupo terapêutico moderado pela médica, enfermeira e psicólogo, onde

podem partilhar dúvidas e estratégias e uma classe de movimento a cargo de um Terapeuta Ocupacional, onde praticam atividade física. É uma consulta diferenciada, que aposta sobretudo na mudança consolidada de estilos de vida. A espirometria é um exame não invasivo do estudo da função respiratória, realizada pela Cardiopneumologista e está acessível aos utentes deste ACES desde junho de 2017. A sua realização ao nível dos CSP permite o diagnóstico mais precoce, com maior possibilidade de se retardar a evolução natural da doença. Os doentes com DPOC idealmente devem estar classificados nos CSP como pertencendo a um grupo vulnerável, requerendo vigilância médica periódica de acordo com o seu estadió de gravidade. A reabilitação respiratória é uma intervenção global e multidisciplinar, instituída sob a forma de programa, dirigida a doentes respiratórios crónicos sintomáticos, com objetivo de reduzir os sintomas e recuperar a capacidade de participar nas atividades diárias, permitindo a sua reintegração social e/ou profissional. Este projeto-piloto na área da Reabilitação Respiratória teve início em dezembro de 2017 e funciona em estreita parceria com o Hospital Vila Franca de Xira. Os doentes são triados de acordo com o seu grau de gravidade - os mais graves fazem reabilitação respiratória em ambiente hospitalar e os doentes menos graves e/ou estáveis na unidade de Alverca. Desta forma aumenta-se a acessibilidade e adesão aos programas de reabilitação respiratória. O programa é implementado pela Fisioterapeuta em conjunto com uma equipa multidisciplinar e integra uma componente educacional complementar às sessões de exercício físico, com ensino e treino de competências, no sentido de assegurar uma correta adesão ao controlo dos fatores de risco, adesão à terapêutica, promoção do autocontrolo e gestão da doença respiratória crónica. Assim, Prevenir, Diagnosticar e Reabilitar já é possível nos CSP.

**Palavras chave:** Cessação tabágica. Espirometria. Reabilitação respiratória. Cuidados de saúde primários.

#### PC 009. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EM FASE SUBAGUDA: AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA E ABORDAGEM EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO INTENSIVO

I. Carneiro, I.M. Vaz, A. Lima, S. Viamonte, J.C. Winck

Centro de Reabilitação do Norte.

**Introdução:** A síndrome de Guillain Barré (GBS) é uma polineuropatia inflamatória desmielinizante, sendo a causa mais comum de paralisia flácida neuromuscular em países desenvolvidos. O prognóstico é globalmente favorável, embora uma quantidade significativa de doentes apresente défices permanentes que afetam a qualidade de vida. A insuficiência respiratória ocorre em até 30% dos casos devido ao envolvimento dos músculos inspiratórios e expiratórios. A pneumonia de aspiração e atelectasias também podem ocorrer devido ao comprometimento da musculatura bulbar. As complicações respiratórias podem persistir, com recuperação respiratória incompleta. A literatura ainda é escassa no conhecimento da evolução da função respiratória destes doentes. Os autores elaboraram um estudo observacional prospectivo que objetivou avaliar a função respiratória em pacientes com SGB, em programa de reabilitação intensivo.

**Métodos:** Incluíram-se doentes com o diagnóstico de GBS, admitidos consecutivamente em programa de reabilitação intensivo em um centro especializado. A função pulmonar foi avaliada com espirometria, manometria, estudo do sono ou oximetria noturna.

**Resultados:** Amostra de 18 doentes (10 homens e 8 mulheres). A média de idade ao diagnóstico foi de 63 anos. O tempo médio desde o início dos sintomas até o diagnóstico foi de 5 dias. Onze doentes tiveram um provável fator predisponente. Dez pacientes apresentaram comprometimento facio bulbar e quatro pacientes necessitaram de ventilação invasiva. Nenhum doente apresentou

padrão obstrutivo na avaliação espirométrica. Sete doentes tinham um padrão restritivo, um dos quais tinha um padrão grave. Entre os pacientes que necessitaram de ventilação invasiva, 3 deles tinham um padrão restritivo. Sete doentes tiveram valores de PIM ou PEM abaixo de 60% do previsto, todos com espirometria normal. Considerando os pacientes com alterações na espirometria ou na avaliação manométrica, 14 doentes), 12 deles foram avaliados com estudo do sono ou oximetria noturna e objetivamos hipoxemia noturna em 6; diante desses resultados, 4 deles necessitaram de ventilação não invasiva.

**Conclusões:** Os resultados deste estudo revelam considerável prevalência de alterações na função respiratória na admissão, mesmo em pacientes sem ventilação mecânica prévia. Os autores consideram que uma avaliação sistemática da função respiratória é importante e necessária para a abordagem terapêutica, nomeadamente com um desenho adequado do programa de reabilitação.

**Palavras chave:** Síndrome de Guillain Barre. Avaliação respiratória. Programa de Reabilitação Intensiva.

### PC 010. A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO CD4/CD8 NAS ALVEOLITES LINFOCÍTICAS

M. Afonso, S. Heleno, A. Vale, B. Conde, A. Fernandes

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Vila Real, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.*

**Introdução:** O lavado broncoalveolar (LBA) é um instrumento útil no estudo das doenças intersticiais. Tem sido discutido o papel da relação CD4/CD8 no diagnóstico de sarcoidose, com alguns estudos a mostrarem a sua utilidade e outros a demonstrarem uma elevada variabilidade.

**Objectivos:** Determinar a especificidade do valor da relação CD4/CD8 para o diagnóstico de sarcoidose nas alveolites linfocíticas.

**Métodos:** Foram revistos os LBAs realizados entre julho de 2015 e julho de 2017, e seleccionados aqueles com alveolite linfocítica (> 15% linfócitos) e com diagnóstico clínico e/ou histológico estabelecido. Análise estatística através de SPSS-23.

**Resultados:** População de 64 doentes, com média de idade de 58,66 anos (DP  $\pm$  15,17) e 59,4% do sexo masculino. Todos os doentes, à excepção de um com patologia auto-imune, apresentavam alterações imagiológicas. Os doentes foram distribuídos em 5 grupos diferentes - sarcoidose (n = 12), doença intersticial não-sarcoidose (n = 28), infecção (n = 12), neoplasia (n = 7) e pneumoconiose (n = 5). Relativamente aos LBAs, a mediana de percentagem de linfócitos foi de 28,5% (AIQ  $\pm$  23,5), e a mediana da relação CD4/CD8 foi de 2,15 (AIQ  $\pm$  3,38). O valor da relação CD4/CD8 apresentou diferença estatisticamente significativa comparando os doentes com sarcoidose (4,70, AIQ  $\pm$  3,98; 5,17, DP  $\pm$  1,96) com outros subgrupos, nomeadamente versus doentes sem sarcoidose (1,50, AIQ  $\pm$  2,75; p < 0,05), doença intersticial não sarcoidose (1,40, AIQ  $\pm$  2,78; p < 0,05), infecção (1,85, AIQ  $\pm$  3,90; p < 0,05), neoplasia (2,00, AIQ  $\pm$  1,90; p < 0,05), pneumoconiose (0,80, AIQ  $\pm$  2,00; p < 0,05), pneumonia organizativa (0,95 AIQ  $\pm$  4,50; p < 0,05) e pneumonite de hipersensibilidade (2,5, DP  $\pm$  1,74; p < 0,05). A comparação com doentes com tuberculose (n = 3 e mediana de 3,9) não apresentou diferença significativa. A especificidade da relação CD4/CD8 calculada para um *cut-off* de 3,5 e 4,5 foi de 76,47% e 84,62%, respectivamente. Este marcador mostrou boa acuidade diagnóstica, com uma AUC de 83,40%.

**Conclusões:** Em doentes com alterações imagiológicas e linfocitose alveolar, a relação CD4/CD8 encontra-se mais elevada nos doentes com sarcoidose. Este marcador apresenta boa especificidade para o diagnóstico de sarcoidose. Valores mais altos da relação CD4/CD8 associam-se a maior especificidade.

**Palavras chave:** Sarcoidose. LBA. Relação CD4/CD8.

### PC 011. DESREGULAÇÃO METABÓLICA E COMORBILIDADES EMERGENTES SOB TERAPÊUTICA EM 2 COORTES DE SARCOIDOSE E PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE DE UMA CONSULTA DE DPI

A. Rachão, E. Seixas, P.G. Ferreira

*Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro.*

**Introdução:** A sarcoidose e a pneumonite de hipersensibilidade (PH) são duas doenças pulmonares intersticiais (DPI) prevalentes a nível mundial e associadas a elevada morbidade. Requerem frequentemente terapia a longo prazo com corticosteroides (CST), eventualmente combinados com agentes imunossuppressores, sendo que ambas opções terapêuticas podem estar associadas a distúrbios metabólicos que agravam a morbidade basal de cada doença.

**Objectivos:** Análise retrospectiva do perfil de comorbilidades e desregulação metabólica associados à terapia com CST e agentes imunossuppressores nas doenças referidas.

**Métodos:** Dados retrospectivos foram recolhidos em dois grupos de 30 doentes sequenciais com sarcoidose e PH, antes e após a instituição das terapias referidas, nomeadamente índice de massa corporal (IMC), comorbilidades, perfil glicémico e lipídico, uremia e função tiroideia. Foram, de seguida, efetuadas comparações temporais intra-grupo.

**Resultados:** O grupo de 30 doentes com sarcoidose apresentou uma idade média de 49,7 anos, com 50% de indivíduos do sexo masculino e um IMC médio inicial de 29,2 Kg/m<sup>2</sup>. Os 30 pacientes com PH mostraram uma idade média e IMC inicial médio de 65,1 anos e 30,7 Kg/m<sup>2</sup>, com 56,7% de indivíduos do sexo feminino. Nos dois grupos, respetivamente, 3,3% e 23,3% apresentavam inicialmente diabetes, 36,7% e 60,0% dislipidemia, 6,7% e 23,3% doença cardíaca isquémica e 10,0% e 3,3% disfunção tiroideia. O tempo médio de seguimento foi de 8,2 e 2,2 anos, respetivamente. Acresce que 43,3% e 63,3% necessitaram de intervenção com agentes imunossuppressores e 63,3% e 16,7% foram tratados com agentes antimaláricos. O tempo médio de exposição a CST foi de 4,7 e 2,5 anos, respetivamente. No grupo com PH verificou-se um aumento significativo no IMC de 1,1 Kg/m<sup>2</sup>, em relação com as terapias instituídas (p = 0,02). Uma tendência não estatisticamente significativa no sentido do agravamento do perfil glicémico e urémico foi também observada em ambos os grupos. Não ocorreram diferenças significativas ao nível do perfil lipídico ou função tiroideia.

**Conclusões:** Os distúrbios metabólicos relacionados com a terapêutica devem ser cuidadosamente monitorizados durante o seguimento de doentes com sarcoidose e PH, uma vez que podem contribuir consideravelmente para a morbidade em torno da doença intersticial. Verificamos um aumento significativo do IMC no grupo com PH e uma tendência no sentido do agravamento dos perfis glicémico e urémico em ambas as doenças. Estudos com coortes maiores devem ser realizados para melhor clarificar os efeitos descritos.

**Palavras chave:** Sarcoidose. Pneumonite de hipersensibilidade. Doenças pulmonares intersticiais. Desregulação metabólica.

### PC 012. MANIFESTAÇÃO REFRACTÁRIA DE GRANULOMATOSE COM POLIANGÉITE SOB A FORMA DE NÓDULOS PULMONARES CAVITADOS

L. Fernandes, V. Clérigo, M. Serrado, L. Ferreira, C. Bárbara

*Hospital de Dia Pneumológico, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A granulomatose com poliangeíte (GPA) é uma vasculite granulomatosa necrotizante que afecta os pequenos e médios vasos. A presença de anticorpos citoplasmáticos antineutrofílicos (ANCA+) é comum. A remissão da doença é possível mas as recidivas são frequentes. Reporta-se um caso de GPA refractária com uma abordagem terapêutica desafiante.

**Caso clínico:** Mulher, 43 anos, leucodérmica, não fumadora, com rinite e tuberculose pulmonar nodular com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* complex multissensível. Apesar da terapêutica antibiótica, apresentou um aumento das dimensões e cavitação dos nódulos pulmonares, exigindo investigação complementar. Os estudos microbiológicos seriados foram negativos. A biópsia pulmonar transbrônquica revelou apenas alterações inflamatórias inespecíficas. A serologia e precipitinas para *Aspergillus fumigatus* foram negativas. Não foram detectadas alterações renais, hepáticas ou hematológicas. A auto-imunidade evidenciou anticorpos p-ANCA+. Os níveis de IgG e IgA encontravam-se ligeiramente diminuídos. Clinicamente, manifestava apenas astenia. O estudo funcional respiratório e a PM6M eram normais. A biópsia pulmonar por videotoracoscopia assistida revelou uma vasculite arteriolar e venular, com necrose focal. Granulomas ou células gigantes multinucleadas não foram documentados. Foi admitido o diagnóstico de forma localizada de GPA. Iniciou prednisona oral (1 mg/kg/dia) e metotrexato oral (25 mg/semana). No primeiro ano, obteve-se uma redução dimensional em 50% dos nódulos pulmonares. Seguiu-se um progressivo aumento e cavitação das lesões pulmonares, acompanhado de hemoptises recorrentes. Atendendo à recidiva da doença, foi administrada ciclofosfamida endovenosa durante um ano. O tratamento teve que ser interrompido por efeitos adversos (toxicidade hematológica e infecções urinárias recorrentes). A remissão completa não foi alcançada. Optou-se por imunossupressão de manutenção com micofenolato de mofetil (por deficiência da tiopurina S-metiltransferase), sem sucesso. O rituximab foi iniciado como terapêutica de resgate.

**Discussão:** O tratamento da GPA desenvolveu-se nas últimas duas décadas, transformando uma doença com 80% de mortalidade anual sem tratamento numa doença intermitente recidivante. De acordo com as recomendações da European League against Rheumatism/American College of Rheumatology (EULAR/ACR), o tratamento deve ser adaptado à extensão da doença e mantido pelo menos 24 meses. Geralmente, é administrado em duas fases consecutivas: fase de indução com metotrexato ou micofenolato de mofetil, nas formas limitadas sem risco de órgão, e fase de manutenção, quando a doença está em remissão. Os corticosteróides são geralmente associados na fase de indução e com redução gradual. O metotrexato e a azatioprina são igualmente eficazes e essenciais para o tratamento de manutenção. O micofenolato de mofetil é provavelmente menos eficaz e reserva-se para os casos em que os fármacos prévios estão contraindicados ou não são tolerados. Recentemente, o rituximab demonstrou ser superior à azatioprina como regime de manutenção, particularmente nos doentes com anticorpos p-ANCA+ e doença renal. Inúmeras classificações de gravidade foram aplicadas para otimizar o protocolo terapêutico, com o objectivo de obviar imunossupressão desnecessária nas formas limitadas. O rituximab é útil na doença refractária, particularmente nos doentes previamente tratados com ciclofosfamida. A imunoglobulina endovenosa pode ser usada nos casos refractários ou quando as infecções graves ou a hipogamaglobulinémia são as principais limitações à terapia de indução. No entanto, os dados são limitados maioritariamente a doentes com glomerulonefrite rapidamente progressiva.

**Palavras chave:** Granulomatose com poliangeíte. Vasculite. Recidiva.

### PC 013. APRESENTAÇÃO PRELIMINAR DE ESTUDO PILOTO SOBRE O BENEFÍCIO DO RASTREIO DA NEOPLASIA DO PULMÃO NUMA POPULAÇÃO DE ALTO RISCO

S.M. Cabral<sup>1</sup>, I. Abreu<sup>2</sup>, D. Madama<sup>1</sup>, A. Estevão<sup>2</sup>, E. Cordeiro<sup>3</sup>, J.P. Pimentel<sup>3</sup>, N. Miranda<sup>4</sup>, C.R. Cordeiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Serviço de Radiologia; <sup>3</sup>Departamento de Saúde Pública ARS Centro; <sup>4</sup>Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra -

**Introdução:** As minas da Urgeiriça, que funcionaram desde 1913 para produção de rádio, vieram posteriormente a tornar-se na prin-

cipal produtora de urânio de Portugal, tendo encerrado definitivamente as suas instalações em 2001. Para ex-trabalhadores e familiares, estimou-se ter ocorrido um risco acrescido para a saúde, nomeadamente no que diz respeito a exposição a material radioativo, reconhecido fator ocupacional de risco para o cancro do pulmão. Considerando este aspeto, e existindo evidência científica sobre a utilização da tomografia axial computadorizada torácica de baixa dose (TCBD) no rastreio do cancro do pulmão em grupos de alto risco, foi incluído recentemente este exame de imagem como meio auxiliar de diagnóstico, no que concerne ao Programa de Intervenção em Saúde (PIS) dirigido aos ex-trabalhadores da Empresa Nacional de Urânio (Ex-TU).

**Métodos:** No âmbito do PIS dos Ex-TU, foi em 2017 selecionado um grupo de participantes considerados expostos a fatores de risco cumulativos para o cancro do pulmão: história de exposição a urânio, efetiva atividade no interior da mina, e carga tabágica superior a 20 UMA. Dos 77 indivíduos identificados para participar num projeto piloto de rastreio com recurso a TCBD, foi possível realizar o estudo em 66. As variáveis estudadas foram a idade, o género, o período de tempo de exposição, a carga tabágica, o número e dimensões dos nódulos encontrados. As recomendações da classificação de Fleischner foram utilizadas para estabelecer o *follow up* dos doentes.

**Resultados:** 64/66 participantes eram do género masculino. A mediana das idades encontrada foi 65 anos, encontrando-se o 1º quartil nos 61 anos e o 3º quartil nos 68 anos de idade. 36/66 TCBD mostraram a presença de nódulos pulmonares, sendo que 4 referiam apenas micronodulação calcificada. Relativamente às restantes 32 TC tórax, a média quanto ao número de nódulos encontrados situava-se nos 2 nódulos por exame, sendo este também o valor da mediana e moda. No que diz respeito às dimensões dos maiores nódulos encontrados, a média situa-se nos 6 mm; o maior nódulo encontrado apresentava 16,3 mm e características suspeitas, nomeadamente espiculação. Outras alterações encontradas foram a presença de enfisema em 5/66 doentes e espessamento/calcificação pleural em 2/66 doentes. À data da realização deste estudo mantêm-se em *follow up* 29/66 participantes.

**Conclusões:** Dos 66 utentes participantes no estudo, foi encontrada em TC Tórax um nódulo suspeito de 16,3 mm espiculado. Este doente foi posteriormente avaliado com PET/CT, tendo sido submetido a biópsia extemporânea que indicou tratar-se de lesão benigna. À data deste estudo permanecem 29 doentes em *follow up*, pelo que os resultados apresentados serão posteriormente revistos. Vários estudos, nomeadamente nos EUA, indicam que a TCBD pode apresentar utilidade no rastreio da neoplasia do pulmão em indivíduos selecionados que apresentem elevado risco. Mais estudos serão importantes para justificar definitivamente a sua implementação como método de rastreio no diagnóstico da neoplasia do pulmão, nomeadamente estudos dirigidos à população europeia/nacional.

**Palavras chave:** Urânio. Radioatividade. Neoplasia pulmão. Tomografia computadorizada de baixa dose.

### PC 014. MARCADORES TUMORAIS NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE

C.M. Cabo, S. Freitas, T. Alfaro, C.R. Cordeiro

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

**Objectivos:** Determinar os níveis séricos de determinados marcadores tumorais em doentes com pneumonite de hipersensibilidade com seguimento em consulta de Pneumologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Serviço de Pneumologia A. Analisar possível relação entre a elevação destes marcadores e a gravidade da doença, a nível funcional, imagiológico e clínico.

**Métodos:** Análise retrospectiva de doentes com diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade entre abril de 2001 e outubro de 2017

e com doseamento de marcadores tumorais. A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa SPSS Statistics v23.

**Resultados:** Foram identificados 34 doentes (17 do sexo masculino e 17 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 30 e os 89 anos, idade média de 66 anos, 73,5% (n = 25) não fumadores. O agente etiológico para a doença foi, na maioria dos casos, o contacto com aves (58,8%, n = 20). Em termos de estudo funcional, a CPT e CVF mínimas foram respetivamente, 19,7% e 16,9% do previsto com média de 74,1% e 72,6%. A DLCO apresentou um valor médio muito abaixo do normal com 53,8%, com um valor mínimo de 18,1% do previsto. A maioria dos doentes (67,6%, n = 23) apresentava fibrose na TC tórax. 24 doentes (70,6%) cumpriram terapêutica com corticosteróides ou imunossuppressores e 9 (26,5%) encontravam-se em seguimento na consulta pré-transplante, sendo que um doente foi transplantado. 13 (38,2%) doentes apresentaram insuficiência respiratória com necessidade de oxigenoterapia de longa duração. Relativamente ao número de internamentos desde o início de 2017, a maior parte dos doentes não teve necessidade de internamento (55,9%, n = 19), 5 (14,7%) doentes tiveram um ou dois internamentos, e 3 (8,8%) doentes tiveram 3 ou 4 internamentos. 7 doentes faleceram (20,5%) antes de 2017. Os marcadores tumorais avaliados nestes doentes foram: CEA, CA 19,9, CA 15,3, CA 72,4, CA 125, alfafetoproteína, neuroenolase específica (NSE) e CYFRA 21,1. Nos doentes analisados, a NSE e a alfafetoproteína mantiveram-se sempre abaixo dos valores de referência. O CEA e o CA 19,9 apresentaram-se acima do valor de referência em 8 doentes e o CA 72,4 em 4 doentes. Os marcadores com maior número de doentes acima do valor de referência foram o CA 125 (15 doentes), o CA 15,3 (10 doentes) e o CYFRA 21,1 (12 doentes). Dos marcadores analisados, apesar de se verificar associação entre o aumento de alguns marcadores e a diminuição de parâmetros funcionais, apenas o CA 19,9, o CYFRA 21,1 e CEA acima dos valores de referência, mostraram associar-se com valores significativamente mais baixos a nível funcional. O número de internamentos, a presença de insuficiência respiratória e a presença de fibrose na TC tórax não apresentaram associação com valores elevados de marcadores tumorais.

**Conclusões:** A população analisada apesar de heterogénea, mostra doença com gravidade tanto a nível funcional como imagiológico. Os marcadores tumorais podem estar elevados nesta patologia e eventualmente relacionar-se com a sua gravidade, nomeadamente a nível funcional, podendo ser um futuro biomarcador com valor prognóstico.

**Palavras chave:** *Pneumonite. Hipersensibilidade. Biomarcadores. Tumorais.*

### PC 015. REVISÃO DE NOVE CASOS DE LAM E HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS

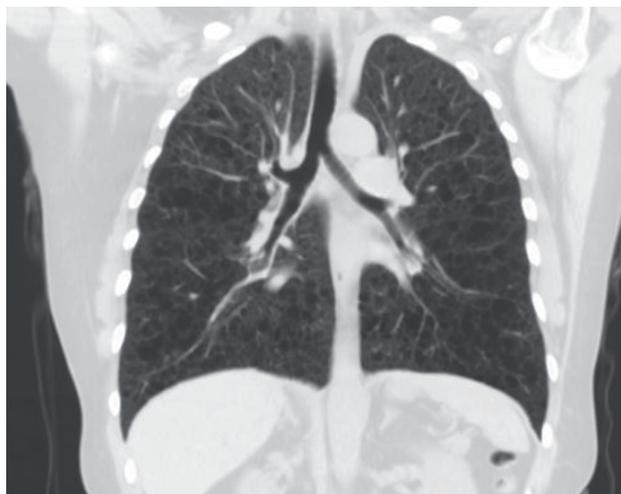
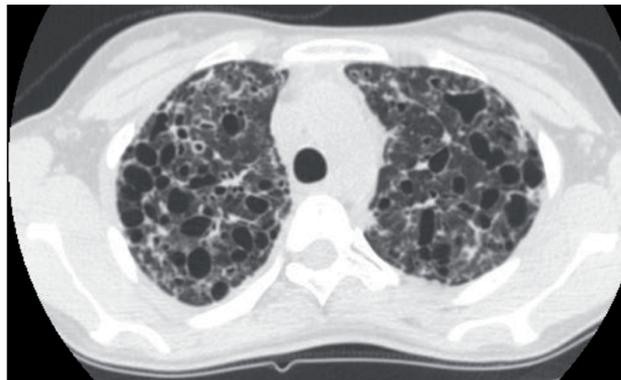
C. Figueiredo, B. Mendes, M. Cabral, R. Coelho, A. Borba, I. Gonçalves, J. Cardoso

*Serviço de Pneumologia do Hospital Santa Marta-CHLC, EPE.*

**Introdução:** As doenças pulmonares quísticas difusas são raras e a sua definição, etiologia e tratamento não consensual. São exemplos a histiocitose de células de Langerhans (HCL) e a linfangioleiomiomatose (LAM). Apresenta-se a análise observacional descritiva retrospectiva de nove casos destas doenças atualmente seguidos na consulta de Interstício do Hospital Santa Marta, usando o processo clínico.

**Casos clínicos:** Quatro com HCL, igual distribuição entre sexos (2/2), média de idade ao diagnóstico 35 ( $\pm$  6) anos, todos com hábitos tabágicos ativos ao diagnóstico com média de 14,5 ( $\pm$  6,7) unidades maço-ano, antecedentes pessoais de asma (1), nenhum com antecedentes familiares relevantes. Diagnóstico definitivo (biópsia pulmonar) em dois casos e presuntivo clínico-radiológico nos outros dois. Dois assintomáticos - achado radiológico e os outros dois detetados

no estudo sintomatológico: tosse e dispneia (2), pieira (1) e perda ponderal (1). Broncofibroscopia flexível com lavado bronco-alveolar (4) e biópsia transbrônquica (3): sem alterações (2), alterações inespecíficas (1) e células CD1a+ no LBA (1). Provas de função respiratória: padrão obstrutivo (2) e restritivo (2); todos com diminuição da DL<sub>co</sub> (4). Nenhum com envolvimento extra-pulmonar evidente. *Follow-up* com mediana de 25 (8,5-68,5) meses. Todos sob prednisolona. Três mantêm hábitos tabágicos apresentando-se: assintomático e melhoria radiológica e funcional (1), melhoria sintomática e radiológica e estabilidade funcional (1) e melhoria radiológica mas agravamento sintomático e funcional (1). Apenas um mantém cessação tabágica, estando assintomática e com melhoria radiológica e funcional. Não foi documentada insuficiência respiratória ou pneumotórax. Cinco com LAM, todos sexo feminino e pré-menopausa, mediana de idade ao diagnóstico 50 (35-53) anos, dois ex-fumadores e três nunca fumadores, nenhum com antecedentes pessoais respiratórios ou familiares relevantes. Diagnóstico definitivo em um, provável em dois e possível em dois. Todos sintomáticos: dispneia (5), tosse (2) e torcaglia pleurítica (1). Marcha diagnóstica por: estudo dispneia (2), pneumotórax (1), achado radiológico: em angio TC coronárias (1) e reavaliação após infeção respiratória (1). Broncofibroscopia flexível (com LBA) realizada em um caso: sem alterações relevantes. Provas de função respiratória: sem alterações (1); padrão obstrutivo ligeiro (1); e obstrutivo moderado com diminuição da DL<sub>co</sub> (3). Envolvimento extra-pulmonar: angiomiolipoma (1) e derrame pericárdico (2). *Follow-up* com mediana de 87 (49-221) meses. Dois casos (ambos com obstrução moderada) iniciaram sirolimus: um com estabilidade sintomatológica e radiológica, inicial agravamento funcional mas atual estabilidade; outro com estabilidade sintomatológica e radiológica e melhoria funcional. Os outros três apresentam estabilidade sintomatológica, radiológica e funcional. No seguimento não foram documentados novos casos de insuficiência respiratória, pneumotórax ou envolvimento extra-pulmonar.



**Discussão:** Apesar do pequeno número amostral, apresentam-se características demográficas, de apresentação e evolução de duas doenças raras e alerta-se para a sua suspeição clínica. Destaca-se também a ausência de consenso terapêutico e apresentam-se as escolhas terapêuticas efetuadas.

**Palavras chave:** *Histiocitose de células de Langerhans. Linfangioleiomiomatose. Doenças pulmonares quísticas. Patologia interstício pulmonar.*

### PC 016. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO NINTEDANIB NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

M. Jacob<sup>1</sup>, C. Sousa<sup>1</sup>, E. Padrão<sup>1</sup>, D. Araújo<sup>1</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, P.C. Mota<sup>1,2</sup>, H.N. Bastos<sup>1,2,3</sup>, J.M. Pereira<sup>2,4</sup>, R. Cunha<sup>2,4</sup>, S. Guimarães<sup>2,5</sup>, C.S. Moura<sup>2,5</sup>, A. Morais<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>4</sup>Serviço de Radiologia; <sup>5</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Porto.

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina; <sup>3</sup>Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto.

**Introdução:** A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma pneumonia intersticial fibrosante de mau prognóstico. Na última década, surgiram terapêuticas anti-fibróticas, como o Nintedanib, com impacto comprovado na sua progressão.

**Objetivos:** Avaliação da tolerabilidade do Nintedanib e do seu impacto na evolução de doentes com FPI.

**Métodos:** Análise retrospectiva de doentes com FPI sob tratamento com nintedanib. Avaliação da resposta aos 6, 12 e 24 meses. Considerada progressão da doença em caso de declínio de CVF  $\geq 10\%$  e/ou DLCO  $\geq 15\%$ .

**Resultados:** Foram incluídos 42 doentes sob terapêutica com Nintedanib, com média de idade de  $72,0 \pm 8,9$  anos e predomínio (76,2%) do sexo masculino. Previamente à introdução do nintedanib, 24 doentes (57,1%) estiveram sob outras terapêuticas, incluindo 7 doentes tratados com Pirfenidona. Registaram-se efeitos adversos em 50% dos doentes, a maioria de intensidade ligeira, sendo a diarreia o mais frequente (76,2%). A prescrição de Nintedanib foi suspensa por intolerância em 4 (9,5%) doentes e 11 (26,2%) tiveram que reduzir a dose (8 doentes por diarreia e 3 doentes por toxicidade hepática). Verificou-se estabilização da doença aos 6 meses em 68% (17/25 doentes), aos 12 meses em 59,1% (13/22 doentes) e aos 24 meses em 56,3% (9/16 doentes). Durante o seguimento registaram-se 8 (19%) óbitos, sendo dois diretamente atribuíveis à FPI.

**Conclusões:** Embora a ocorrência de efeitos adversos seja relevante, o Nintedanib foi eficaz na abordagem dos doentes com FPI, contribuindo para estabilização da doença num número significativo de doentes.

**Palavras chave:** *Fibrose pulmonar idiopática. Nintedanib.*

### PC 017. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FUNCIONAIS NA SARCOIDOSE: COMO ESTAS INFLUENCIAM O PROGNÓSTICO

R.E. Gomes, M. Barata, C. Moreira, C. Monge, J. Soares

*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** A história natural de doentes com sarcoidose é variável. Embora na maioria dos doentes esta se apresente como um processo autolimitado, pode nalgumas situações ter um prognóstico fatal.

**Objetivos:** Avaliar de que forma as características clínicas e funcionais no momento do diagnóstico e durante o período de *follow-up* influenciam o prognóstico de doentes com sarcoidose.

**Métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu doentes com o diagnóstico de sarcoidose seguidos em consulta de doença do in-

terstício pulmonar entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016. Foram recolhidos dados relativos às características clínicas, provas de função respiratória (PFR) presença de hipertensão pulmonar (HTP) no momento do diagnóstico, bem como o desenvolvimento desta última no período de *follow-up*. Como evento primário foi definido morte por todas as causas. Como evento secundário foi definido o desenvolvimento de novos achados imagiológicos evidenciando progressão de doença.

**Resultados:** Foram incluídos 56 doentes: 64,3% eram mulheres. A idade média à altura do diagnóstico era de  $44 \pm 2$  anos. Do total de doentes 79% eram caucasianos e 21% de raça negra. À altura do diagnóstico, 34% dos doentes apresentavam queixas de intolerância ao esforço, 23% de tosse seca e 12,5% de dispneia. No estudo funcional inicial, 12,5% apresentavam hipoxémia em repouso e 25% diminuição da capacidade difusão do monóxido de carbono (DLCO). O desenvolvimento de HTP durante o período de *follow-up* foi observado em 5,4% dos doentes e 5,4% iniciaram oxigenoterapia domiciliária (OLD). Num período de *follow-up* de 4 anos (IQR de 2 anos), observaram-se 3 eventos primários e 19,6% dos doentes apresentaram evidência imagiológica de progressão da doença. Os doentes que apresentavam queixas de dispneia e hipoxémia no momento inicial, morreram significativamente mais ( $p = 0,019$  e  $p = 0,024$ , respetivamente), tal como os doentes onde se observou o desenvolvimento de HTP ( $p = 0,002$ ) e necessidade de OLD ( $p = 0,002$ ). Os indivíduos de raça negra ( $p = 0,045$ ) e os doentes com DLCO diminuída ( $p = 0,046$ ) apresentaram risco significativamente maior de progressão imagiológica da doença.

**Conclusões:** Neste estudo, as características clínicas e as alterações na PFR no momento do diagnóstico, bem como o desenvolvimento de HTP e da necessidade de OLD influenciaram de forma significativa o prognóstico de doentes com sarcoidose.

**Palavras chave:** *Sarcoidose. Manifestações clínicas. Provas de função respiratórias.*

### PC 018. A EFICÁCIA E PERFIL DE SEGURANÇA DA PIRFENIDONA NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

C. Sousa<sup>1</sup>, M. Jacob<sup>1</sup>, E. Padrão<sup>1</sup>, D. Araújo<sup>1</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, P.C. Mota<sup>1,2</sup>, H.N. Bastos<sup>1,2,3</sup>, J.M. Pereira<sup>2,4</sup>, R. Cunha<sup>2,4</sup>, S. Guimarães<sup>2,5</sup>, C.S. Moura<sup>2,5</sup>, A. Morais<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>4</sup>Serviço de Radiologia; <sup>5</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João, Porto.

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina; <sup>3</sup>Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto.

**Introdução:** A fibrose pulmonar idiopática (FPI) é uma doença fibrosante e progressiva associada a um mau prognóstico. As terapêuticas anti-fibróticas, como a pirfenidona, comprovaram ser eficazes no atraso da progressão da doença.

**Objetivos:** Avaliar o perfil de segurança da pirfenidona e o seu impacto na evolução funcional dos doentes com FPI.

**Métodos:** Análise retrospectiva de doentes com FPI sob pirfenidona. Avaliação da resposta aos 6, 12 e 24 meses de tratamento, tendo sido considerada progressão da doença se diminuição da FVC  $\geq 10\%$  e/ou da DLCO  $\geq 15\%$  do valor absoluto.

**Resultados:** Foram incluídos 40 doentes, a maioria do sexo masculino ( $n = 34$ ; 85%), com mediana de idades de 73,5 anos (mín. 51; máx. 88). Previamente ao início da pirfenidona, 20 doentes (52,1%) estiveram sob outras terapêuticas, 4 destes sob nintedanib. Ocorreram efeitos adversos em 17 doentes (42,5%), sendo os efeitos gastrointestinais e cutâneos os mais frequentes. Houve necessidade de interrupção do tratamento em 8 (20%), 5 por efeitos gastrointestinais e 3 por toxicidade cutânea. Aos 6 meses verificou-se estabilização da doença em 58,3% (14/24 doentes), aos 12 meses em 52,6% (10/19 doentes) e aos 24 meses em 45,5% (5/11 doentes). Durante o seguimento registaram-se 8 óbitos (20%), sendo 4 direta-

mente atribuíveis à FPI, com sobrevida mediana de 287 dias (mín. 71; máx. 287) após início da terapêutica.

**Conclusões:** Nesta amostra, a pirfenidona revelou um perfil de segurança aceitável, tendo-se observado uma estabilização funcional da doença, a médio-longo prazo, numa percentagem significativa de doentes.

**Palavras chave:** Fibrose pulmonar idiopática. Pirfenidona.

### PC 019. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE CRÔNICA E O SCORE ILD-GAP

A.L. Fernandes, I. Neves

Hospital Pedro Hispano.

**Introdução:** A evolução clínica das doenças pulmonares intersticiais (DPI) é difícil de prever, principalmente devido à sua heterogeneidade. O score ILD-GAP (género, idade e fisiologia) foi validado como um preditor de mortalidade nas principais DPIs crónicas, incluídos a pneumonite de hipersensibilidade (PH).

**Objectivos:** Caracterização e análise de mortalidade dos doentes com Pneumonite de Hipersensibilidade Crónica, de acordo com a categoria do ILD-GAP.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com pneumonite de hipersensibilidade crónica, seguido em consulta externa de DPIs. Foram analisados dados demográficos, clínicos, funcionais, radiológicos e do lavado broncoalveolar. Os doentes com um tempo de seguimento inferior a 12 meses foram excluídos. A análise estatística foi efetuada através do SPSS software.

**Resultados:** Foram incluídos 37 doentes (25 mulheres e 12 homens), com uma idade mediana de 71 anos (45-84 anos) e a maioria eram não-fumadores (26- 70,3%). Nove doentes (24,3%) estavam sob oxigenoterapia. A exposição aviária foi a mais frequentemente detetada (n = 27, 73%). Em relação à função pulmonar, os doentes apresentavam um VEMS mediano de 79,5%, uma CVF mediana de 75,5% e uma DLCO mediana de 37,8%. Sete doentes (16,3%) tinham padrão imagiológico compatível com UIP. Dos doentes que realizaram LBA, o predomínio de linfócitos ( $\geq 15\%$ ) foi observada em 66,7% (n = 24). De acordo com o score ILD-GAP, os doentes dividiram-se em: 37,8% - categoria 0-1; 40,5% - categoria 2-3; 18,9% - categoria 4-5; e 2,7% - categoria > 5. 64,8% dos doentes (n = 24) estavam sob tratamento imunossupressor. Dois doentes foram referenciados para transplante pulmonar. O tempo mediano de follow-up foi de 20 meses. 13,5% (n = 5) dos doentes morreram no primeiro ano de follow-up (categoria ILD-GAP: dois doentes da categoria 2-3; 2 doentes da categoria 2-5 e 1 doentes na categoria > 5). Um dos óbitos na categoria 2-3 foi não relacionada com a doença pulmonar. Existiu uma associação estatisticamente significativa entre a categoria de ILD-GAP e a variável óbito (teste qui-quadrado, p = 0,033). Não foi encontrada uma associação significativa entre o padrão UIP e a morte (p = 0,098). O score ILD-GAP apresentou uma correlação moderada e estatisticamente significativa com a variável óbito (r = 0,544; p = 0,001). Em termos de sobrevivência, o tempo de sobrevida médio dos doentes com categoria 0-3 foi de 34 meses e a da categoria 4-6 foi de 15 meses (p < 0,001).

**Conclusões:** Apesar de se tratar de uma amostra pequena, observamos uma correlação moderada e estatisticamente significativa

entre o ILD-GAP e a variável óbito. Assim, e de acordo com a literatura, o ILD-GAP parece ser um bom preditor de gravidade e mortalidade neste grupo de doentes com PH crónica.

**Palavras chave:** Pneumonite de hipersensibilidade. ILD-GAP. Mortalidade.

### PC 020. OMALIZUMAB NO TRATAMENTO DA ASMA ALÉRGICA - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

R. Pereira<sup>1</sup>, I. Ladeira<sup>2</sup>, R. Lima<sup>2</sup>, I. Franco<sup>2</sup>, I. Pascoal<sup>2</sup>, A. Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, CHVNGE.

**Introdução:** O omalizumab (OMA) é um anticorpo monoclonal humanizado que se liga seletivamente à imunoglobulina E (IgE) e está recomendado no tratamento de doentes com asma alérgica persistente moderada a grave.

**Objectivos:** Caracterizar a população de doentes com asma moderada a grave, sob tratamento com OMA há pelo menos 12 meses, seguidos no Serviço de Pneumologia do CHVNG.

**Métodos:** Estudo retrospectivo onde foram avaliadas variáveis socio-demográficas, história tabágica, comorbilidades, IgE total, padrão de sensibilização. Analisados os seguintes parâmetros, antes (T0), aos 4 meses (T4) e aos 12 meses (T12), de tratamento com omalizumab: nº exacerbações, dose de corticóide inalado diário, volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1) e resultado do asthma control test (ACT).

**Resultados:** Analisaram-se 41 doentes, com idade mediana de 51 ± 10 anos, sendo a maioria era do sexo feminino (75,6%). O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 30,1 ± 5,1 Kg/m<sup>2</sup>. A maioria dos doentes era não fumador (n = 33;80,5%), 6 doentes ex-fumadores (14,6%) e 2 doentes fumadores ativos (4,9%). A carga tabágica média foi de 11 UMAs. A comorbilidade mais frequente foi a rinite (n = 32,78%), seguida pela sinusite (n = 9, 22%) e a polipose nasal (n = 8, 19,5%). A IgE total média foi de 443,9 ± 591,6 kU/L. Quase metade dos doentes tinha realizado imunoterapia prévia (43,9%). O padrão de sensibilização foi, por ordem decrescente: ácaros (21 [51,2%]), pólenes e gramíneas (5 [12,2%]), faneras (3 [7,3%]). Do total dos doentes, 8 (19,5%) não apresentavam asma atópica. Em relação ao esquema de administração, a maioria dos doentes (n = 35, 85,4%) realizava a terapêutica de 4/4 semanas; dose média de OMA de 361,2 ± 161,6. Após início da terapêutica a maioria dos doentes apresentou melhoria clínica e funcional, demonstrada pela melhoria dos valores obtidos no questionário ACT, melhoria no FEV1 médio, redução do número de exacerbações com necessidade de corticóide oral (CO) e a dose equivalente de budesonido diária- tabela 1. A maioria dos doentes (90,2% n = 37) não manifestou qualquer efeito secundário associado ao fármaco, tendo sido reportado 3 casos de alopecia e 1 caso de cefaleias, todos sem necessidade de suspensão da terapêutica.

**Conclusões:** Os autores verificaram que o omalizumab foi eficaz no tratamento de doentes com asma alérgica persistente moderada a grave, não só em termos de controlo da asma (ACT médio maior), mas também na melhoria significativa do FEV 1. Tal como verificado noutros estudos, o omalizumab não apenas diminuiu significativamente

Tabela PC 020

	T0	T4	T12
ACT (médio ± desvio padrão)	11 ± 1,6 (8-15)	21 ± 3,2 (p < 0,05)	23 ± 2,6 (p < 0,05)
FEV <sub>1</sub> (médio ± desvio padrão)	56 ± 14 (25-87)	69,1 ± 17,6 (p < 0,05)	74 ± 19,4 (p < 0,05)
Nº de exacerbações com CO	41 (100%)	9 (22%) (p < 0,05)	3 (8,3%) (p < 0,05)
Dose média equivalente Budesonido (µg)	1.230 ± 487,8	940 ± 321,4 (p < 0,05)	760 ± 331,5 (p < 0,05)

mente a necessidade de ciclos de corticóide oral e inalado diário, mas também melhorou a qualidade de vida destes doentes.

**Palavras chave:** Asma alérgica. Omalizumab.

## PC 021. ASMA NA GRAVIDEZ: A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DA DOENÇA

I. Rodrigues, A.C. Pimenta, C.S. Pinto, L. Ribeiro, R. Silva, B. Conde

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

**Introdução:** A asma é a doença crónica mais associada à gravidez, e a sua prevalência nesta população tem vindo a aumentar. Vários estudos têm demonstrado que mulheres grávidas com asma têm maior risco de complicações graves durante a gravidez e/ou parto. Além disso, parece existir uma associação entre o mau controlo da doença e um aumento de *outcomes* adversos.

**Objectivos:** Caracterizar a evolução da gravidez e parto em mulheres asmáticas seguidas na consulta externa de Pneumologia Alérgica de um hospital central, e determinar associações entre mau controlo da doença (previamente à gravidez e durante a mesma) e complicações graves durante a gravidez/parto.

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional descritivo, baseado na análise de processos clínicos, de mulheres que estavam ou estiveram grávidas e com diagnóstico estabelecido de asma segundo as *guidelines* da GINA, entre janeiro de 2014 e julho de 2018. As complicações graves foram definidas como qualquer uma das seguintes: pré-eclâmpsia, parto pré-termo, cesariana emergente, restrição do crescimento intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascimento e malformações congénitas. Para a avaliação do controlo da asma utilizou-se o *Asthma Control Test*. As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão e as categóricas em frequência e percentagem. Para a análise comparativa das variáveis categóricas utilizou-se o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. O nível de significância foi definido como  $p < 0,05$ .

Tabela 1 - Características das grávidas (n = 19)

	n (%) ou média ± DP
Idade (anos)	32,3 ± 1,1
Hábitos tabágicos	
Não fumadora	13 (68,4%)
Ex-fumadora	4 (21,1%)
Fumadora	2 (10,5%)
Comorbilidades	
Rinite	17 (89,5%)
Obesidade	2 (10,5%)
RGE	2 (10,5%)
Contagem de eosinófilos (células/ $\mu$ l)	188 ± 22,65
Atopia	15 (78,9%)
Imunoterapia específica prévia	4 (21,1%)
Controlo da doença prévio à gravidez	
Controlada	15 (78,9%)
Parcialmente controlada	2 (10,5%)
Não controlada	2 (10,5%)
Controlo da doença durante a gravidez	
Controlada	10 (52,6%)
Parcialmente controlada	6 (31,6%)
Não controlada	3 (15,8%)
Step-up da terapêutica	10 (52,6%)
Degrau da GINA antes do parto	
Degrau 1	2 (10,5%)
Degrau 2	7 (36,8%)
Degrau 3	7 (36,8%)
Degrau 4	3 (15,8%)
Complicações durante a gravidez e/ou parto	
Parto pré-termo	2 (10,5%)
Restrição do crescimento intrauterino	3 (15,8%)
Cesariana emergente	3 (15,8%)

**Resultados:** Foram incluídas 19 mulheres, das quais uma ainda não tinha entrado em trabalho de parto, com idades compreendidas entre os 23 e 40 anos (média de idades: 32,3 ± 1,1). A rinite foi a comorbilidade mais frequente, estando presente em 89,5% (n = 17); duas mulheres (10,5%) apresentavam refluxo gastroesofágico e outras duas obesidade. A maioria tinha antecedentes de atopia (78,9%, n = 15), e 21,1% (n = 4) tinham realizado previamente imunoterapia específica. Relativamente a hábitos tabágicos, 68,4% (n = 13) eram não fumadoras, 21,1% (n = 4) eram ex-fumadoras e 10,5% (n = 2) mantiveram hábitos tabágicos durante a gravidez. Todas apresentavam eosinofilia sérica ligeira (média de 188 ± 22,65 células/ $\mu$ l). Quanto ao controlo da asma, 10,5% (n = 2) apresentavam a doença parcialmente controlada previamente à gravidez e outras 10,5% (n = 2) doença não controlada. Já durante a gravidez, 31,6% (n = 6) apresentaram períodos de doença parcialmente controlada e 15,8% (n = 3) doença não controlada. Em 52,6% das mulheres (n = 10), foi escalada a terapêutica para um degrau mais elevado da GINA durante a gravidez, sendo que na última consulta antes do parto 10,5% (n = 2) encontravam-se no degrau 1, 36,8% (n = 7) no degrau 2, 36,8% (n = 7) no degrau 3 e 15,8% (n = 3) no degrau 4. A taxa de complicações graves foi de 36,8% (n = 7), sendo que as complicações mais frequentes foram a RCIU (n = 3) e a cesariana emergente (n = 3). Não houve nenhum caso de pré-eclâmpsia ou malformação congénita. A doença não controlada durante a gravidez associou-se a maior taxa de complicações ( $p = 0,043$ ) comparativamente à doença controlada ou parcialmente controlada. No entanto, o mau controlo da doença prévio à gravidez não pareceu associar-se a piores *outcomes*.

**Conclusões:** Apesar do pequeno tamanho amostral, este estudo reforça a importância do bom controlo da doença asmática durante a gravidez na prevenção de complicações.

**Palavras chave:** Asma. Gravidez. Controlo da doença.

## PC 022. O IMPACTO DA PERDA DE PESO PARA ALÉM DA FUNÇÃO PULMONAR: O BENEFÍCIO NOS OUTCOMES DA ASMA

L.M. Santos, B. Ramos, J. Almeida, C.C. Loureiro

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

**Introdução:** A obesidade promove alterações metabólicas e estruturais, razão pela qual os indivíduos obesos apresentam várias comorbilidades associadas, como alterações respiratórias. A associação entre obesidade e asma está bem estabelecida e os obesos asmáticos (OA) apresentam mais sintomas, com controlo mais difícil, menor resposta à terapêutica e pior qualidade de vida. O fenótipo asma-obesidade apresenta características distintas e existem evidências crescentes que a perda ponderal melhora os seus *outcomes*. O objectivo deste estudo foi avaliar o impacto da perda ponderal na função pulmonar (FP) nos obesos sujeitos a cirurgia bariátrica e, num grupo de OA, o seu impacto no controlo da asma, qualidade de vida, FP e terapêutica de controlo.

**Métodos:** Estudo longitudinal prospectivo de obesos sujeitos a cirurgia bariátrica entre julho/2015 e julho/2017 no Serviço de Cirurgia-CHUC. Os pacientes foram classificados como OA e obesos não asmáticos (N-OA). Critério de exclusão: outra patologia pulmonar que não asma. A FP foi avaliada por espirometria e pletismografia antes e 6 a 9 meses após cirurgia. Nos OA, o controlo dos sintomas e a qualidade de vida também foram avaliados utilizando o CARAT e o AQLQ, bem como o grau terapêutico (GINA 2018). Os dados foram tratados pelos métodos estatísticos apropriados usando o SPSS®, versão 19,0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). Valores de  $p < 0,05$  foram considerados significativos.

**Resultados:** Foram incluídos 26 pacientes, a maioria com obesidade grau III (n = 22). O IMC inicial foi 44,7 ± 5,9 kg/m<sup>2</sup>. A FP e outras características estão representados na tabela 1. Não se verificou

diferença estatisticamente significativa no que respeita ao género ( $p = 0,935$ ), idade ( $p = 0,196$ ), hábitos tabágicos ( $p = 0,849$ ), IMC inicial ( $p = 0,531$ ) e diminuição média ( $p = 0,892$ ) entre OA ( $n = 8$ ) e N-AO ( $n = 18$ ). Antes da cirurgia, os OA apresentavam uma pontuação média de  $6,1 \pm 3,1$  no CARAT-VAS e de  $13,4 \pm 4,1$  no CARAT-VAI. 25% encontravam-se no grau terapêutico 3 e 75% no 4. Após 6-9 meses de perda ponderal: IMC diminuiu  $11,3 \pm 3,8$  kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ . N-AO apresentaram aumento da CV (199 mL,  $p = 0,005$ ), CVF (249 mL,  $p = 0,011$ ), FEV<sub>1</sub> (228 mL,  $p = 0,002$ ) e CPT (137 mL,  $p = 0,2$ ). R<sub>tot</sub> (-90 kPa\*s/L,  $p = 0,003$ ), FEF<sub>75%</sub> (316 mL,  $p = 0,002$ ) e FEF<sub>25-75%</sub> (358 mL,  $p = 0,014$ ) também melhoraram. OA apresentaram aumento do CV (268 mL,  $p = 0,107$ ), CVF (303 mL,  $p = 0,04$ ), FEV<sub>1</sub> (295 mL,  $p = 0,017$ ) e CPT (659 mL,  $p = 0,036$ ). FEF<sub>75%</sub> (291 mL,  $p = 0,018$ ), FEF<sub>25-75%</sub> (428 mL,  $p = 0,012$ ) e R<sub>tot</sub> (-170 kPa\*s/L,  $p = 0,035$ ) também melhoraram. OA mostraram também melhoria de  $3,9 \pm 1,9$  ( $p = 0,017$ ) na pontuação média do CARAT-VAS e de  $4,2 \pm 4,4$  ( $p = 0,027$ ) no CARAT-VAI, bem como uma diminuição média de  $1,8 \pm 1$  ( $p = 0,017$ ) no grau terapêutico. O AQLQ inicial médio foi  $9,6 \pm 5,3$  e melhorou  $8,1 \pm 5,6$  ( $p = 0,017$ ). Comparando a melhoria na FP entre N-AO e AO não houve diferenças estatisticamente significativas relativamente a CV ( $p = 1,0$ ), CVF ( $p = 0,849$ ), FEV<sub>1</sub> ( $p = 0,495$ ), TLC ( $p = 0,54$ ), FEF<sub>75%</sub> ( $p = 0,849$ ), FEF<sub>25-75%</sub> ( $p = 0,567$ ) ou R<sub>tot</sub> ( $p = 0,397$ ).

Características da população estudada			
Características	Obesos não asmáticos	Obesos asmáticos	Valor p
	n (%) ou média $\pm$ DP	n (%) ou média $\pm$ DP	
Género Masculino/ Feminino	5 (27,8)/13 (72,2)	2 (25)/6 (75)	0,935
Idade (anos)	42 $\pm$ 8,3	48 $\pm$ 11,9	0,196
Peso inicial (kg)	122,7 $\pm$ 23,8	112 $\pm$ 23,1	0,261
IMC inicial (kg/m <sup>2</sup> )	45,5 $\pm$ 6,1	43 $\pm$ 5,4	0,531
Diminuição do IMC (kg/m <sup>2</sup> )	11,3 $\pm$ 3,5	11,3 $\pm$ 4,7	0,892
Hábitos tabágicos			
Não fumadores	13 (72,2)	5 (62,5)	0,849
Fumadores	4 (22,2)	2 (25)	
Ex-fumadores	1 (5,6)	1 (12,5)	
Função pulmonar inicial			
CV (%)	103,6 $\pm$ 13,1	100,1 $\pm$ 12,7	0,807
CVF (%)	102,7 $\pm$ 13,4	99,7 $\pm$ 10,9	0,724
FEV <sub>1</sub> (%)	100,5 $\pm$ 17,6	89,6 $\pm$ 12,5	0,102
FEF <sub>75%</sub> (%)	68,5 $\pm$ 36,2	38,5 $\pm$ 15,8	0,047
FEF <sub>25-75%</sub> (%)	83,6 $\pm$ 33,2	53,3 $\pm$ 20,4	0,03
CPT (%)	104,1 $\pm$ 10,3	102,5 $\pm$ 10,3	0,531
VR (%)	108,6 $\pm$ 18,2	110,2 $\pm$ 23,7	0,892
R <sub>tot</sub> (%)	110 $\pm$ 35,2	162,2 $\pm$ 52,7	0,019

**Conclusões:** Após perda ponderal todas as capacidades pulmonares e volumes dinâmicos melhoraram, com significância estatística no FEV<sub>1</sub>, FVC, FEF<sub>75%</sub>, FEF<sub>25-75%</sub> e R<sub>tot</sub> em ambos os grupos. Apesar de uma melhoria mais expressiva nos AO, a diferença entre grupos não foi significativa. Antes da cirurgia, os AO apresentavam sintomas de rinite e asma não controlados que, tal como a qualidade de vida, melhoraram significativamente com a perda ponderal, juntamente como uma diminuição significativa do grau terapêutico. Concluímos assim que a abordagem deste fenótipo de asma deve combinar terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, como a perda ponderal, em vez de se focar primeiramente no controlo através do *step up* terapêutico.

**Palavras chave:** Perda de peso. Cirurgia bariátrica. Função pulmonar. Controlo da asma. Qualidade de vida. Terapêutica de controlo.

## PC 023. ASMA ALÉRGICA GRAVE - EFICÁCIA DO OMALIZUMAB DEPENDE DO NÚMERO DE EOSINÓFILOS?

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

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

**Introdução:** Omalizumab é um anticorpo monoclonal anti-IgE utilizado para o tratamento da asma alérgica grave. Mais recentemente surgiram novas terapêuticas para asma grave hipereosinofílica (anti-IL5). Estudos atuais têm procurado verificar a eficácia do Omalizumab em doentes com asma grave alérgica consoante o número de eosinófilos.

**Objectivos:** Caracterização dos doentes sob terapêutica com omalizumab consoante o cut-off de 300/ $\mu$ L eosinófilos no sangue periférico, tendo em conta o controlo da doença, o número de exacerbações e a corticoterapia sistémica.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com análises dos processos clínicos de doentes com asma alérgica grave que cumpriram terapêutica com omalizumab no prazo mínimo de 2 anos, com análise descritiva posterior.

**Resultados:** Foram incluídos 24 doentes, 62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino, com idade média de  $52,4 \pm 14,5$  anos. O valor mínimo de IgE era de 50 U/L e o valor máximo era de 3.265 U/L. Previamente ao início de terapêutica com omalizumab, deztoito doentes tinham  $> 300/\mu$ L eosinófilos no sangue periférico, sendo que apenas 6 doentes apresentavam  $< 300/\mu$ L eosinófilos. Em doentes com  $> 300/\mu$ L eosinófilos, o valor médio de IgE era de 665 U/L, 27,8% cumpriam terapêutica com corticosteroides sistémicos (valor médio de dose 17 mg), apenas 3 doentes (16,7%) tinham asma controlada e o número médio de exacerbações era de 5/ano. Nestes doentes o número médio de exacerbações ao longo do primeiro ano de terapêutica foi de 0,6/ano e ao longo do segundo foi de 1/ano. Dezasseis (88,9%) e 12 doentes (66,7%) tinham a asma controlada ao fim de 1 e 2 anos de terapêutica, respetivamente. Em doentes com  $< 300/\mu$ L eosinófilos, o valor médio de IgE era de 318 U/L, 50% cumpriam terapêutica com corticosteroides sistémicos (valor médio de dose 10 mg), 2 doentes (33,3%) tinham a asma controlada e o número médio de exacerbações era de 5,7/ano. Nestes doentes o número médio de exacerbações ao longo do primeiro ano de terapêutica foi de 1,2/ano e ao longo do segundo ano foi de 0,6/ano; 5 (83,3%) e 4 doentes (66,7%) tinham a asma controlada ao fim de 1 e 2 anos de terapêutica respetivamente. Todos os doentes suspenderam corticoterapia sistémica diária até ao final do primeiro ano de terapêutica.

**Conclusões:** Após a análise dos dados apresentados pudemos verificar que houve diminuição significativa do número de exacerbações e aumento do número de doentes com asma controlada. Todos os doentes que faziam corticoterapia sistémica diariamente suspenderam o tratamento ao final de um ano. Por fim, não parece verificar-se diferença da eficácia da terapêutica com Omalizumab consoante a caracterização nos dois grupos referidos.

**Palavras chave:** Asma alérgica grave. Omalizumab. Eosinofilia periférica.

## PC 024. ABORDANDO OS TRAÇOS COM O USO DOS BIOLÓGICOS

B. Ramos, L.M. Santos, C.C. Loureiro

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

**Objectivos:** Avaliar o impacto do tratamento com omalizumab e mepolizumab, em asmáticos tipo 2, de acordo com o endótipo.

**Métodos:** Estudo transversal que incluiu asmáticos graves sob tratamento com omalizumab ou mepolizumab (dados colhidos a 04.2018 no serviço de Pneumologia A-CHUC). Analisámos dados clí-

nico-demográficos, exames complementares, questionários de sintomas/qualidade de vida, número de agudizações e alterações à medicação habitual.

**Resultados:** Grupo tratado com mepolizumab: n = 6, 83% (n = 5) do género feminino, média de idade 50 ± 17,3 anos, todos eosinofílicos. Testes cutâneos de alergia (TCA) positivos: 3 (1 com correlação clínica); IgE < 18 UI/ml: 5. Comorbilidades: 100% (n = 6) patologia ORL (50% rinosinusite+polipose nasal; 33,3% rinosinusite e 16,7% rinite); 66,7% (n = 4) excesso de peso/obesidade; 33,3% (n = 2) dermatite atópica; 33,3% (n = 2) síndrome ansioso e 16,7% (n = 1) ex-fumador. Todos sob tratamento grau 4/5 (GINA 2018), 50% sob corticosteróides sistémicos. Eosinofilia (média pré/pós): 7,15%/617 células para 1%/67 células. Questionários (média pré/pós): CARAT-VAS aumento de 2 pontos e 5,3 no CARAT-VAI; ALQ redução de 2,7 pontos; EuroQol- 5D redução de 1,8 pontos. EFR: FEV<sub>1</sub> aumentou 13% (73 para 86%) e 6% no FEV<sub>1</sub>/FVC (58 para 64%); FeNO 239 (n = 5) para 91ppb (n = 3). Agudizações (total para 6 doentes): ano prévio ao tratamento, 27 (= 0,375 agudizações/mês); após 48 meses cumulativos de tratamento, 3 (= 0,06 agudizações/mês). Dose de corticoterapia sistémica pré/pós (média): 16/10 mg. Grupo tratado com omalizumab: n = 13 (3 *off-label*), 61,5% (n = 8) do género feminino, média idade 44,2 ± 18,3 anos, 61,5% (n = 8) eosinofílicos. TCA positivos: 10; IgE (média basal) 1125 ± 2778,6 UI/ml. Comorbilidades: 92,3% (n = 12) patologia ORL (50% rinosinusite+polipose nasal; 41,7% rinosinusite e 16,7% rinite); 69,2% (n = 9) excesso de peso/obesidade; 53,8% (n = 7) síndrome ansioso; 46,1% (n = 6) DRGE e 23,1% (n = 3) dermatite atópica. Todos sob tratamento grau 4/5 (GINA 2018), 2 sob corticosteróides sistémicos. Eosinofilia (média pré/pós): 4,9%/441 para 4,4%/374 células. Questionários (média pré/pós): CARAT-VAS aumento de 0,9 pontos e 6,4 no CARAT-VAI; ALQ redução de 4,2 pontos; EuroQol- 5D redução de 1,1 pontos. EFR: aumento de 7,9% no FEV<sub>1</sub> (79,8 para 87,7%) e ligeira diminuição do FEV<sub>1</sub>/FVC (71,2 para 70,7%). Agudizações (total para 13 doentes): ano prévio ao tratamento, 40 (= 0,26 agudizações/mês); após 144 meses cumulativos, 6 (= 0,04 agudizações/mês). Dose de corticoterapia sistémica pré/pós (média): 13,5/9 mg.

**Conclusões:** Houve uma extraordinária redução no número de agudizações nos 2 grupos, embora maior no mepolizumab (0,315 vs 0,22) mas partindo este grupo de mais agudizações no período pré tratamento. A redução na corticoterapia utilizada foi semelhante. Em relação à função respiratória, a melhoria no FEV<sub>1</sub> e no FEV<sub>1</sub>/FVC foi mais expressiva no grupo do mepolizumab, sendo de notar que os valores basais, principalmente o FEV<sub>1</sub>/FVC, eram menores. Neste grupo destaca-se ainda que a redução mais significativa da eosinofilia acompanhou uma superior melhoria funcional. Sendo o valor de ≥ 400 eos/μL associado a maior risco de agudizações e a eosinofilia se associar a obstrução, mais estudos deverão investigar esta relação. Finalmente, embora as comorbilidades não tivessem diferido entre grupos, com a patologia ORL como mais frequente, a melhoria nos sintomas nasais foi mais evidente no grupo mepolizumab. Pelo contrário, no grupo omalizumab, houve melhoria mais marcada nos sintomas brônquicos. O impacto do controlo das comorbilidades ORL nos sintomas de asma grave deve ser melhor avaliado.

**Palavras chave:** Asma. Biológicos. Agudizações.

## PC 025. VENTILAÇÃO COM PEÇA BUCAL EM DPOC ESTÁVEL (DESCRIÇÃO DE CASOS)

L. Mendez, C. Alves

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga.*

**Introdução:** O tratamento com ventilação não invasiva (VNI) permite reduzir a dispneia, diminuir o trabalho respiratório e melhorar as trocas gasosas em doentes com insuficiência respiratória aguda e

crónica, como é o caso de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A ventilação intermitente com peça bucal é um método de suporte ventilatório já intensamente estudado e amplamente instituído em doentes neuromusculares. Já foram realizados estudos no sentido de avaliar a eficácia do uso da peça bucal na VNI em doentes com DPOC agudizada, no entanto ainda pouco foi feito com doentes com DPOC estável e no que diz respeito à qualidade de vida

**Casos clínicos:** Objetivando-se avaliar a eficácia da ventilação intermitente com peça bucal, na melhoria da qualidade de vida em doentes com DPOC estável com elevada dependência, foram avaliados 2 doentes da consulta de insuficiência respiratória crónica do Centro Hospitalar Entre o Douro e o Vouga (CHEDV), a realizar VNI mais de 20 h/dia, com atitude proactiva e bom apoio social e familiar. Caso 1: homem de 71 anos, ex-fumador, ex-tanoeiro, com antecedentes de DPOC, cor pulmonale e cardiomiopatia dilatada. Caso 2: homem de 64 anos, ex-fumador, ex-vendedor, com antecedentes de DPOC, traumatismo toraco-abdominal com sequelas torácicas extensas e tromboembolismo pulmonar. Trata-se de dois casos de DPOC GOLD IV com alterações ventilatórias obstrutivas muito graves e hiperinsuflação pulmonar. As gasometrias efetuadas nas consultas de seguimento revelam sempre, em ambos os casos, uma insuficiência respiratória tipo II com melhoria do CO<sub>2</sub> após tratamento com VNI em ambos os modos ventilatórios. Para tratamento da insuficiência respiratória crónica (IRC) ambos fazem oxigénio de longa duração e 2 modos de VNI com Ventilador híbrido (modo pressão em espontâneo/temporizado durante a noite com máscara oronasal e modo volume com peça bucal durante o dia). Após a análise dos dados dos dois questionários do Hospital de Saint George na Doença Respiratória (SGRQ), conclui-se que os doentes melhoraram na sua autonomia, liberdade de movimentos e na interação social. A nível da qualidade de vida, o SGRQ não demonstrou alterações da sintomatologia, mas uma melhoria de 14% no domínio da atividade e uma melhoria de 50% no domínio do impacto. Verificou-se também um alívio nos pontos de pressão na face, melhorando assim o seu conforto e favorecendo a estética facial.

**Discussão:** Da análise destes casos conclui-se que a utilização de ventilação por peça bucal como adjuvante na ventilação em doentes com DPOC estável pode melhorar a sua qualidade de vida. Contudo, é necessário um estudo mais aprofundado com uma amostra mais abrangente para verificar a viabilidade desta opção ventilatória, sempre como opção e nunca como modo de ventilação única.

**Palavras chave:** DPOC. VNI. Peça bucal. Questionário SGRQ.

## PC 026. O CONTRIBUTO DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA - CAMPANHA "SABE O TAMANHO DOS SEUS PULMÕES?"

M.J. Mendes, E. Paulino, A.S. Maximiano, J. Brito, M. Rosa

*Farmácias Holon.*

**Introdução:** Em Portugal a acessibilidade à espirometria por parte dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) faz-se ainda maioritariamente através da referenciação dos utentes para os serviços de pneumologia, o que implica tempos de espera elevados para a realização destes exames. Muito embora ao nível dos CSP o número de utentes com o diagnóstico de DPOC tenha aumentado de forma sustentada, verifica-se, no entanto, que o número de utentes com o diagnóstico de DPOC baseado na espirometria é ainda baixo, tendo correspondido a 32,3% dos diagnósticos em 2016. Há portanto a necessidade de aumentar a acessibilidade à espirometria, sendo esta uma das metas apresentadas no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias de 2017.

**Objectivos:** Descrever a organização de uma campanha de sensibilização sobre a DPOC por um grupo de farmácias, em parceria com

a Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP), e o seu contributo para a deteção de pessoas em risco de desenvolver a doença.

**Métodos:** Aquando das comemorações do Dia Mundial da DPOC foi lançada a campanha “Sabe o Tamanho dos seus Pulmões?”, que contemplou ações de sensibilização para as doenças respiratórias crónicas, em particular para a DPOC e seus fatores de risco, e a promoção da realização de espirometrias nas farmácias por técnicos de cardiopneumologia, com posterior validação do exame espirométrico por médicos pneumologistas da FPP. Para identificar as pessoas com critérios para a realização da espirometria, foi aplicado o questionário “DPOC: qual o seu grau de risco?” (adaptado da *The Global Initiative for Chronic Lung Disease*). Os relatórios dos exames espirométricos, validados pelos pneumologistas, foram entregues aos utentes pelos farmacêuticos, que entrevistaram de acordo com o resultado. Os dados foram recolhidos através de GoogleForms® após obtenção de consentimento informado, e tratados recorrendo ao software Excel®.

**Resultados:** Foram realizadas 2024 espirometrias nas 130 farmácias envolvidas, entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. Recolheram-se dados relativos a 1.527 utentes, 56,3% (n = 860) mulheres, com uma média de idades de 58,1 ± 15,4 anos. Mais de metade (54,8%; 837) dos utentes que realizaram o exame eram fumadores ou ex-fumadores. Em 29,3% dos utentes para os quais foi possível obter um exame válido (n = 1251) foram detetadas alterações do padrão ventilatório: 21,3% (n = 267) padrão ventilatório obstrutivo; 5,8% (n = 73) padrão ventilatório restritivo e 2,2% (n = 27) padrão ventilatório misto. De acordo com a avaliação efetuada, 665 utentes foram encaminhados para outros serviços, dos quais 140 para o serviço de Cessação Tabágica, 10 para Consulta Farmacêutica e 394 utentes foram encaminhados a Consulta Médica.

**Conclusões:** Os farmacêuticos comunitários desempenham um papel fundamental na sensibilização da população em geral para os fatores de risco da DPOC e para a importância do seu diagnóstico precoce. A validação do exame espirométrico por parte dos pneumologistas permitiu às equipas farmacêuticas efetuar um acompanhamento mais efetivo a cada utente, quer no encaminhamento para o médico assistente, quer no acompanhamento de um eventual início de terapêutica e acompanhamento do controlo da patologia.

**Palavras chave:** DPOC. Espirometria. Rastreio.

### PC 027. TÉCNICA INALATÓRIA EM IDOSOS COM ASMA OU DPOC - UMA FERRAMENTA PREDITIVA DE RISCO CLÍNICO

T. Maricoto, J. Correia-de-Sousa, L. Taborda-Barata

*USF Aveiro-Aradas, Aveiro Healthcare Centre. Faculty of Health Sciences, University of Beira Interior.*

**Introdução:** Os idosos com asma ou DPOC apresentam pior controlo clínico e mais exacerbações do que doentes jovens. Vários fatores podem estar associados, nomeadamente a má técnica inalatória ou outras comorbilidades, mas a maioria dos estudos é inconsistente e contraditória. O objetivo foi desenvolver uma ferramenta dos principais preditores de risco clínico nesses doentes.

**Métodos:** Estudo transversal multicêntrico com doentes a usar inaladores diariamente. Características demográficas, socioeconômicas e clínicas foram recolhidas como potenciais preditores, e os resultados foram qualidade de vida, presença de sintomas, função pulmonar (em % de VEF1 previsto) e exacerbações no ano anterior. Modelos de regressão linear e logística foram usados para identificar variáveis significativas.

**Resultados:** Incluíram-se 130 participantes, idade média de 74,4 (± 6,4) anos. A prevalência de erros na técnica inalatória foi 71,6%. 82,3% tinham comorbilidades respiratórias e 56,2% tinham doença moderada a grave. As variáveis mais preditivas do controlo clínico foram o ensino prévio da técnica inalatória feito por médico, a carga tabágica, a vacinação antigripal e o estado de depressão. As comor-

bilidades respiratórias e a escolaridade também foram preditivos de controlo clínico, bem como de exacerbações. A função pulmonar esteve associada à carga tabágica, taxa de adesão ao inalador, bem como à ativação incorreta do inalador e à ausência de apneia final. **Conclusões:** Diferentes fatores parecem estar associados ao controlo clínico e ao risco de exacerbações na asma e na DPOC, e alguns deles, como boa adesão, técnica inalatória, cessação tabágica e as comorbilidades respiratórias, devem ser abordados com atenção nesses doentes.

**Palavras chave:** Asma. Doença pulmonar obstrutiva crónica. Inaladores. Idosos.

### PC 028. PRESCRIÇÃO DE ESPIROMETRIA; AVALIAÇÃO DE QUALIDADE

I. Gonçalves<sup>1</sup>, C. Dias<sup>2</sup>, F. Mina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Centro de Saúde do Santo da Serra, SESARAM, Funchal.* <sup>2</sup>*Medicina Interna, Madeira Medical Center, Funchal.*

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) caracteriza-se por uma limitação progressiva e persistente do fluxo aéreo, resultante da inflamação crónica das vias aéreas e do pulmão em resposta a partículas nocivas inaladas. Esta patologia tem uma elevada taxa de subdiagnóstico (86,8%), sendo sugerida a espirometria em indivíduos com idade superior a 40 anos e com carga tabágica superior a 10 UMA (unidades/maço/ano).

**Objectivos:** Avaliação e quantificação da melhoria de qualidade, após aplicação de medidas interventivas para o diagnóstico de DPOC em fumadores inscritos na consulta de cessação tabágica do Centro de Saúde do Santo da Serra de 31/07/2016 a 31/07/2018 inclusive.

**Métodos:** Estudo de garantia e melhoria da qualidade, retrospectivo. Foram incluídos os fumadores com idade superior a 40 anos e carga tabágica superior a 10 UMA. Foram avaliados os registos do pedido de espirometria e diagnóstico de DPOC, obtidos através do processo clínico. Primeira avaliação em novembro de 2016. Medidas implementadas: pedido de espirometria a todos os doentes de risco e promoção da cessação tabágica. Segunda avaliação em julho de 2018. Análise estatística realizada através de Excel.

**Resultados:** Entre 01/02/2014 e 31/07/2016 foram observados em consulta, pela 1ª vez 139 fumadores, dos quais 60% (n = 83) tinham idade superior a 40 anos e carga tabágica superior a 10 UMA. Destes, a 47% (n = 39) foi pedida espirometria e diagnosticados 11 fumadores com DPOC. Entre 31/07/2016 e 31/07/2018 foram observados em consulta, pela 1ª vez 142 fumadores, dos quais 65% (n = 92) tinham idade superior a 40 anos e carga tabágica superior a 10 UMA. Destes, a 97% (n = 89) foi pedida espirometria e diagnosticados 9 fumadores com DPOC.

**Conclusões:** A intervenção realizada traduziu-se num aumento significativo da percentagem de espirometrias pedidas e consequente diagnóstico precoce de DPOC. Consideramos que o resultado alcançado foi positivo, com um aumento em 50% no pedido de espirometrias. Pretendemos manter e reforçar as medidas corretoras aplicadas, permitindo a orientação e tratamento adequado destes doentes.

**Palavras chave:** DPOC. Espirometria.

### PC 029. ADESÃO AO TRATAMENTO NA DPOC - “UM ELEFANTE NA SALA”

G. Santos, M. Lopes, F. Menezes, J. Duarte

*Hospital Garcia de Orta.*

O tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) promove uma melhoria sintomática e uma redução no risco de agudi-

zações e internamentos. Contudo, têm sido descritas baixas taxas de adesão terapêutica em doentes com regimes terapêuticos múltiplos e polimedicados. O presente trabalho determina a adesão terapêutica na DPOC, através da contabilização do número de embalagens dispensadas na farmácia, por cada doente, com recurso à ferramenta de prescrição electrónica de medicamentos, o PEM. Todos os doentes que adquiriram na farmácia mais de 80% da sua medicação foram considerados como tendo uma boa adesão à terapêutica. Além disso, foi avaliado se o número de inalações diárias influenciava a adesão terapêutica e se os doentes com menor adesão ao tratamento tiveram maior número de idas ao serviço de urgência por exacerbação. Foram seleccionados os doentes seguidos na consulta de pneumologia geral com diagnóstico de DPOC (segundo os critérios GOLD), entre junho 2016 e junho 2017, tendo sido determinado o grau de adesão terapêutica, num *follow up* de 12 meses. Foram incluídos 42 doentes com diagnóstico de DPOC, 81% (N = 34) eram homens sendo a média de idades de 71 anos (mínimo 45, máximo 91), 57% (N = 24) dos doentes tinha idade superior a 70anos. 52% dos doentes encontrava-se em estadio GOLD D. Apenas 50% (N = 21) dos doentes apresentava uma boa adesão ao tratamento e destes, 38% (N = 8) teve pelo menos uma ida ao serviço de urgência. Saliencia-se ainda que, de entre os doentes classificados em GOLD D e aqueles com FEV1 < 50%, aproximadamente 60% (N = 13) e 78% (N = 14), respectivamente, tinham uma boa adesão terapêutica. Concluiu-se que o PEM é um bom instrumento para avaliar a adesão ao tratamento em doentes com DPOC. Verificou-se que 50% dos doentes não cumpriu o tratamento prescrito e que a adesão aumentou com a gravidade da doença.

**Palavras chave:** Adesão terapêutica. DPOC. Inaloterapia.

### PC 030. IMPACTO DA VMNI DOMICILIÁRIA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA NA DPOC

A.C. Pimenta, I. Rodrigues, R. Noya, A. Fernandes, B. Conde

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, Unidade de Vila Real.*

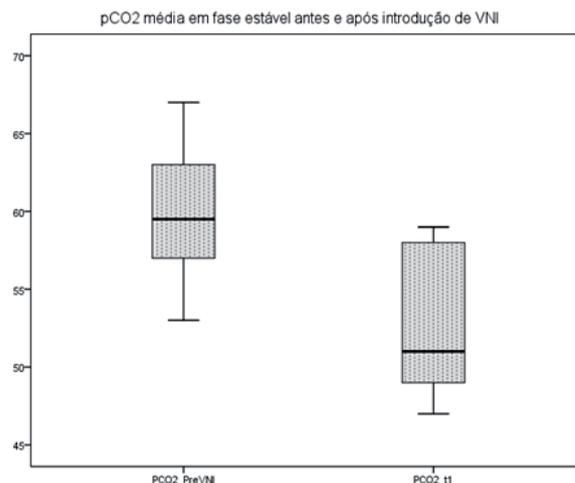
**Introdução:** A VNI domiciliária na DPOC, embora com benefício comprovado, mantém aspetos controversos, como o melhor modo ou o *timing* certo para a sua implementação, assim como os critérios exatos de seleção de doentes. Importa, portanto, refletir e analisar as práticas correntes nesta área, de forma a delinear estratégias futuras.

**Objectivos:** Caracterizar uma amostra de doentes com DPOC sob VNI em fase estável e seguimento em Consulta Externa (CE) de Ventiloterapia de um hospital central.

**Métodos:** Estudo retrospectivo observacional descritivo, baseado na análise de processos clínicos, dos doentes com  $\geq 1$  ano de seguimento em CE de Ventiloterapia, DPOC como diagnóstico principal e sob VMNI domiciliária. Foram excluídos: diagnóstico concomitante de síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS) ou outras patologias indutoras de hipoventilação e aplicação de EPAP > 8 cmH<sub>2</sub>O. Consideramos as reavaliações realizadas entre os 3 e os 6 meses após o início do tratamento. Foram colhidos dados demográficos, clínicos e laboratoriais e realizada análise estatística: as variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão e as categóricas em frequência e percentagem. Para a análise comparativa das variáveis contínuas foi utilizado teste T de amostras emparelhadas e considerado significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Nesta análise, foram incluídos 10 doentes, maioritariamente do sexo masculino (n = 8; 80%) com média de idades no início do tratamento de  $72 \pm 12,9$  anos, FEV<sub>1</sub> médio de  $30,4\% \pm 3,5\%$  e IAH médio de  $1,37 \pm 0,85$  eventos/h, com apenas 1 indivíduo não-fumador. A maioria (n = 8, 80%) apresentava achados imagiológicos sugestivos de hipertensão pulmonar. Verificaram-se 2 óbitos, ambos

por falência respiratória. A maioria dos doentes iniciou ventiloterapia em fase estável (60%, n = 6). A sobrevida após o início de VMNI foi de  $97 \pm 58,3$  meses. Todos os doentes apresentavam insuficiência respiratória hipercápnica, previamente sob oxigenoterapia de longa duração, e com evidência de cronicidade ( $\chi[\text{HCO}_3] = 39 \pm 5,07$  mmol/L,  $p < 0,05$ ). 2 doentes iniciaram VNI modo iVAPS, os restantes modo binível ST (n = 8); destes, n = 5 doentes iniciaram tratamento com PS > 10 cmH<sub>2</sub>O e n = 4 com IPAP > 18 cmH<sub>2</sub>O. Os valores de EPAP variaram entre 4 e 6 cmH<sub>2</sub>O e IPAP entre 14 e 22 cmH<sub>2</sub>O. Foi reportada boa adesão na maioria dos casos (n = 8, 80%). Na avaliação entre os 3 e os 6 meses após o início de tratamento, a manutenção de VNI em fase estável foi eficaz na redução da PaCO<sub>2</sub> ( $p = 0,001$ ), com uma redução média de  $7,3 \pm 4,55$  mmHg, e [HCO<sub>3</sub>] ( $p < 0,001$ ), com uma redução média de  $5,75 \pm 3,32$  mmol/L, sem alteração do débito de O<sub>2</sub> suplementar ( $p = 0,6$ ). Não se verificou impacto significativo no número de admissões a 1 ano por doença respiratória ( $p = 0,1$ ).



**Conclusões:** A aplicação do conceito de “alta intensidade” é reconhecidamente restringida pela tolerância e pela adesão dos doentes à terapêutica. Assim, os resultados obtidos após o primeiro ano de seguimento podem ter sido condicionados pela utilização de parâmetros ventilatórios sub-ótimos. As limitações do presente trabalho são, sobretudo, o pequeno tamanho amostral e o desenho retrospectivo.

**Palavras chave:** VMNI. VNI alta intensidade. DPOC em fase estável. IR tipo 2.

### PC 031. O PAPEL DIAGNÓSTICO DAS BIÓPSIAS PULMONARES TRANSBRÔNQUICAS POR FORCEPS NA PATOLOGIA DO INTERSTÍCIO PULMONAR

J.F. Costa<sup>1</sup>, R.M. Natal<sup>1</sup>, A. Tavares<sup>1,5</sup>, L. Rodrigues<sup>2</sup>, L. Carvalho<sup>3,4</sup>, L.V. Rodrigues<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Imagiologia, Unidade Local de Saúde da Guarda. <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>4</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <sup>5</sup>Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** Introduzida em 1965, a biópsia pulmonar transbrônquica por forceps (BPTBf) tem vindo a ser utilizada pela maioria dos centros, associando-se a uma rentabilidade diagnóstica variável, nomeadamente em função do padrão imagiológico em TC torácica de alta resolução (TCAR). A publicação em 2017 pela Sociedade Fleischner de novas orientações referentes à classificação imagiológica das patologias do interstício pulmonar (PIP), nomeadamente da pneumonia

intersticial usual (PIU), a par com o progressivo desenvolvimento da criobiopsia pulmonar transbrônquica, tecnicamente mais promissora, mas de momento menos acessível à maioria dos centros, obriga a visitar a BPTBf levantando questões importantes referentes ao seu posicionamento no estudo de grupos selecionados de PIP.

**Objectivos:** Avaliar a rentabilidade diagnóstica da BPTBf numa série de casos de doentes com suspeita de PIP, estratificados em subgrupos com base nos critérios imagiológicos de 2017 da Sociedade Fleischner.

**Métodos:** Conduzimos um estudo retrospectivo com base na consulta de processo de doentes com suspeita de PIP submetidos a BPTBf no nosso serviço, no período compreendido entre junho de 2015 e maio de 2018. Colhemos dados demográficos, suspeita diagnóstica inicial, padrão imagiológico em TCAR (revisto e reclassificado de acordo com as guidelines supracitadas), dados referentes ao procedimento (rentabilidade técnica e diagnóstica, complicações) e à estratificação diagnóstica final após avaliação multidisciplinar. A análise estatística (descritiva) foi efectuada com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics v24. Os dados são apresentados em frequência e percentagem, quando indicado.

**Resultados:** No período em análise, 29 doentes com suspeita de PIP efectuaram BPTBf. Destes, 4/29 foram classificados como apresentando um padrão imagiológico “PIU provável”, 5/29 “Indeterminado para PIU” e 20/29 “Mais consistente com diagnóstico não-FPI (fibrose pulmonar idiopática)”. Houve representação de parênquima pulmonar em 24/29 casos (rentabilidade técnica de 82,8%), no entanto o procedimento possibilitou um diagnóstico definitivo em apenas 12/29 casos (rentabilidade diagnóstica 41,4%). Quando estratificados em subgrupos, verificamos que o maior número de diagnósticos foi obtido no grupo “Mais consistente com diagnóstico não-FPI” (10/20) com a maioria de diagnósticos correspondendo a patologia granulomatosa: silicose (4/10), sarcoidose (2/10). Em contraponto, a rentabilidade diagnóstica foi mínima no grupo “PIU provável” (1/4), com um caso de patologia do interstício no contexto de artrite reumatoide, e no grupo “Indeterminado para PIU” (1/5), com um caso de pneumonite de hipersensibilidade crónica. A complicação imediata mais frequente foi hemorragia (4/29), ainda que apenas num caso com necessidade de adaptação de balão de Fogarty. Observou-se um caso de pneumotórax de volume moderado pós-procedimento, com necessidade de drenagem. Um doente faleceu cerca de 10 dias após o procedimento por exacerbação aguda de doença pulmonar fibrosante subjacente.

**Conclusões:** Apesar do baixo número de casos em análise, os nossos resultados vão de encontro a publicações de séries maiores, confirmando a BPTBf como um procedimento não isento de complicações e associado a uma rentabilidade diagnóstica global baixa. No entanto a cuidadosa seleção de doentes em função do padrão imagiológico em TCAR (privilegiando aqueles com padrão “Mais consistente com diagnóstico não-FPI”) pode revelar-se benéfica no aumento da rentabilidade diagnóstica.

**Palavras chave:** *Biopsia pulmonar transbrônquica. Patologia do interstício pulmonar.*

### PC 032. HEMOPTISES - A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

M. Ramalho, V Martins, S. Clemente, M. Aguiar, S. Furtado

*Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introdução:** Hemoptise é definida como eliminação de sangue pela boca proveniente das vias aéreas inferiores. A gravidade pode diferir desde expectoração raiada de sangue, até hemorragia maciça, cuja taxa de mortalidade é de 23-75%. Para a avaliação diagnóstica os meios auxiliares de diagnóstico são fundamentais. As etiologias predominantes nos países desenvolvidos são bronquiectasias, neoplasia e bronquite e nos países em desenvolvimento, a tuberculose pulmonar assume igual importância. A causa é desconhecida em 7-34% dos casos. O tratamento e evolução clínica variam consoante a gravidade.

**Objectivos:** Avaliar doentes admitidos neste hospital por hemoptises quanto à etiologia, meios diagnósticos, tratamento e evolução a um ano.

**Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes que efectuaram broncofibroscopia por hemoptises, entre janeiro de 2012 e junho de 2017.

**Resultados:** Das 2.942 broncofibroscopias analisadas, selecionaram-se 180 doentes, dos quais 103 (57,2%) com necessidade de internamento. A média etária foi de 61,2 anos ( $\pm$  16,0) e 68,9% eram do género masculino. Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, 83,3% dos doentes realizaram radiografia torácica e 93,2% tomografia computadorizada torácica antes de serem submetidos a broncofibroscopia. Esta última localizou a fonte da hemorragia em 31,7% e estabeleceu o diagnóstico definitivo em 21,7%, através da análise do lavado broncoalveolar ou biópsias. Relativamente à etiologia, salienta-se a causa infecciosa como a mais frequente (31,1%), seguida por bronquiectasias/alterações sequelares (28,3%) e neoplasia (18,9%). Entre as causas infecciosas, o diagnóstico de bronquite/infeção respiratória baixa representa 57,1%, pneumonia 26,8%, tuberculose pulmonar 8,9%, aspergiloma 5,4% e micetoma 1,8%. A etiologia ficou por esclarecer em 10,0%. Na maioria dos casos (81,7%), a hemorragia foi auto-limitada ou controlada apenas com tratamento médico. Em 25 doentes (13,9%) foi necessária intervenção broncoscópica (soro gelado, adrenalina, plasma de argon, hemostase direta através do broncoscópio rígido), em 3 cirurgia e em 2 embolização arterial, de carácter urgente. Ao longo dos 5 anos, 5 dos doentes foram submetidos a embolização arterial de carácter eletivo. Foram registados 4 óbitos (2,2%) por hemoptises, representando 50% das hemoptises maciças identificadas. Quanto às etiologias constataram-se coagulopatia congénita (défice de fibrinogénio), neoplasia e dois casos de bronquiectasias.

**Conclusões:** As principais etiologias vão ao encontro do que é descrito na literatura para os países desenvolvidos. No entanto, o impacto da tuberculose em Portugal é ainda visível, pois a maioria das bronquiectasias deste estudo, estão associadas a tuberculose sequelar. Neste trabalho, a avaliação da gravidade das hemoptises foi limitada, dada a imprecisão deste tipo de informação nos processos clínicos. Em relação aos meios diagnósticos, de referir que apenas os casos emergentes não efectuaram tomografia computadorizada antes da broncofibroscopia. As principais patologias associadas a pior prognóstico diferem entre diferentes séries. As bronquiectasias foram a principal causa de óbito, sugerindo a necessidade de uma maior vigilância e intervenção precoce nestes doentes. Após a realização deste trabalho, é notória a necessidade de uma maior uniformização na avaliação e abordagem das hemoptises. Neste sentido, torna-se necessário considerar a elaboração de protocolos.

**Palavras chave:** *Hemoptises. Broncofibroscopia.*

### PC 033. BRNCOLITO: UM ACHADO BRNOSCÓPICO

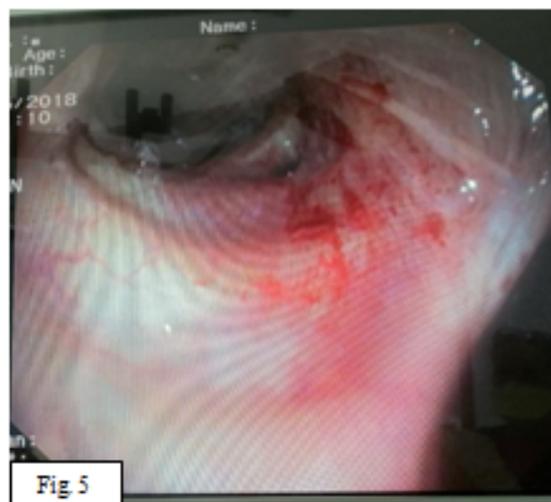
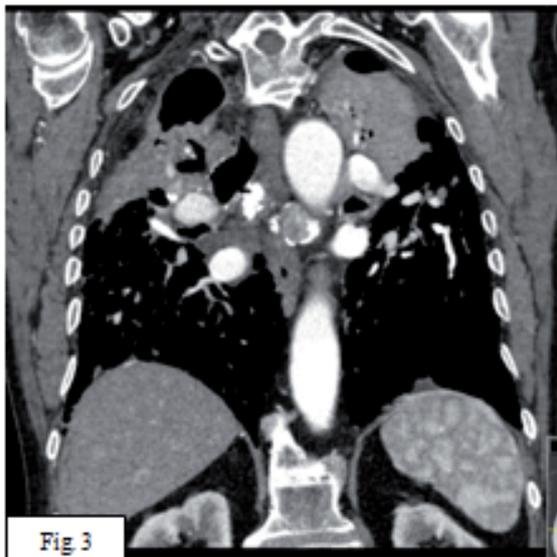
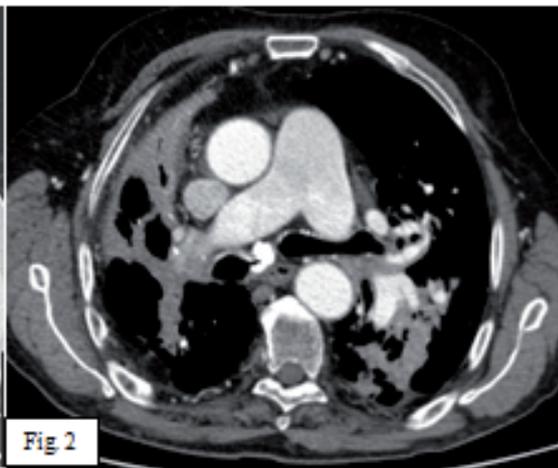
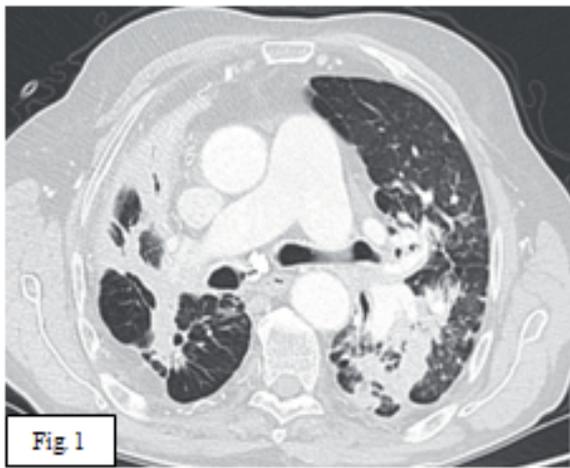
F. Aguiar, F.V. Machado, G. Fernandes, A. Magalhães

*Hospital de Braga e Centro Hospitalar de S. João.*

**Introdução:** O termo broncolito é definido por material endógeno calcificado na árvore traqueobrônquica. Resulta da erosão e exteriorização de linfonodos calcificados em direcção ao lúmen respiratório. A calcificação dos gânglios linfáticos pode ser secundária a infeções granulomatosas crónicas (como tuberculose, histoplasmose ou infeção por fungos) ou a outras patologias como a Silicose. Os doentes podem encontrar-se assintomáticos, mas a clínica apresentada varia consoante a localização do broncolito e a ocorrência de erosão destes na parede brônquica. As complicações descritas na literatura consistem em pneumonias obstrutivas, atelectasias pulmonares, hemoptises, bronquiectasias, abscessos mediastínicos, broncolitiasis e fistulas traqueo-esofágicas ou bronco-esofágicas.

**Caso clínico:** Trata-se de um doente de 76 anos, do género masculino, com antecedentes de silicose pseudotumoral e tuberculose (tratada em 2012). Foi admitido em regime de internamento hospitalar por hemoptises. A realização de um videobroncofibroscopia que revelou a presença de um óstio na parede medial do brônquio

principal direito, com presença de material calcificado. Através do cruzamento destes achados com a tomografia computadorizada de tórax chegou-se ao diagnóstico final de broncolito. O doente realizou também arteriografia brônquica com embolização de fístula arterio-arterial. Apresentou resolução dos episódios de hemoptises.



Figuras 1, 2 e 3. Aparência tomográfica do broncolito.  
Figuras 3 e 4. Aparência bronoscópica do broncolito.

**Discussão:** Para realizar uma correta abordagem terapêutica é importante avaliar a relação do broncolito com a parede brônquica. No caso do broncolito encontrar-se solto na árvore brônquica, a opção terapêutica recomendada passa pela remoção do mesmo através de broncofibroscopia ou broncoscopia rígida, de forma de evitar e/ou tratar complicações. Caso o broncolito se encontre aderente à parede brônquica, deverá ser bem ponderado o risco/benefício da extração do broncolito, pelo maior risco de hemoptises fulminantes após terapêutica interventiva. Nesta situações, estão descritos casos com recurso a crioterapia por broncoscopia ou intervenção cirúrgica. Neste caso, foi decidido não retirar o broncolito pois encontrava-se firmemente aderente à mucosa brônquica. O caso foi sinalizado e o doente encontra-se em acompanhamento clínico.

**Palavras chave:** Broncolito. Broncofibroscopia. Hemoptises.

### PC 034. ABORDAGEM DE DERRAME PLEURAL EM CARCINOMAS DA MAMA, PLEURODESE COM CITOSTÁTICO

R. Silva, J. Barata, M. Batista, S. Martins, I. Vicente, E. Magalhães, M.J. Valente, S. Valente

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.*

**Introdução:** Em doentes com mais de 50 anos cerca de 40% dos derrames pleurais são causados por patologia maligna. O carcinoma da mama é a segunda causa mais comum de derrame pleural maligno. Cerca de 7 a 11% dos doentes com carcinoma da mama desenvolvem derrame pleural no decurso da doença. O tratamento mais utilizado é a pleurodese química com um agente esclerosante. O talco é o agente esclerosante mais comum pois é efetivo em prevenir recidivas (70 a 100%), apesar dos efeitos secundários. Na nossa instituição, não se consegue garantir a qualidade do processo de esterilização do talco, pelo que sentimos a necessidade de recorrer a outro agente. Um agente esclerosante alternativo é a mitoxantrona. Citostático amplamente estudado com agente de quimioterapia em carcinomas da mama, metastáticos.

**Objetivos:** Este estudo retrospectivo tem como objetivo descrever o uso da mitoxantrona como agente esclerosante na pleurose química em doentes com carcinoma da mama.

**Métodos:** Foram incluídos doentes, com derrames pleurais secundários a carcinoma da mama, submetidos a pleurodese química com mitoxantrona entre 2007 e 2016. Foi inserido um dreno torácico e quando a drenagem era inferiores a 200 ml/24 h foi instilada mitoxantrona, cuja dosagem foi calculada pela superfície corporal do doente. O tubo foi desclampado após 6h. Foi feito follow-up com Rx do tórax às 24h e de 3 em 3 semanas. O sucesso da pleurodese foi definido pela recidiva ou não do derrame, tendo sido registadas as complicações.

**Resultados:** Foram incluídos um total de 9 doentes com derrame pleural secundário a carcinoma da mama. A taxa de sucesso foi de 78%. Registou-se apenas 1 complicação, uma doente que ficou com enfisema subcutâneo. Nas 2 doentes com recidiva foi tentada uma segunda pleurodese em apenas 1, tendo havido sucesso na segunda tentativa. Nenhuma das doentes se encontrava viva à data do estudo.

**Conclusões:** Pleurodese é o resultado da junção das palavras gregas *pleura* e *desis* (que significa união) e o objetivo é colar a pleura visceral à pleura parietal de forma a que não exista acumulação de líquido ou ar entre as duas. Como o derrame pleural maligno indica um estado pré terminal, o objetivo é fazer tratamento sintomático de forma a melhorar a qualidade de vida do doente. A mitoxantrona é uma antracenediona sintética que demonstrou ter atividade no carcinoma da mama metastizado, no entanto o seu mecanismo de Ação intrapleural ainda não se encontra estabelecido. Assim, os resultados demonstram que, tal como em estudos anteriores a mitoxantrona é um agente seguro, sem grandes efeitos secundários ou complicações, e eficaz no tratamento do derrame pleural secundário a carcinoma da mama. No entanto, apesar desta taxa de sucesso, não a ser superior a da pleurodese com talco no tratamento do

derrame pleural neoplásico. Salienta-se o perfil seguro da mitoxantrona, quase sem complicações, e o facto de esta poder ser utilizada quando o talco não está disponível.

**Palavras chave:** Derrame pleural. Carcinoma da mama. Mitoxantrona. Pleurodese.

### PC 035. DERRAMES PLEURAI DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA ABORDADOS POR TORACOSCOPIA MÉDICA

E. Seixas, P.G. Ferreira, G. Teixeira, A. Saraiva

*Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE.*

**Introdução:** A tuberculose mantém-se como uma das principais causas de derrame pleural, especialmente nos países em desenvolvimento. A acuidade diagnóstica da toracoscopia médica (TM) é alta, perto dos 90%. A adenosina deaminase (ADA) é uma ferramenta facilmente acessível com alta sensibilidade para o diagnóstico de derrames pleurais de etiologia tuberculosa (DPT).

**Métodos:** Análise de todos os casos de DPT abordados por toracoscopia semi-flexível num hospital distrital nos últimos 4 anos. Foram recolhidos os seguintes dados dos processos clínicos dos doentes: dados demográficos, linfocitose do líquido pleural, frequência de derrames livres ou septados, achados toracoscópicos, valor do ADA, resultados micobacteriológicos no líquido e biópsias pleurais, histologia das biópsias pleurais e tipo de tratamento efetuado.

**Resultados:** De todos os doentes que realizaram toracoscopia médica (n = 140), um total de 16 doentes foram encontrados com derrame pleural de etiologia tuberculosa (11,4%), com uma idade média de 56,8 anos, sendo 62,5% do sexo masculino. Os doentes do sexo feminino têm uma idade média mais baixa (54,4 anos *versus* 57,9 anos). Mais de metade dos derrames eram septados (62,5%). A linfocitose média era de 75%. O ADA médio foi de 32,8 U/L (SD ± 14,4), a sua sensibilidade era de apenas 18,8%, a especificidade de 95,9%, o VPP de 37,5% e o VPN de 90,0%. Os padrões toracoscópicos encontrados foram os seguintes: micronodulação difusa (31,2%), septações pleurais (12,5%) e micronodulação e septações simultaneamente em 31,3%. A adesiólise foi realizada em 12,5% dos doentes. A microscopia de Ziehl-Nielsen foi negativa no líquido pleural em todos os doentes, a PCR positiva em 6,3% e a cultura em 18,8%. A microscopia de Ziehl-Nielsen, a PCR e a cultura das biópsias pleurais foram positivas em 12,5%, 37,5% e 50,0% dos pacientes, respetivamente. A evidência patológica de granulomas foi encontrada em 43,8% dos casos (sensibilidade de 43,8%). Em 37,5% dos doentes apenas foi encontrada uma pleurite não específica. A sensibilidade combinada de todos os testes de diagnóstico para DPT foi de 93,7%. **Conclusões:** A elevada capacidade diagnóstica da toracoscopia semi-flexível para derrame pleural de etiologia tuberculosa baseia-se na análise combinada de todos os elementos micobacteriológicos. A quantidade de amostra biológica das biópsias pleurais poderá ser um elemento relevante no diagnóstico. O valor médio de ADA no nosso estudo é surpreendentemente baixo, merecendo reflexão.

**Palavras chave:** Derrame pleural. Toracoscopia médica. Tuberculose.

### PC 036. CASUÍSTICA DA TORACOSCOPIA MÉDICA DE UM HOSPITAL GRUPO I

M.J. Silva, R. Viana, M.J. Canotilho, S. Silva, S. Feijó

*Centro Hospitalar de Leria.*

A toracoscopia médica é um procedimento frequentemente usado no diagnóstico de patologia pleuro-pulmonar que permite a observação do espaço pleural, a realização de biópsias e terapêutica. Esta, com a adjuvante da pleurodese química, tem um papel reconhecido no tratamento do pneumotórax secundário, na recorrência do pneumo-

tórax espontâneo primário e nos derrames com etiologia desconhecida e recidivantes. Apesar das elevadas taxas de diagnóstico, a etiologia de 7-10% dos derrames fica por estabelecer. É um procedimento seguro com taxas de complicações minor e auto-limitadas em mãos competentes. O presente trabalho tem como objetivo a apresentação da casuística da toracoscopia médica no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Leiria incluindo as suas indicações e os resultados obtidos. A toracoscopia médica é realizada no serviço sob anestesia geral com exclusão pulmonar. Entre setembro de 2016 e julho de 2018 foram realizadas 56 toracoscopias médicas (50 doentes, sendo que 2 toracoscopias foram excluídas por dados insuficientes): 19 diagnósticas (35,2%), 20 terapêuticas (37%) e 15 (27,8%) com ambos os propósitos. A média de idade dos doentes foi de 53,3 anos ( $\sigma = 21,7$ ) e mediana de 56,5 registando 36 doentes (72%) do sexo masculino. Todos os procedimentos decorreram sem intercorrências imediatas. As indicações para a sua realização foram o derrame pleural 51,9% (28 doentes), pneumotórax 37% (20), suspeita de tuberculose 3,7% (2), massa pulmonar em estudo 2,7% (2), neoplasia pulmonar 1,9% (2) e empiema 1,9% (1). Das toracoscopias realizadas com efeito diagnóstico, 14,8% (8) apresentaram derrames malignos por neoplasia pulmonar, 14,8% (8) derrame por metastização pulmonar, 5,6% (3) por empiema, 3,7% (2) por tuberculose pleural, 1,9% (1) por processo inflamatório crônico, 1,9% (1) derrame por pancreatite, 1,9% (1) por Insuficiência cardíaca congestiva, 1,9% (1) dos doentes abandonaram a consulta, 9,3% (5) foram enviados a outro hospital e em 9,3% (5) a etiologia não foi conclusiva. A pleurodese química foi efetuada em 53,5% (15) dos derrames, 8 situações eram neoplásicas, 3 estão em estudo e 4 seguidos noutro hospital. Dos doentes a quem não foi possível estabelecer diagnóstico os achados macroscópicos mais frequentes foram as aderências peluro-pulmonares e apenas num foi objetivada uma formação nodular com estudo citológico não conclusivo. Dos doentes que apresentaram pneumotórax, 70% eram espontâneos primários (14), 30% (6) secundários e 40% (8) recidivantes. Em todos foi realizada pleurodese química com *Steritalc*. Até ao momento apenas se verificou uma recidiva num pneumotórax primário contralateralmente. A casuística descrita está em concordância com os dados da literatura. A eficácia da pleurodese química foi de 100% independentemente do estadió toracoscópico de Vanderschueren.

**Palavras chave:** *Toracoscopia médica. Derrame pleural. Pneumotórax.*

### PC 037. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NUMA POPULAÇÃO QUE REALIZOU TESTE DE LATÊNCIA MÚLTIPLA AO SONO PARA ESTUDO DE SONOLÊNCIA EXCESSIVA AUTORREFERIDA

D. Vaz, M. van Zeller, F. Pires, A. Marinho, M. Sucena, M. Drummond

*Unidade de Fisiopatologia e Reabilitação Respiratória, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.*

**Introdução:** A hipersonolência, definida como sonolência diurna excessiva (SDE) e/ou duração excessiva de sono, é frequente em doentes com patologia psiquiátrica. O teste de latência múltipla de sono (TLMS) é considerado o *gold standard* para detetar sonolência excessiva. A depressão afeta ao longo da vida cerca de 20% da população portuguesa e é considerada a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis. Considerando o impacto da patologia depressiva na população portuguesa e que a hipersonolência pode estar presente em até 57,1% destes doentes, a possibilidade deste diagnóstico deve ser considerado na avaliação da população referenciada por hipersonolência. Assim, os autores propõem um estudo retrospectivo para determinar a prevalência de depressão numa população referenciada para realização de TLMS no contexto de estudo de SDE.

**Métodos:** Doentes com SDE autorreferida que realizaram TLMS ao longo do ano de 2017. Foram excluídos os doentes com história prévia de patologia psiquiátrica e no subgrupo que aceitou participar no estudo, foi aplicado o questionário de Hamilton (HAM-D de 17 itens) para rastreio de depressão. Foi calculada a prevalência global de depressão (definida como score > 7 no questionário HAM-D) e de sonolência patológica (definida pelo TLMS como latência média de sono inferior a 8 minutos). O subgrupo de doentes com SDE foi comparado com a restante população quanto ao valor médio de score do teste HAM-D utilizando o teste t, e quanto à prevalência de depressão (score HAM-D > 7) através do cálculo do teste do qui-quadrado.

**Resultados:** De um total de 52 doentes, foram excluídos 18 doentes por apresentarem história prévia de patologia psiquiátrica. Foram incluídos 34 doentes (21 do género masculino) com idade média de 52,3  $\pm$  9,9 anos. A prevalência de depressão e de sonolência patológica por critérios de TLMS, na população estudada foi de, respetivamente, 38,2% e 61,8%. Nos doentes com SDE, o score médio obtido no teste HAM-D foi significativamente superior ao score obtido nos restantes doentes (8,4  $\pm$  2,3 vs 5  $\pm$  3,1; p = 0,017). A prevalência de depressão nos doentes com SDE era significativamente superior quando comparada com a da restante população. (52,4% vs 15,4%; OR = 3,1, p = 0,036).

**Conclusões:** Apenas 61,8% dos doentes que autorreferem SDE, a apresentam efetivamente, pelos critérios de TLMS. A prevalência de depressão numa população estudada por SDE autorreferida foi, significativamente, superior quando comparada com a restante população. Considerando este achado, poderá ser pertinente rastrear a presença de depressão em doentes com SDE.

**Palavras chave:** *Depressão. Teste de latência múltipla ao sono. Sonolência excessiva.*

### PC 038. RELAÇÃO MONÓCITOS/COLESTEROL-HDL NA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: EFEITO DA TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA

N.C. Pereira<sup>1</sup>, C. Antunes<sup>2</sup>, S. Raimundo<sup>3</sup>, E. Nabais<sup>2</sup>, L. Almeida<sup>2</sup>, C. Martinho<sup>2</sup>, A. Feliciano<sup>4</sup>, J. Carvalho<sup>2</sup>, R.P. Basto<sup>2</sup>, P. Pinto<sup>2,5</sup>, C. Bárbara<sup>2,5</sup>

*<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Departamento do Tórax, Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. <sup>4</sup>Hospital Beatriz Ângelo. <sup>5</sup>ISAMB Faculdade de Medicina de Lisboa.*

**Introdução:** Os episódios de obstrução do fluxo aéreo que ocorrem na síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) promovem fenómenos de hipóxia intermitente. Existem diferentes mecanismos que levam a um aumento do risco de desenvolvimento de patologia cardiovascular. A relação monócitos/colesterol-HDL (RMH) tem sido apontada como um bom marcador de inflamação sistémica, encontrando-se elevada em doentes com patologia cardiovascular. Vários estudos já demonstraram o efeito protetor do uso de pressão aérea positiva (PAP) no que respeita ao risco cardiovascular, contudo, não existem estudos que avaliem o seu efeito ao nível da redução da RMH. **Objectivos:** Avaliar o efeito da terapêutica com PAP na redução da RMH após 6 meses de uso de PAP.

**Métodos:** Foi realizado um estudo prospetivo em doentes com o diagnóstico de SAOS. Os critérios de exclusão foram: doentes com outras patologias do sono, patologia neuromuscular, doença renal, patologia tiroideia, insuficiência cardíaca, neoplasias, doença aguda e uso prévio de CPAP. Analisou-se a RMH inicial e após 6 meses de uso de PAP com dispositivos automáticos (S9 Resmed®, Austrália). A análise estatística foi realizada através da utilização do software SPSS® versão 24 (Chicago, IL, USA).

**Resultados:** Foram incluídos 47 doentes do género masculino com idade média de 47,2  $\pm$  7,7 anos e um IMC de 31 Kg/m<sup>2</sup> (amplitude

interquartilica (AIQ) de 4,3). Vinte e dois doentes apresentavam SAOS ligeira/moderada e 25 doentes apresentavam SAOS grave. No início de tratamento com PAP, a RMH era superior no grupo dos doentes com SAOS grave comparativamente aos doentes com SAOS ligeira/moderada (11,03 AIQ 5,0 vs 9,88 AIQ 3,8;  $p = 0,045$ ). Após 6 meses de PAP verificou-se uma redução na mediana da RMH de 10,29 (AIQ 4,5) para 9,18 (AIQ 3,3;  $p = 0,021$ ). Quando analisado por sub-grupos (SAOS grave e SAOS ligeira/moderada) apenas se encontrou uma redução estatisticamente significativa no grupo de doentes graves (11,03 AIQ 5,0 vs 10,24 AIQ 3,36;  $p = 0,005$ ).

**Conclusões:** Este estudo demonstra que após 6 meses de tratamento com PAP existe uma redução significativa da RMH em doentes com SAOS, sendo esta redução mais significativa nos doentes graves, o que suporta o seu efeito de proteção cardiovascular. Realça-se, assim, a importância desta avaliação como ferramenta complementar no diagnóstico e monitorização de doentes com SAOS.

**Palavras chave:** Apneia obstrutiva do sono. Rácio monócitos/HDL. Risco cardiovascular.

### PC 039. FATORES DE RISCO PARA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO MODERADO A GRAVE: UM ESTUDO CASO-CONTROLO

M. Alvarenga, M. Aguiar, V. Sacramento, S. Rodrigues, S. Furtado  
*Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introdução:** O género, a idade e o índice de massa corporal (IMC) são fatores de risco estabelecidos para síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) moderado a grave. No entanto, há poucos estudos que comparam o impacto da idade e IMC na gravidade de SAOS entre homens e mulheres. Existem também poucos dados sobre a relação entre tabagismo e gravidade de SAOS.

**Objectivos:** Avaliar a influência da idade, género, IMC e hábitos tabágicos na gravidade de SAOS. Comparar o impacto destes diferentes fatores entre homens e mulheres.

**Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes que realizaram estudo do sono nível III no nosso hospital em 2015 e 2016. Os adultos com diagnóstico de SAOS (índice de apneia-hipopneia [IAH] > 5) foram selecionados e caracterizados em relação a dados demográficos e hábitos tabágicos.

**Resultados:** Foram efetuados 834 estudos do sono nível III e foram incluídos 707 doentes. A média etária foi  $58,4 \pm 13,3$  anos e 63% eram do género masculino. O IMC médio foi  $34,2 \pm 7,1$  kg/m<sup>2</sup>. 53% eram não fumadores, 31% ex-fumadores e 16% fumadores. O SAOS foi classificado como ligeiro em 41% dos doentes, moderado em 25% e grave em 34%. O género masculino apresentou uma *odds ratio* de 2,6 para SAOS moderado a grave (IAH > 15). Foi encontrada uma correlação entre gravidade de SAOS e IMC em ambos os géneros e entre gravidade de SAOS e idade no género feminino. Um IMC superior a 40 kg/m<sup>2</sup> mostrou uma *odds ratio* de 2,4 em homens e 2,3 em mulheres para IAH > 15. No género feminino, uma idade superior a 70 anos apresentou uma *odds ratio* de 2,5 para IAH > 15. Não foi encontrada uma correlação entre os hábitos tabágicos e gravidade de SAOS.

**Conclusões:** O género masculino é um fator de risco independente para SAOS moderado a grave e os fatores de risco associados a uma maior gravidade de SAOS são diferentes nos dois géneros. Na nossa população, ambos os géneros apresentaram uma correlação entre IMC e gravidade de SAOS, mas apenas as mulheres mostraram uma correlação entre idade e gravidade de SAOS. Ao contrário de alguns dados publicados na literatura, os hábitos tabágicos não se correlacionaram com a gravidade de SAOS. O estabelecimento de fatores de risco para SAOS moderado a grave poderá ajudar a delinear estratégias para tratar estes doentes.

**Palavras chave:** Apneia do sono. Idade. IMC. Género. Tabagismo.

### PC 040. DECISÃO TERAPÊUTICA NA SAOS - SERÁ DIFERENTE ENTRE OS CLÍNICOS?

N. Martins<sup>1,2</sup>, R.P. Camara<sup>3</sup>, M. van Zeller<sup>2</sup>, M. Sucena<sup>2</sup>, A. Marinho<sup>2</sup>, F.S. Pires<sup>2</sup>, M. Drummond<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. <sup>2</sup>Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar São João, Porto. <sup>3</sup>Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Lisboa.

A apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença crónica com prevalência crescente, caracterizada pelo colapso da via aérea superior durante o sono, levando a eventos obstrutivos intermitentes de apneia/hipopneia. Dado o seu impacto clínico e índices de morbimortalidade, tem-lhe sido dada uma importância significativa, levando inclusive à necessidade de definir uma consulta especializada em sono. No entanto, grande parte desses pacientes é observada em consultas de pneumologia geral e, portanto, a conduta médica adotada pode diferir da dos médicos especialistas em sono. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi comparar o tratamento prescrito por especialistas do sono, pneumologistas gerais e internos de pneumologia, em pacientes com SAOS acompanhados no Laboratório do Sono do Hospital São João, Porto, Portugal. De uma amostra de 100 doentes com SAOS (idade média  $56,7 \pm 12,0$  anos, 58,5% homens), 46,2% tinham SAOS ligeiro. 76,0% tinham patologia cardiovascular, 8,5% cerebrovascular e 16% síndrome depressiva. Relativamente à medicação crónica, 76,4% dos doentes estavam medicados com antidiabéticos orais, anti-hipertensores, anti-depressivos ou anti-dislipidémicos. A média do IAH foi  $19,5 \pm 16,2$  eventos/h, a média do índice de dessaturação  $18,0 \pm 15,1$ , a SpO<sub>2</sub> média  $93,4 \pm 2,2\%$ , a média na pontuação da escala de Epworth  $9,3 \pm 5,9$ , a média da pCO<sub>2</sub> diurna  $40,9 \pm 14,0$  mmHg, a média do VEF1%  $104,5 \pm 19,2$  e a média do CVF%  $109,6 \pm 19,3$ . Ao nível da conduta médica, os especialistas do sono mostraram-se tendencialmente mais conservadores no que toca a estratégias terapêuticas, prescrevendo mais perda de peso, condicionamento postural e medidas gerais de higiene do sono do que os pneumologistas (coeficiente kappa de Cohen = 0,223;  $p = 0,000$ ) e que os internos de pneumologia (coeficiente kappa de Cohen = 0,187;  $p = 0,000$ ). Relativamente à prescrição de suporte ventilatório, os pneumologistas gerais foram os que mais prescreveram APAP/CPAP (43,1%), assim como os internos de pneumologia (40,8%), e os especialistas de sono foram os que menos prescreveram (24,5%). A repetição da PSG foi recomendada principalmente pelos pneumologistas gerais (15,4%), seguidos pelos internos de pneumologia (10,5%) e especialistas do sono (6,6%). Estes resultados demonstram que a prática clínica especializada nesta área pode condicionar medidas terapêuticas menos invasivas e redução de custos. São necessários mais estudos nesta área, nomeadamente incluindo maior número de doentes, a fim de aprofundar o nosso conhecimento e melhorar a precisão destes dados.

**Palavras chave:** SAOS. Decisão terapêutica. Higiene do sono. Suporte ventilatório.

### PC 041. DECISÃO TERAPÊUTICA NA SAOS POR PNEUMOLOGISTAS E INTERNOS DE PNEUMOLOGIA: ESTARÃO ELES A PRESCREVER DE FORMA SEMELHANTE?

R.P. Camara<sup>1</sup>, N. Martins<sup>2,3</sup>, M. van Zeller<sup>3</sup>, M. Sucena<sup>3</sup>, A. Marinho<sup>3</sup>, F.S. Pires<sup>3</sup>, M. Drummond<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Lisboa. <sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. <sup>3</sup>Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar São João, Porto.

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença crónica com impacto significativo na qualidade de vida, desempe-

no cognitivo e risco cardiovascular dos doentes. Caracteriza-se por eventos intermitentes de apneia/hipopneia obstrutiva causados pelo colapso da via aérea superior durante o sono. A sua gravidade é avaliada principalmente pelo índice de apneia-hipopneia (IAH). Não obstante, outros dados podem também ser tidos em consideração aquando da decisão terapêutica, como sonolência diurna, presença de comorbilidades, grau de dessaturação ou CO<sub>2</sub> diurno. Dado o aumento da prevalência desta patologia nas últimas décadas, é comum identificar doentes com SAOS em qualquer consulta de pneumologia. Admitindo o enorme peso desta patologia e das decisões tomadas, nomeadamente suporte ventilatório vs medidas gerais de higiene do sono, o objetivo deste estudo foi avaliar e comparar os critérios mais valorizados pelos internos de pneumologia e pneumologistas gerais, antes da decisão terapêutica, com base numa amostra de doentes com SAOS seguidos em consulta no Laboratório de Sono do Hospital de São João, Porto, Portugal. Foram incluídos 139 doentes (idade média 56,37 ± 12,37 anos, 58,4% homens), dos quais 44,1% tinham SAOS ligeiro, 28,0% SAOS moderado e 21,0% SAOS grave. Relativamente a comorbilidades, 77,3% apresentavam patologia cardiovascular, 17,0% patologia do foro psiquiátrico e 8,5% patologia cerebrovascular. A média do IAH foi 20,4 ± 17,0 eventos/h, média do índice de dessaturação 19,0 ± 16,0, SpO<sub>2</sub> média 93,4 ± 2,1%, média na pontuação da escala de Epworth 9,3 ± 5,9, média da pCO<sub>2</sub> diurna 40,1 ± 11,8 mmHg, média do VEF1% 103,6 ± 19,0 e média do CVF% 108,7 ± 18,3. O grau de concordância entre os critérios que os internos de pneumologia e pneumologistas gerais mais valorizaram antes da decisão terapêutica foi significativamente diferente (coeficiente Cohen kappa = 0,148; p = 0,000). A ordem de prioridades para os internos foi IAH (45,5%), associação IAH e DCV (14,6%), e IAH e sonolência diurna (12,2%). Os pneumologistas gerais valorizaram critérios similares, mas em diferente proporção: IAH (30,3%), IAH e DCV (15,2%) e IAH e outros dados (15,2%), como comorbilidades, qualidade do sono e insónia. Com relação às atitudes terapêuticas, verificou-se uma discordância significativa entre os dois grupos (p = 0,000): os pneumologistas gerais prescreveram mais APAP que os internos (51,5% vs 46,7%, respetivamente), pediram mais PSG (16,2% vs 13,3%, respetivamente) e prescreveram menos medidas gerais de higiene do sono (23,3%, 36,6%, respetivamente). Estes resultados demonstram que os internos tendem a prescrever de forma mais conservadora, usando mais medidas gerais de higiene do sono e onerando menos o sistema de saúde, possivelmente devido ao seu recente contato com o laboratório de sono. Estas conclusões reforçam, portanto, a importância da existência de especialistas do sono nos centros de pneumologia para uma melhor abordagem dos doentes com SAOS.

**Palavras chave:** SAOS. Decisão terapêutica. Critérios. Pneumologistas. Internos.

#### PC 042. APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E MOVIMENTOS PERIÓDICOS DO SONO - UMA ASSOCIAÇÃO A NÃO ESQUECER

J. Branco, M. Santos, I. Alves, S. Rodrigues, V. Sacramento, V. Martins, M. Aguiar, A. Feliciano, S. Furtado

*Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introdução e objetivos:** A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) atinge 24% dos homens e 9% das mulheres e os movimentos periódicos do sono (MPS, valorizável quando índice de PLMS > 15/h) variam entre 5 e 20%, podendo estas duas entidades coexistir. Os MPS condicionam microdespertares e ativação autonómica, contribuindo para o risco cardiovascular. Os objetivos foram avaliar, numa população de doentes com SAOS, a presença de MPS e comparar os dados demográficos e polissonográficos de doentes com SAOS com e sem MPS.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com suspeita de SAOS submetidos a polissonografia (PSG) num período de 2 anos (2015-2016). Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS®, tendo os doentes sido divididos em 2 grupos, SAOS sem MPS (IPLMS < 15/h) e SAOS com MPS (IPLMS > 15/h).

**Resultados:** Analisaram-se 157 doentes com SAOS, sendo ligeiro em 45,2% (n = 71), moderado em 29,3% (n = 46) e grave em 25,5% (n = 40). No grupo de doentes com SAOS sem MPS (n = 142), 59,1% (n = 84) eram homens, tinham média etária de 56,1 anos (± 12,1), IMC médio de 31,2 kg/m<sup>2</sup> (± 6,1) e 26,1% (n = 37) tinham história de tabagismo. As comorbilidades mais frequentes foram HTA (53,5%; n = 76), dislipidemia (35,9%; n = 51) e diabetes II (16,9%; n = 24). A pontuação média na escala de Epworth (ESE) basal foi de 8,7 (± 5,6). O índice de distúrbios respiratórios (IDR) médio foi de 24,2/h (± 20,0), o índice de dessaturação de oxigénio (IDO) médio de 19,3/h (± 19,4), o índice de microdespertares médio de 32,8/h (± 18,2), a eficiência do sono média de 78,2% (± 13,9) e o IPLMS médio de 1,8/h (± 3,4). Iniciaram pressão aérea positiva (PAP) 92 doentes (64,7%). Aos 6 meses obteve-se uma ESE média de 4,1 (± 3,6) e um IAH residual médio de 2,1/h (± 3,1). Relativamente aos doentes com SAOS com MPS (n = 15), 53,3% eram mulheres (n = 8), tinham média etária de 65,3 anos (± 10,4), IMC médio de 29,8 kg/m<sup>2</sup> (± 4,2) e 33,3% (n = 5) tinham história de tabagismo. As comorbilidades mais frequentes foram HTA (46,7%; n = 7), dislipidemia (46,7%; n = 7) e diabetes II (33,3%; n = 5). A ESE média basal foi de 9,5 (± 5,2). O IDR médio foi de 16,7/h (± 13,8), o IDO médio de 12,5/h (± 13,1), o índice de microdespertares médio de 35,4/h (± 15,3), a eficiência do sono média de 60,3% (± 20,3) e o IPLMS médio de 39,3/h (± 41,6). Um doente apresentava clínica de pernas inquietas, 2 faziam fármacos passíveis de causar MPS e 1 apresentava ferritina diminuída. Iniciaram PAP 10 doentes (66,7%). Aos 6 meses obteve-se uma ESE média de 2,4 (± 1,8) e um IAH residual médio de 2,1/h (± 2,9). Nenhum doente iniciou terapêutica para MPS. Apesar da limitação do tamanho das amostras, constatou-se que os doentes com SAOS e MPS eram mais velhos (valor p = 0,004) e tinham menor eficiência do sono (valor p = 0,001) que os doentes com SAOS sem MPS.

**Conclusões:** Sendo a SAOS uma doença com elevada morbidade, torna-se pertinente avaliar a coexistência de MPS, associados a risco cardiovascular elevado, o que condicionará a abordagem diagnóstica e terapêutica destes doentes.

**Palavras chave:** Apneia obstrutiva do sono. Movimentos periódicos do sono. Risco cardiovascular.

#### PC 043. CARACTERÍSTICAS DA SAOS NOS DOENTES COM ACROMEGALIA

B. Cabrita, J. Lima, M. Rodrigo, A. Marques, P. Melo, P. Simão, S. Correia, J. Ferreira

*Hospital Pedro Hispano.*

**Introdução:** A acromegalia é considerada uma patologia rara, com uma prevalência estimada na Europa de 30 a 70 indivíduos por cada 1 milhão de habitantes. Resulta de uma hipersecreção persistente de hormona de crescimento (HC), levando à hipersecreção hepática de fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1). A prevalência de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) pode chegar aos 69% nos doentes com acromegalia e doença ativa. Nestes doentes, a SAOS deve-se à presença de anomalias craniofaciais, aumento dos tecidos moles ao nível da faringe, laringe ou língua (macroglóssia), induzindo redução do lúmen das vias aéreas.

**Métodos:** Realizámos um estudo retrospectivo, observacional, descritivo, incluindo todos os doentes com acromegalia com diagnóstico de SAOS seguidos no Hospital Pedro Hispano.

**Resultados:** No nosso hospital, existem 23 doentes com diagnóstico de acromegalia. Destes, 16 doentes tinham realizado polissonografia noturna (os outros recusaram realizar o exame). A prevalência de

SAOS nos doentes com acromegalia foi de 69% com uma idade mediana de 65 ± 17 anos e predomínio do sexo feminino (82%). O IMC médio foi de 30 ± 3,7 kg/m<sup>2</sup> e o perímetro cervical de 40 ± 3,9 cm. 91% tinham um score de Mallampati de IV. O score de Epworth mediano foi de 2 ± 16 e do questionário STOP-BANG de 4 ± 3. Relativamente à escala de depressão de Beck, a mediana fixou-se em 15 ± 18. A hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia foram as comorbilidades mais frequentes encontradas em 64%, 46% e 36% dos doentes, respetivamente. Em termos de sintomatologia, 73% referiam roncopatia e apenas 36% pausas respiratórias. Aquando do diagnóstico de acromegalia, 90% tinham um macroadenoma associado e na altura na realização do estudo do sono, 82% tinham critérios de doença controlada. A mediana do índice de distúrbio respiratório (RDI) foi de 22 ± 44. Em termos de gravidade, 18% apresentavam SAOS ligeiro, 46% moderado e 36% grave. Um doente tinha critérios de síndrome de obesidade-hipoventilação e um de apneia do sono posicional. Sete doentes estavam sob Auto-CPAP e um sob tratamento posicional.

**Conclusões:** A SAOS é um distúrbio prevalente nos doentes com acromegalia. Na nossa amostra verificámos um predomínio do sexo feminino com uma clínica muito pouco específica. Assim, consideramos importante que, nestes doentes, seja realizada a exclusão sistemática da SAOS com realização de polissonografia.

**Palavras chave:** SAOS. Acromegalia.

#### PC 044. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA REPORTADA POR DOENTES SOB CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS NUMA REGIÃO DE LISBOA

F. Carriço<sup>1</sup>, M. Pereira<sup>2</sup>, S. Raimundo<sup>3</sup>, M. Escalera<sup>4</sup>, V. Cardoso<sup>4</sup>, C. Martinho<sup>4</sup>, J. Carvalho<sup>4</sup>, R.P. Basto<sup>4</sup>, P. Pinto<sup>4,5</sup>, C. Bárbara<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda.

<sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro-Centro Hospitalar

Universitário do Algarve. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro

Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. <sup>4</sup>Serviço de

Pneumologia, Departamento do Tórax, Centro Hospitalar Lisboa

Norte. <sup>5</sup>ISAMB-Faculdade de Medicina de Lisboa.

**Introdução:** O serviço prestado pelas empresas de cuidados respiratórios domiciliários (CRD) tem um papel fundamental no acompanhamento do doente sob ventiloterapia. Esta assistência condiciona a adesão e a eficácia do tratamento, motivo pelo qual é imprescindível que seja de elevada qualidade. Desde 2014 que o despacho 9483/2014 preconiza os requisitos mínimos para a prestação de CRD, uniformizando-os e garantindo a eficiência e racionalização dos mesmos. A avaliação qualitativa deste serviço, na perspetiva do doente, é também fundamental.

**Objectivos:** Avaliar o cumprimento de boas práticas de assistência respiratória domiciliária pelos prestadores de CRD.

**Métodos:** Estudo piloto realizado através da aplicação de um questionário elaborado de acordo com o caderno de encargos das empresas prestadoras de serviços de CRD atualmente em vigor (CP 2017/100). Os doentes incluídos encontravam-se em seguimento na Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva de um serviço de Pneumologia, estando exclusivamente sob ventiloterapia.

**Resultados:** No período de 16 a 27 de julho de 2018 foi aplicado um questionário a 100 doentes sob ventiloterapia domiciliária (síndrome de apneia obstrutiva do sono: 82%; síndrome de apneia central do sono: 12%), com média etária de 66,3 ± 12,7 anos. A maioria dos doentes (75%) utilizava APAP, 11% servoventilador, 6% BiPAP e 6% CPAP. Cerca de 25% dos doentes desconhecia a existência de um serviço de atendimento 24h por dia; 75% desconhecia a possibilidade de assistência em viagem em Portugal continental. Mais de metade dos doentes (57%) recebeu uma visita domiciliária 24h após a instalação do equipamento, a nível hospitalar. Aquando da primeira visita foram fornecidas instruções quanto à colocação da interface (95%), funcionamento (92%), manutenção e limpeza do equipamento (90%). Mais

de 90% referiu que a informação prestada na primeira visita domiciliária foi útil e teve impacto na utilização do equipamento. Apenas 48% dos doentes afirmava ter recebido uma visita um mês após o início da terapêutica. Relativamente à assistência a problemas técnicos, a maioria dos doentes respondeu que o problema foi resolvido num prazo máximo de 3 dias (68%) e eficazmente (70%). Apenas 19% dos doentes referiu ter-lhe sido entregue o relatório de utilização do equipamento, antes das consultas de seguimento. No que concerne à renovação das prescrições, 29% dos doentes referiu que a empresa não os alertava para a necessidade de regularização das mesmas. Globalmente, a maioria (82%) assumiu-se “satisfeito” ou “muito satisfeito” com os serviços prestados. Todas as empresas apresentaram níveis de satisfação elevados e consistentes entre si, mesmo quando analisadas isoladamente. Verificou-se que os doentes não satisfeitos estavam sob terapêutica há mais tempo, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa (63,3 ± 44 meses vs 52,4 ± 52,8 meses, p = 0,482).

**Conclusões:** Este estudo permitiu verificar que a maioria dos doentes se encontrava satisfeito com a assistência prestada. Identificaram-se alguns aspetos que devem ser melhorados, nomeadamente o desconhecimento da existência de atendimento permanente e a ausência de uma visita domiciliária um mês após o início do tratamento. O aspeto mais relevante, contudo, relaciona-se com a baixa percentagem de doentes que recebe relatório de monitorização da utilização do equipamento.

**Palavras chave:** Cuidados respiratórios domiciliários. Qualidade. Ventiloterapia.

#### PC 045. IMPACTO DA TERAPIA POSICIONAL COM DISPOSITIVO CERVICAL PARA TRATAMENTO DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO NA AUTO-PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE SONO

D. Grencho, J. Pimentel, C. Pissarra, P. Rosa

Serviço de Pneumologia, Hospital Vila Franca de Xira.

**Introdução:** A terapia posicional surge no tratamento da apneia obstrutiva do sono (AOS) como alternativa ao tratamento com pressão positiva. Têm vindo a ser desenvolvidos dispositivos que detetam a posição corporal durante o sono e estimulam a mudança posicional quando em decúbito dorsal (DD), permitindo um tratamento adequado. Os dispositivos de terapia posicional cervical (DTPC) emitem um estímulo vibratório, que poderá eventualmente afectar a qualidade do sono. A percepção de uma “boa noite de sono” é subjectiva para o indivíduo e pode não ser coincidente com o tempo objectivado de sono.

**Objectivos:** Relacionar a auto-percepção da qualidade do sono com a possível interferência condicionada pela utilização de um DTPC, através da utilização dos dados fornecidos pelo DTPC e pelos diários de sono.

**Métodos:** Estudo longitudinal de coorte, prospectivo. Foram incluídos 14 doentes com apneia obstrutiva do sono tratada com um DTPC (NightShift™ Sleep Positioner) durante 2 meses. A auto-percepção do tempo e da qualidade do sono foi avaliada através do preenchimento de um diário de sono (com base no diário de sono proposto pela AASM). A qualidade do sono foi avaliada de forma objectiva com recurso aos dados de actigrafia disponíveis nos relatórios detalhados do DTPC, permitindo obter as horas de sono, eficiência do sono (ES), *wake after sleep onset* (WASO) e índice de despertares (ID). Os resultados são apresentados sob a forma de estatística descritiva, e para o estudo evolutivo da qualidade de sono foi utilizada regressão linear simples e correlação de Pearson, obtidos através do programa SPSS V 20.0.

**Resultados:** 5 do sexo feminino 9 do sexo masculino, com idade média de 52,5 ± 11,2 anos, índice massa corporal (IMC) médio 28 ± 3 Kg/m<sup>2</sup>. Não se verificou uma tendência de variação nos valores da

ES, WASO e ID ( $r^2=0$ ). Verificou-se a existência de um factor de correlação fraco ( $p < 0,3$ ) entre os valores da ES, WASO e DI e as respostas categóricas da auto-avaliação subjectiva da percepção da qualidade de sono diária.

**Conclusões:** Não se evidenciaram alterações significativas na qualidade de sono com o DTPC utilizado. No entanto, um período de 2 meses poderá ser insuficiente para validar esta conclusão, pelo que será importante o seguimento e avaliação a longo prazo.

**Palavras chave:** *Apneia obstrutiva do sono. Qualidade de sono. Terapêutica posicional.*

#### PC 046. O IMPACTO DO CANCRO DO PULMÃO NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PNEUMOLOGIA

M.J. Araújo, F. Aguiar, R. Pereira, J. Lages, C. Pacheco, L. Ferreira, J. Cunha

Hospital de Braga.

**Introdução:** O cancro do pulmão continua a ser uma das neoplasias mais frequentes, sendo a principal causa de morte oncológica em Portugal e tem uma associação comprovada com o consumo de tabaco. As neoplasias respiratórias têm um peso significativo a nível hospitalar e os internamentos estão associados a taxas elevadas de mortalidade.

**Objectivos:** Este trabalho tem como objetivo principal caracterizar os doentes internados com diagnóstico de neoplasia pulmonar, analisar os principais motivos de internamento, taxa de mortalidade, bem como avaliar o peso que esta patologia tem num serviço de internamento de Pneumologia.

**Métodos:** Revisão retrospectiva que incluiu os doentes com neoplasia pulmonar internados no Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga durante o ano de 2017.

**Resultados:** Durante o ano de 2017, observou-se que a neoplasia pulmonar foi responsável por 28% ( $n = 175$ ) dos internamentos. Foram internados 125 doentes com neoplasia pulmonar, dos quais 39 tiveram mais do que um internamento durante esse período. Observou-se uma maior prevalência de doentes do sexo masculino (78%) e com hábitos tabágicos (29% de fumadores; 57% ex-fumadores) e não se observou uma diferença significativa na média de idades. A mediana do tempo de internamento foi de 10 dias e a taxa de mortalidade no internamento foi de 35% ( $n = 61$ ). O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma (67%), seguido do carcinoma epidermóide (17%) e do carcinoma pulmonar de pequenas células (7%). Em relação ao estadiamento inicial, 66% tinham metástases à distância na altura do diagnóstico (estadio IV) e apenas 10% foram diagnosticados em estadio inicial (estadio I ou II). Do total de doentes, 34 (19%) foram diagnosticados com neoplasia pulmonar no internamento. Todos eles foram diagnosticados em estadio localmente avançado ou metastático: 31 em estadio IV e 3 em estadio IIIB, sendo que 10 faleceram durante o internamento. Nestes doentes, os sintomas de apresentação da neoplasia mais frequentes foram a dispneia e a perda de peso em 36% dos casos, seguido de sintomas neurológicos decorrentes da metastização cerebral em 29%, hemoptises em 9% e derrame pleural em estudo em 6%. Os principais motivos de internamento foram a degradação do estado geral em doentes em fase terminal da neoplasia pulmonar (21,7%), infeções respiratórias/pneumonias (14,9%), massa pulmonar em estudo (11,4%), dor não controlada (8%), derrame pleural maligno (5,1%) e tromboembolismo pulmonar (4,6%). Observou-se também que uma parte significativa dos internamentos (16%) se deveu a complicações do tratamento (quimioterapia e/ou radioterapia), como a neutropenia febril e não febril, pancitopenia, esofagite e pneumonite rádica. A mortalidade global destes doentes, até à data, é de 65%, sendo que 80% foram diagnosticados nos últimos dois anos.

**Conclusões:** A grande maioria dos doentes são diagnosticados em fases avançadas da doença, o que explica o mau prognóstico do

cancro do pulmão e a sua elevada mortalidade. O tabagismo, principal fator de risco e responsável por 80-90% dos casos, esteve presente em 86% dos doentes. As complicações associadas ao tratamento são frequentes e graves e estão associadas a internamentos prolongados e a um aumento da mortalidade relacionada com o cancro do pulmão.

**Palavras chave:** *Cancro do pulmão. Mortalidade. Estadiamento.*

#### PC 047. DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL INDUZIDA PELA TERAPÊUTICA SISTÊMICA PARA O CANCRO DO PULMÃO

S.R. Sousa, J.N. Caldeira, A. Figueiredo, F. Barata

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

**Introdução:** O surgimento de terapêuticas imunológicas e agentes molecularmente direcionados para o tratamento de doentes com cancro do pulmão pode desencadear padrões específicos de toxicidade pulmonar. A doença pulmonar intersticial induzida por estas terapêuticas constitui uma entidade potencialmente grave e sub-reconhecida.

**Casos clínicos:** Os autores apresentam dois casos de doença pulmonar intersticial induzida pelo tratamento para o cancro do pulmão. Caso 1: doente sexo masculino, 45 anos, fumador (30 UMA), diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV com metastização cerebral. Terapêutica de 1ª linha com cisplatino e pemetrexed e radioterapia cerebral concomitante. Após 6 ciclos de tratamento, evolução com progressão da doença tendo sido realizado estudo complementar molecular e expressão de PDL 1 que revelou EGFR, ALK e ROS1 negativo, com expressão de PD-L1 > 50%. Optou-se por iniciar imunoterapia - pembrolizumab (2 mg/Kg de 3-3 semanas). Após 3 ciclos de tratamento, o doente apresentou queixas de dispneia e tosse não produtiva, sem febre ou outra sintomatologia. Ao exame físico, apresentação de saturação periférica de 90%. A tomografia computadorizada do tórax revelou reticulação e opacidades em vidro despolido com distribuição bilateral, apico-caudal e periférica, poupando o pulmão imediatamente adjacente à pleura, indicativo de um padrão de pneumonia intersticial não específica (NSIP). O tratamento com pembrolizumab foi suspenso e foi iniciada corticoterapia sistémica com resolução dos achados radiológicos e melhoria clínica progressiva. Cinco meses depois, a tomografia do tórax revelou regressão das opacidades em vidro despolido. Por razões oncológicas, o pembrolizumab foi reintroduzido mediante observação cuidadosa. Após 9 ciclos, a tomografia revelou estabilidade da doença. Caso 2: doente sexo masculino, 73 anos, ex-fumador, diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV, mutação EGFR (exão 21), metastização pleural e adenopatias abdominais. Tratamento de 1ª linha com gefitinib com resposta parcial, sem toxicidade relevante. Após 16 meses, progressão de lesão pulmonar primária. O estudo mutacional de rebiópsia a revelar mutação EGFR com T790m negativo. Alterada terapêutica para cisplatino e pemetrexed que cumpriu durante 5 meses. Subsequentemente, devido a progressão da doença, foi iniciado tratamento com osimertinib *off-label* (80 mg/dia). Após 35 dias de tratamento, foi admitido no serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços e hipoxemia (saturação periférica de oxigénio de 64%). AngioTC tórax revelou extensa densificação em vidro despolido bilateralmente com espessamento de septos e tromboembolia bilateral. A condição clínica do doente não permitiu a realização de lavado broncoalveolar nem biópsia. Com base nos achados imagiológicos e clínicos, foi diagnosticado, além da tromboembolia pulmonar, doença pulmonar intersticial induzida pelo osimertinib. Seguidamente, foi iniciado tratamento com pulsos de corticoterapia sistémica e descontinuação do osimertinib, associado a anticoagulação, com franca melhoria clínica e radiológica.

**Discussão:** Os casos apresentados demonstram que as novas práticas terapêuticas introduzidas no tratamento cancro do pulmão têm consequências no desenvolvimento de doença pulmonar intersticial. O uso crescente destas novas terapêuticas na prática oncológica atual irá contribuir significativamente para que este evento, previamente raro, se torne progressivamente mais frequente com impacto significativo no estado clínico do doente.

**Palavras chave:** Doença pulmonar intersticial. Cancro do pulmão. Pembrolizumab. Osimertinib.

#### PC 048. HOSPITALIZAÇÃO POR TROMBOEMBOLISMO EM DOENTES ONCOLÓGICOS - UM ESTUDO RETROSPECTIVO

S.R. Sousa, J.N. Caldeira, A. Figueiredo, F. Barata

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

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma importante causa de morbilidade e mortalidade. A associação entre a doença oncológica e a doença tromboembólica está estabelecida, particularmente na pulmonar, e a sua incidência nesta população em particular está a aumentar.

**Objectivos:** Descrever a prevalência e prognóstico associado ao TEP, particularmente na doença oncológica pulmonar.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de todos os episódios de TEP com internamento no Serviço de Pneumologia num período de dez anos (janeiro de 2007 a janeiro de 2017), com seleção dos doentes oncológicos e estudo das suas características clínicas.

**Resultados:** Foram avaliados 173 doentes com o diagnóstico de TEP no período citado sendo 54,3% do sexo feminino, com uma mediana de idade de 72 anos. Destes, 30,1% eram doentes oncológicos e tinham uma idade significativamente inferior relativamente aos doentes não oncológicos ( $p < 0,05$ ), não havendo diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo. As neoplasias mais prevalentes foram a pulmonar (67,3%), colo-rectal (11,5%) e da mama (5,8%), sendo que a maioria apresentava metástases (50%) ou tinham realizado quimioterapia (71,2%). Observou-se uma mortalidade intra-hospitalar decorrente de TEP de 10,4%, tendo-se verificado uma sobrevivência média inferior estatisticamente significativa no grupo de doença oncológica ( $p < 0,005$ ). No grupo de doentes oncológicos pulmonares, o TEP revelou-se mais prevalente no adenocarcinoma (65,7%), seguido pelo cancro de pequenas células (11,4%), epidermóide (5,7%) e adenoescamoso (5,7%). A maioria dos doentes encontrava-se no estágio III-IV (94%) e tinha realizado quimioterapia (85,7%). Na maioria dos casos, o TEP ocorreu no primeiro ano de diagnóstico da doença oncológica pulmonar (68,6%) e em apenas um caso antes do mesmo. A modalidade de imagem utilizada no diagnóstico de TEP foi a angiotomografia computadorizada. Verificou-se um aumento do número de internamentos por TEP ao longo do período de estudo citado, sendo que nos últimos 3 anos o aumento foi de 50% relativamente a igual período anterior. No que concerne ao tratamento realizado, todos os doentes receberam heparina de baixo peso molecular e terapêutica anticoagulante subsequente e em dois casos foi realizada fibrinólise. A mortalidade intra-hospitalar neste grupo foi de 28,6%.

**Conclusões:** Este estudo demonstra que o TEP é frequente em doentes oncológicos, especialmente em estadios avançados da doença. A maior prevalência verificada no adenocarcinoma pulmonar está de acordo com a literatura dado este tipo histológico estar associado a maior risco trombótico. O aumento no número de internamentos por TEP ao longo do período estudado advém provavelmente do aumento da incidência que se tem vindo a verificar do adenocarcinoma relativamente ao epidermóide. O aumento da idade e da prevalência do cancro, associada à trombogenicidade dos agentes de quimioterapia, reforça a necessidade de avaliar o risco de doença tromboembólica venosa nestes doentes e ponderar a realização de profilaxia anti-trombótica.

**Palavras chave:** Tromboembolismo pulmonar. Cancro. Mortalidade.

#### PC 049. IMUNOTERAPIA NO CARCINOMA DE PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS AVANÇADO: CINQUENTA DOENTES EM ANÁLISE

J.C. Costa, J.N. Machado, A. Figueiredo, F. Barata

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

**Introdução:** A imunoterapia é um tratamento que utiliza o próprio sistema imunológico para combater a doença. Inclui diferentes estratégias que tem como objetivo estimular o sistema imunitário, de forma a obter uma resposta antitumoral específica e duradoura, com conseqüente benefício clínico.

**Objectivos:** Caracterizar a população de doentes submetidos a imunoterapia como tratamento para cancro do pulmão e avaliar a sua eficácia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo da população de doentes com carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) avançado, submetidos a terapêutica com imunoterapia em 1ª ou 2ª linha, seguidos na consulta de pneumologia oncológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral. Foram analisados dados clínicos, demográficos e avaliada a eficácia da terapêutica.

**Resultados:** Amostra constituída por 50 indivíduos, 72% do sexo masculino, com média de idades de 63,2 anos. A maioria dos doentes (66%) apresentava performance status (PS) de 1, 28% PS de 0 e 6% PS de 2. 28% eram fumadores e 42% ex-fumadores. Quanto à histologia, 74% dos doentes apresentavam adenocarcinoma, 20% carcinoma escamoso e 6% adenoescamoso. A maioria dos doentes (90%) encontravam-se no estágio IV e 10% no estágio IIIB. 28% dos doentes apresentavam expressão PD-L1 em mais de 50% das células tumorais, 20% entre 1 e 50% e 52% expressão negativa ou desconhecida. Do ponto de vista terapêutico, em 1ª linha, a maioria dos doentes (86%) foi submetida a quimioterapia (QT) e 14% a imunoterapia. A combinação de QT mais frequentemente utilizada foi de platina com pemetrexed (62,8%), seguida de carboplatina com paclitaxel (16,3%). Relativamente à imunoterapia todos os doentes iniciaram terapêutica com pembrolizumab. Dos doentes que iniciaram imunoterapia como estratégia de 1ª linha, 85,7% apresentaram controlo da doença e 14,3% progressão, enquanto os que iniciaram QT em 1ª linha, 73,9% apresentaram controlo da doença e 26,1% progressão, tendo essa diferença revelado significado estatístico (teste exato de Fisher,  $p = 0,014$ ). Relativamente à terapêutica de 2ª linha, 52,4% iniciaram terapêutica com nivolumab, 33,3% com pembrolizumab, 4,8% com atezolizumab e 3,5% com QT. Dos doentes que iniciaram imunoterapia como estratégia de 2ª linha, 9,4% apresentaram resposta parcial, 68,8% estabilidade clínica e 21,9% progressão. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a expressão de PD-L1 pelas células tumorais e eficácia terapêutica (teste exato de Fisher,  $p > 0,05$ ). Os efeitos secundários não imuno relacionados mais frequentes foram fadiga e náuseas, enquanto os imuno relacionados foram colite e endocrinopatias. Verificou-se ocorrência de óbito em 20% dos doentes. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na mortalidade em função do sexo, idade, hábitos tabágicos, performance status, terapêutica ou expressão PD-L1 ( $p > 0,05$ ).

**Conclusões:** Os nossos resultados sugerem que a utilização de inibidores de checkpoints imunológicos no tratamento do CPNPC avançado, até ao momento, tem apresentado boas taxas de resposta, tanto em primeira como em segunda linha, com efeitos secundários toleráveis e de fácil manuseamento. Deste modo, a imunoterapia constitui mais uma importante ferramenta na abordagem terapêutica do CPNPC avançado.

**Palavras chave:** Carcinoma pulmonar não pequenas células. Imunoterapia. Abordagem terapêutica.

## PC 050. ADENOCARCINOMA PULMONAR METASTÁTICO ALK+. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

J.C. Costa, J.N. Machado, A. Figueiredo, F. Barata

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

**Introdução:** A escolha do tratamento do carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) em estágio avançado tem apresentado modificações relevantes nos últimos anos, acompanhando a descoberta dos mecanismos moleculares subjacentes ao desenvolvimento e à evolução destes tumores. O crizotinib é uma pequena molécula do grupo dos inibidores da tirosinacina do ALK (*Anaplastic lymphoma kinase*) de 1ª geração. Mais recentemente surgiram inibidores de 2ª geração.

**Objectivos:** Caracterizar a população de doentes com a translocação ALK+ e avaliar a abordagem da terapêutica.

**Métodos:** Estudo retrospectivo da população de doentes com translocação ALK+ seguidos na consulta de pneumologia oncológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral, nos últimos 5 anos (2013-2017). Foram analisados dados clínicos, demográficos e avaliada a abordagem terapêutica.

**Resultados:** Amostra constituída por 29 indivíduos, 55% do sexo feminino, com média de idades de 59,9 anos. 69% eram não fumadores, 24,1% ex-fumadores e 6,9% eram fumadores. Quanto à histologia, 93,1% dos doentes apresentavam adenocarcinoma e 6,9% adenoescamoso. A maioria dos doentes (93,1%) encontravam-se no estágio IV. Do ponto de vista terapêutico, em 1ª linha, a maioria dos doentes (51,7%) foi submetida a quimioterapia (QT) clássica, 41,4% a terapêutica com inibidores de ALK e 6,9% a QT combinada com radioterapia. A combinação de QT mais frequentemente utilizada foi de platina com pemetrexed (70,6%). Relativamente aos inibidores da tirosinacina do ALK, 83,3% iniciaram terapêutica com crizotinib e 16,7% com alectinib. Dos doentes que iniciaram inibidores do ALK em 1ª linha, 66,7% apresentaram resposta parcial, 25% estabilidade clínica e 8,3% progressão, enquanto os que iniciaram QT, 23,5% apresentaram resposta parcial, 35,3% estabilidade clínica e 41,2% progressão, tendo essa diferença revelado significado estatístico (teste exato de Fisher,  $p = 0,046$ ). Relativamente à terapêutica de 2ª linha, 58,6% iniciou terapêutica com crizotinib, 17,2 com inibidores de ALK de 2ª geração (10,3% com alectinib e 6,9% com ceritinib) e 3,5 com QT clássica. Dos doentes que iniciaram inibidores do ALK como estratégia de 2ª linha, 68,2% apresentaram resposta parcial, 18,2% estabilidade clínica e 13,6% progressão. Verificou-se ocorrência de óbito em 34,5% dos doentes. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na mortalidade em função do sexo, idade e terapêutica ( $p > 0,05$ ).

**Conclusões:** Os nossos resultados sugerem que a utilização de inibidores da tirosinacina no tratamento do adenocarcinoma pulmonar metastático ALK+ tem apresentado boas taxas de resposta, tanto em 1ª como em 2ª linha. Deste modo, as alterações oncogénicas que têm terapêuticas específicas devem ser pesquisadas na prática clínica e a abordagem terapêutica destes doentes passará pela sequenciação entre os seus inibidores.

**Palavras chave:** Adenocarcinoma pulmonar metastático. Inibidores da tirosinacina. ALK+.

## PC 051. IMUNOTERAPIA NO CANCRO DO PULMÃO: EXPERIÊNCIA COM NIVOLUMAB

S. Heleno, M. Afonso, T. Gomes, D. Apolinário, L. Nascimento, A. Fernandes

*Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE-Unidade de Vila Real.*

**Introdução:** Os inibidores de *checkpoints* imunológicos surgiram recentemente como agentes terapêuticos promissores no cancro de

pulmão não-pequenas células (CPNPC) do adulto, particularmente nos doentes tratados previamente com esquemas de quimioterapia (QT) e/ou terapêutica(s)-alvo. Os inibidores da via da morte celular programada PD-1/PD-L1 têm demonstrado atividade antitumoral e respostas clínicas amplamente favoráveis

**Objectivos:** Avaliação da eficácia e segurança de nivolumab em doentes com CPNPC, após QT convencional.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes com CPNPC, seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica, submetidos a tratamento com Nivolumab após QT convencional, no período de janeiro de 2016 a maio de 2018. Procedeu-se a análise descritiva de variáveis demográficas e análise estatística de aspetos relativos ao tratamento, que foi mantido até progressão da doença, toxicidade intolerável ou morte. A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa SPSS versão 23, considerando um valor de significância estatística  $p = 0,05$ .

**Resultados:** O Nivolumab foi aplicado em 23 doentes. Vinte doentes (87%) eram do género masculino. A idade média de início do Nivolumab situava-se nos  $62,6 \pm 7,9$  anos (mínimo: 42; máximo: 75). Todos os doentes eram fumadores ( $n = 12$ ) ou ex-fumadores ( $n = 11$ ). Relativamente ao tipo histológico da neoplasia, 69,6% dos doentes ( $n = 16$ ) apresentava carcinoma com diferenciação escamosa; nos restantes (30,4%;  $n = 7$ ) estava presente adenocarcinoma. Em 11 casos o Nivolumab foi instituído em 3ª linha de tratamento, em 10 doentes em 2ª linha; os dois restantes em 4ª e 5ª linhas, respetivamente. O número médio de administrações de Nivolumab situava-se em  $7,7 \pm 7,2$  administrações (mínimo: 1; máximo: 27). A sobrevida livre de progressão sob nivolumab situava-se, em média, em  $3,4 \pm 1,4$  meses (mínimo: 1,5; máximo: 5) nos casos de Adenocarcinoma, e  $5,8 \pm 6,3$  meses (mínimo: 0,5; máximo: 7,5) nos casos de Carcinoma epidermóide. Nesta amostra, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre doentes com diferentes Performance Status (PS), ao nível da sobrevida global ou sobrevida livre de progressão. Vinte e um doentes (91,3%) tinham realizado uma a duas linhas de tratamento prévias, observando-se menores sobrevida global (em média, 11 vs 20 meses) e sobrevida livre de progressão (11 vs 18 meses), comparativamente com aqueles que tinham efetuado três a quatro linhas prévias, dados que não apresentam significância estatística ( $U = 5,0$ ;  $p = 0,08$  e  $U = 8,0$ ;  $p = 0,15$ , respetivamente). Em quase metade dos doentes (48%;  $n = 11$ ), houve necessidade de interrupção do fármaco por documentação de progressão da doença; cinco destes faleceram no decorrer do tratamento. Em um doente (4,4%) o Nivolumab foi suspenso devido a infeção oportunista. Não houve relatos de toxicidade imunológica de qualquer localização.

**Conclusões:** Esta amostra, embora reduzida, revela a importância do Nivolumab como alternativa terapêutica em doentes com CPNPC, após progressão da doença com QT convencional. Este fármaco teve impacto na sobrevida, com bom perfil de segurança, embora não tenham sido identificados fatores preditores de maior duração de resposta, com impacto estatístico, nesta amostra.

**Palavras chave:** Cancro. Pulmão. Progressão. Nivolumab.

## PC 052. NEOPLASIA DO PULMÃO EM DOENTES JOVENS - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

M. Vargas-Castanho, N. Caíres, P. Alves, D. Hasmucraj, A.S. Vilarça, E. Teixeira, R. Sotto-Mayor

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

O cancro do pulmão é uma causa frequente de morbilidade e mortalidade a nível global, encontrando-se associado a um impacto económico significativo. Embora habitualmente seja diagnosticado nas 7ª e 8ª décadas de vida, estima-se que cerca de 10% dos doentes tenham idade inferior a 50 anos aquando do diagnóstico. Os autores realizaram um estudo retrospectivo, tendo analisado

os doentes seguidos num centro terciário, no Serviço de Pneumologia Oncológica no período compreendido entre Janeiro de 2013 e Janeiro de 2017. Foram avaliados dados demográficos, diagnósticos histológicos, estadiamento de acordo com a 7ª classificação TNM, abordagem terapêutica e taxa de mortalidade. Dos 1286 doentes seguidos no centro neste período 79 tinham idade < 50 anos (correspondendo a 6,1%). 55,7% dos doentes eram do sexo masculino (44 doentes), com idades compreendidas entre os 32-57 anos (média 46). Relativamente aos hábitos tabágicos 57 doentes eram fumadores (72,2%) e 6 eram ex-fumadores (7,6%). Quanto ao diagnóstico histológico, a maioria (56 doentes) tinham adenocarcinoma - 70,9%, 9 tinham carcinoma epidermóide (11,4%) e 5 tinham cancro de pequenas células (6,3%); os restantes 9 doentes tinham outros tipos histológicos. No que ao estadiamento TNM na altura do diagnóstico diz respeito, constatou-se uma preponderância de estádios avançados: 51 doentes tinham estádio IV (64,6%), 5 III B (6,3%) e 10 IIIA (12,7%). No que concerne as mutações, verificou-se que 11 doentes eram EGFR positivos, 4 tinham rearranjo ALK e 2 mutações no KRAS. A abordagem terapêutica de primeira linha foi ajustada ao estadiamento: 41 doentes foram tratados com quimioterapia, 4 com terapia-alvo e 3 com tratamento de suporte. De referir que 2 doentes faleceram antes de iniciar terapêutica. 13 doentes foram tratados com radioterapia com intuito paliativo (em lesões metastáticas). Dos 22 doentes tratados cirurgicamente, 14 receberam quimio ou radioterapia adjuvantes. As taxas de mortalidade aos 6 meses, 1 e 5 anos foram, respectivamente, 24,4%, 20,5% e 23,1% (taxa de mortalidade global 67,9%). A neoplasia do pulmão está associada a uma taxa de mortalidade significativa nesta população, o que provavelmente está relacionado com os estádios avançados na altura do diagnóstico, o que impossibilita uma tentativa de abordagem terapêutica com intuito curativo nestes casos.

**Palavras chave:** Cancro do pulmão. Idade. Prognóstico. Mortalidade. Estadiamento.

### PC 053. A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA DA MUTAÇÃO T790M NO TRATAMENTO DE DOENTES COM CPNPC EGFR+ APÓS PROGRESSÃO COM TKI

M.F. Silveira, E. Teixeira, A.S. Vilarça, D. Hasmucrai, P. Alves, R. Sotto-Mayor

*Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** O perfil molecular é uma avaliação de rotina para seleção do tratamento dos doentes com CPNPC metastático. Nos doentes com mutação do EGFR os inibidores tirosina cinase (TKI) de 1ª e 2ª geração são eficazes mas a progressão surge invariavelmente. A rebiópsia e/ou biópsia líquida para determinação da resistência é atualmente *standard*. A mutação T790M é a mutação adquirida mais frequente.

**Objectivos:** Análise dos casos de doentes com CPNPC EGFR positivo a quem foi pedida pesquisa de mutT790M em biópsia tumoral e/ou líquida, após progressão com TKI de 1ª ou 2ª geração com avaliação do tipo tratamento efetuado, taxa de resposta, sobrevivência livre de progressão e sobrevivência global.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de avaliação dos doentes com CPNPC EGFR positivo a quem foi pedida pesquisa de mutT790M em biópsia tumoral e/ou líquida no período compreendido entre 02/2016 a 02/2018. A análise estatística foi efectuada com SPSS Statistics 20<sup>o</sup>, e a análise de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meyer.

**Resultados:** Foram analisados 24 casos, 14 (58,3%) do sexo feminino, com uma média de idades de 67,8 ± 13,39 anos, todos eles com Adenocarcinoma, estadio IV. Fez-se pesquisa da mutT790M no sangue periférico em 18 doentes (78,3%) com resultado positivo em 4 (22,2%). Dos doentes com mutT790M negativa (n = 14), 5 fizeram

biópsia tumoral que confirmou ser negativa. Os restantes não fizeram por falta de condições clínicas ou ausência de local punccionável. Em 6 doentes foi efetuada apenas biópsia tumoral havendo resultado positivo em 5. Dos 9 doentes positivos (37,5%), todos iniciaram tratamento com Osimertinib. Dos doentes negativos, 2 (8,3%) mantiveram o TKI inicial, 8 (33,3%) iniciaram 2ª linha com quimioterapia (QT; n = 4), imunoterapia (IT; n = 3) ou outro TKI (n = 1), e 5 (20,8%) faleceram antes de iniciar tratamento. Verificou-se uma taxa de resposta ao osimertinib de 67% (1RC+5RP), 1 com doença estável e 2 não avaliados (faleceram antes da avaliação de resposta). A taxa de resposta à QT/IT/outroTKI em 2ª linha foi de 25% (2RP), 4 com doença estável e 2 com progressão. A sobrevivência livre de progressão foi de 12 meses com osimertinib e 7,5 meses com os outros tratamentos. Os 2 doentes com metastização ao SNC à data de início do Osimertinib, não tiveram progressão no SNC sob esta terapia. Constatou-se que dos 9 doentes que iniciaram Osimertinib, 6 (66,7%) continuaram o tratamento e apenas 3 (33,3%) faleceram. Dos restantes doentes, apenas 2 continuam tratamento e todos os outros faleceram. A sobrevivência mediana desde o início da 2ª linha, foi de 21 meses para o Osimertinib e 12 meses para a QT/IT/outroTKI. Na comparação das funções de sobrevivência com o teste Log-Rank e Breslow não houve diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 0,745$ ;  $p = 0,388$ ;  $\chi^2 = 0,511$ ;  $p = 0,475$ ), provavelmente pelo tamanho diminuto da amostra, mas as curvas de sobrevivência mostram uma diferença assinalável entre os dois tratamentos.

**Conclusões:** Apesar do tamanho da amostra, os resultados mostram a importância da detecção da mutT790M e a eficácia do tratamento com osimertinib, quer a nível da taxa de resposta, sobrevivência livre de progressão e sobrevivência global.

**Palavras chave:** CPNPC EGFR+. Mutação T790M. Osimertinib.

### PC 054. A NEOPLASIA DO PULMÃO EM ESTADIO AVANÇADO E A TERAPÊUTICA CIRÚRGICA: DEVEMOS DAR OPORTUNIDADE?

S.C. Silva<sup>1</sup> P. Alves<sup>2</sup>, A.S. Vilarça<sup>2</sup>, D. Hasmucrai<sup>2</sup>, E. Teixeira<sup>2</sup>, R. Sotto-Mayor<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.* <sup>2</sup>*Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte.* <sup>3</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

A maioria dos casos de cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) é diagnosticada em fase avançada da doença, sendo a cirurgia pouco indicada nestas situações. Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 75 anos, não fumadora, diagnosticada com adenocarcinoma do pulmão em 2009 inicialmente em estágio IIIA (T2, N2, M0). Foi submetida a quimioterapia neoadjuvante com regressão das adenopatias mediastínicas (grupo 4R). Deste modo, foi proposta para cirurgia que se tornou numa toracotomia exploradora porque se verificou a presença de implantes na pleura visceral e parietal, passando a doença a estágio IV. O estudo genético do tumor revelou a presença da mutação no gene EGFR (exão 21) e a doente iniciou terapêutica de 1ª linha com um inibidor da tirosina cinase: erlotinib, tendo-se obtido resposta parcial durante 15 meses. Em TC torácica e PET-TC de controlo (2011) documentou-se progressão da doença com aumento do volume e da captação FDG (SUV 5,4) da massa do lobo superior direito. Foi então, efectuada terapêutica de 2ª linha com quimioterapia: pemetrexedo. Na reavaliação, ao final do 4.º ciclo, verificou-se progressão no mesmo local (SUV 8,6) e passou para 3ª linha de tratamento com vinorelbina. No final de 4 ciclos de tratamento, mantinha aumento da captação no mesmo local. Atendendo a que a progressão da doença se documentava sempre no mesmo local, sem qualquer outro foco de atividade de doença, nomeadamente na pleura, foi discutida em reunião multidisciplinar e foi submetida a lobectomia superior di-

reita com esvaziamento ganglionar mediastínico (estadiamento cirúrgico: pT2, N1 Mx - sem evidência de doença pleural). Uma vez que já tinha feito 3 linhas de tratamento, manteve-se apenas sob vigilância e sem sinais de recidiva durante 14 meses. Em TC torácica de *follow-up* (2013) verificou-se aumento do volume de gânglios que, após mediastinoscopia, confirmou a presença de adenocarcinoma nos grupos 4R e 2R. Foi então proposta para realizar radioterapia sobre o mediastino numa dose total de 66 Gy. Manteve-se em vigilância com estabilização da doença durante 20 meses, até se ter verificado nova progressão da doença em TC torácica de 2015 com aparecimento de nódulos pulmonares bilaterais. Iniciou retratamento com erlotinib que fez durante 24 meses com resposta parcial à terapêutica. No final de 2017, iniciou quadro clínico de hemoptises que motivaram internamento e que se admitiram em relação com progressão da doença documentada também endoscopicamente. Interrompeu a terapêutica e foi feita pesquisa da mutação de resistência T790M cujo resultado em biópsia líquida foi positivo. Iniciou então tratamento com osimertinib desde Fevereiro de 2018 que mantém até ao momento com resposta parcial. A doente mantém-se clinicamente bem, assintomática e com *performance status* de 0. Com este caso clínico, pretendemos mostrar o quão complexa pode ser a abordagem do doente com neoplasia do pulmão em estadio avançado. O papel da cirurgia nestes casos não está completamente definido, mas aqui demonstrou ter um impacto importante no tempo de estabilização de doença e gestão de todas as outras linhas terapêuticas.

**Palavras chave:** Cancro do pulmão. Estadio avançado. Terapêutica cirúrgica.

#### PC 055. A MUTAÇÃO EGFR NO CARCINOMA DO PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS: REVISÃO CASUÍSTICA

S.C. Silva<sup>1</sup>, P. Alves<sup>2</sup>, A.S. Vilarica<sup>2</sup>, D. Hasmucrai<sup>2</sup>, E. Teixeira<sup>2</sup>, R. Sotto-Mayor<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central. <sup>2</sup>Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Hospital Pulido Valente-Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** A presença da mutação do gene EGFR é um marcador preditivo de resposta aos inibidores da tirosina cinase (TKI) nos indivíduos com carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC) em estadio avançado.

**Objectivos:** Descrever as características demográficas, estadiamento inicial e resposta à terapêutica dos doentes com CPNPC com a mutação do gene EGFR.

**Métodos:** Revisão dos processos clínicos dos doentes com CPNPC, seguidos no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do Centro Hospitalar Lisboa Norte entre 2013 e 2016.

**Resultados:** De um total de 625 doentes com CPNPC, identificaram-se 53 (8,5%) com a presença da mutação EGFR, com uma média de idades de 68 ( $\pm$  12,4) anos, predominio do sexo feminino (n = 37, 69,8%) e não fumadores (n = 41, 77,4%). Na escala de Zubrod, a maioria estava na classe um (n = 37, 69,8%). A mutação mais frequentemente descrita foi no exão 19 (n = 21, 39,6%) e 21 (n = 17, 32,1%). Verificou-se uma distribuição equitativa no que diz respeito à localização dos tumores: 26 (49%) à direita e 25 (47,2%) à esquerda; houve 2 (3,8%) tumores com localização na pleura. Mais de metade dos tumores (n = 35, 66%) tinham localização central. No que diz respeito à classificação TNM, a maioria dos doentes encontrava-se inicialmente no estadio IV (n = 52, 98,1%). Vinte e seis (49,1%) classificavam-se como M1b, 20 (37,7%) como M1a e 6 (11,3%) como M1c. Os locais de metastização mais comum foram a pleura (n = 29, 55,8%), o pulmão (n = 26, 50%) e o osso (n = 20, 38,5%). Cinco doentes faleceram antes de iniciar tratamento e um doente foi tratado noutra local. No que diz respeito à escolha da terapêu-

tica de 1.ª linha (n = 47), o tratamento preferencial foram os TKI (n = 35, 74,5%), seguido da quimioterapia (QT) em 17 doentes (36,2%); o estadio IIIB foi submetido inicialmente a QT/RT sequencial. Foi feito o *switch* QT-TKI em 3 doentes, resultando em 19 doentes tratados com Erlotinib (40,4%) e 16 tratados com gefitinib (34%). Como terapêutica complementar, houve 22 doentes submetidos a RT, a maioria (n = 11, 50%) dos casos RT holocraniana. A mediana de tempo entre o diagnóstico e início de tratamento foi de 53 dias para TKI e de 29 dias para QT. Dos doentes que efetuaram TKI verificou-se: estabilização da doença em 8; resposta parcial em 3; progressão da doença com necessidade de alteração de linha terapêutica em 17 doentes. Deste grupo de doentes, houve 7 que faleceram. Dos doentes que fizeram QT: houve progressão em 8; resposta parcial em 5 e 1 doente faleceu. A mediana de tempo entre início de tratamento e evidência de progressão de doença foi de 8,4 meses nos doentes tratados com TKI.

**Conclusões:** Neste grupo de doentes, a mutação EGFR foi descrita com maior frequência em mulheres não fumadoras. A maioria dos doentes foi inicialmente tratada com TKI, mantendo-se mais de metade sob vigilância.

**Palavras chave:** Carcinoma pulmão não pequenas células. Mutação EGFR. Estadio avançado. Inibidores tirosina cinase.

#### PC 056. EFEITOS ADVERSOS DOS INIBIDORES DA TIROSINA QUÍNASE DO EGFR - A EXPERIÊNCIA DO CHVNG/E

N.C. Pereira, R. Marçoa, M. Dias, D. Coutinho, E. Silva, S. Conde, S. Campinha, A. Barroso

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** As terapêuticas alvo no cancro do pulmão não pequenas células (CPNPC) conduziram ao aparecimento de novas toxicidades farmacológicas, cuja abordagem e impacto ainda não foram bem estabelecidos.

**Objectivos:** Conhecer os principais efeitos adversos (EA) dos inibidores da tirosina quinase (TKI) do EGFR, a sua frequência, gravidade, períodos de maior risco e os eventuais factores relacionados com a sua ocorrência.

**Métodos:** De fevereiro de 2016 a janeiro de 2017, 27 doentes com CPNPC estadio avançado tratados com TKI foram convidados a responder a um questionário acerca da toxicidade aos TKI. O questionário foi aplicado 4 vezes de forma consecutiva correspondendo aos dias 0, 15, 30 e 60 após início do TKI (T0, T1, T2 e T3, respectivamente). A gravidade dos EA foi reportada segundo a *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE).

**Resultados:** Foram incluídos 18 doentes, tendo sido nove previamente excluídos por falha no preenchimento consecutivo dos respectivos questionários ou por apresentarem *ad initium* sintomas ou sinais que se sobrepunham com os habitualmente induzidos pelos TKI do EGFR. A maioria dos doentes eram mulheres (66,7%) com uma média de idades de 67  $\pm$  13 anos. O adenocarcinoma foi a histologia mais frequente (88,9%) e a mutação EGFR estava presente em 12 pacientes (66,7%). Os TKI usados foram: erlotinib (61,1%) - como 1ª linha (1L) ou linhas subsequentes (LS), osimertinib (27,8%) - LS e gefitinib (11,1%) - 1L. Todos os pacientes apresentaram pelo menos um EA, sendo a toxicidade cutânea o mais comum (77,8%); a maioria apresentava lesões tipo acne e distrofia ungueal grau 1 e 2, que surgiram maioritariamente entre T0 e T1 (57,1%). Os outros efeitos reportados mais frequentes foram: a diarreia (66,7%), alterações oftalmológicas (50%), náuseas (44,4%), mucosite oral (38,9%) e vômitos (22,2%). A maioria destes sintomas surgiu também entre T0 e T1, excepto as náuseas e a mucosite que foram reportadas predominantemente em T2. Estes EA foram essencialmente classificados como grau 1 e 2, e apenas uma alteração oftalmológica foi considerada grau 3. A elevação das transaminases foi registada em 27,8% dos doentes, maioritariamente em T3, e levou à suspensão do tratamento num doente. Foi

também observado um caso de pneumonite grau 2 em T2 que obrigou à suspensão da terapêutica com TKI. Das variáveis estudadas (idade, género, padrão histológico, presença de mutação EGFR, número de tratamentos prévios), nenhuma mostrou ser boa preditora da ocorrência dos efeitos laterais descritos.

**Conclusões:** Embora a maioria dos efeitos laterais dos TKI do EGFR tenham sido ligeiros a moderados, foram frequentes e ocorreram habitualmente nos primeiros 15 dias de tratamento. Este trabalho reforça, assim, a importância da consulta após as duas primeiras semanas de tratamento com TKI e da posterior monitorização mensal dos mesmos quer em termos clínicos quer em termos analíticos. Uma vigilância pertinente e uma intervenção precoce adequada permitirão melhorar a qualidade de vida destes doentes.

**Palavras chave:** Inibidores da tirosina quinase. EGFR. Efeitos adversos.

### PC 057. SERÁ MESMO UM LINFOMA?

M. Conceição, S. Guerra, A.D. Cunha, J.B. Correia, T. Abrantes, A. Reis, A.S. Torres

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.*

**Introdução:** A deteção de adenopatias hilares e mediastínicas é de extrema importância no diagnóstico diferencial de diversas patologias torácicas, como a neoplasia primária do pulmão, carcinoma metastático, linfoma, sarcoidose ou infeção.

**Caso clínico:** Homem de 42 anos, ex-fumador (CT 25 UMA), previamente saudável. Após dois episódios de infeção respiratória das vias aéreas superiores, desenvolveu quadro de tosse seca, astenia, anorexia e perda ponderal de 20 kg, com 3 meses de evolução. Referia ainda febre intermitente e hipersudorese noturna. Sem outras queixas específicas de órgão. Ao exame objetivo, apresentava adenopatias cervicais bilaterais. Analiticamente, anemia hipocrómica e microcítica (Hb 8,3 g/dL), protrombinemia 43%, PCR 31,7 mg/dL. Radiografia de tórax com alargamento do mediastino superior, de predomínio à direita. A TC tórax mostrava múltiplas e volumosas adenopatias cervicais, mediastínicas e hilares, a maior hilar direita com 63mm, provocando compressão extrínseca do brônquio principal direito; densificação periférica em vidro despolido no segmento posterior do LSD (lobo superior direito). Broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas. Realizou excisão cirúrgica de gânglio supraclavicular direito, cujo resultado anatomopatológico foi compatível com metástase ganglionar de neoplasia maligna pouco diferenciada, sugerindo-se estudo adicional pulmonar e do trato digestivo. Endoscopia digestiva alta e colonoscopia sem alterações. PET-CT: adenopatias hipermetabólicas supra-diafragmáticas e volumosa massa cervico-mediastínica à direita (SUVmax: 5,5); várias densificações dispersas pelo parênquima pulmonar com ligeira captação de FDG-F18, a maior no LSD, subpleural, com 23 × 12 mm (SUVmax: 1,5). No decurso do estudo, foi submetido a nova biópsia de adenopatia por mediastinoscopia, cuja histologia foi favorável ao diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). O doente foi orientado pela Hematologia e, apesar de anemia e trombocitopenia, iniciou quimioterapia (QT) dirigida com esquema CHOP. Realizou estudo medular: biópsia óssea com marcada infiltração por células neoplásicas, não hematológicas e com imunohistoquímica similar à da adenopatia inicial. Dada a discrepância entre resultados anatomopatológicos e ausência de resposta à terapêutica instituída, pedida revisão histológica então compatível com adenocarcinoma pulmonar misto (mucinoso e mioepitelial). O doente evoluiu desfavoravelmente com metastização pulmonar bilateral, hepática e esplénica, bem como invasão medular com anemia e trombocitopenia graves, que contraindicaram a realização de QT convencional. Faleceu 6 meses após início do quadro.

**Discussão:** Os autores decidem apresentar este caso por evidenciar a dificuldade diagnóstica de tumores pouco diferenciados, tenden-

cialmente mais agressivos e de rápida progressão. Além disso, a apresentação clínica de um adenocarcinoma do pulmão com atingimento ganglionar extenso juntamente com invasão medular é rara e pode mimetizar uma doença linfoproliferativa, atrasando o início de terapêutica dirigida.

**Palavras chave:** Adenopatia. Neoplasia pouco diferenciada. Adenocarcinoma pulmonar. Invasão medular.

### PC 058. VIABILIDADE DAS AMOSTRAS OBTIDAS POR EBUS PARA AVALIAÇÃO DA EXPRESSÃO DO PD-L1 EM DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

M. Santis, P. Matos, A.L. Fonseca, L. Barradas

*IPO Coimbra.*

**Introdução e objectivos:** A imunoterapia foi recentemente autorizada para tratamento de primeira linha nos estádios avançados de carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) em doentes com intensa expressão de PD-L1. Considerando a cada vez maior percentagem de neoplasias pulmonares diagnosticadas por EBUS, torna-se de extrema importância verificar a viabilidade das amostras obtidas por esta técnica na análise do PD-L1.

**Métodos:** Foram considerados os doentes com diagnóstico de CPNPC obtido por EBUS em que foi realizada análise da expressão do PD-L1 entre março 2017 até julho 2018. A amostra foi considerada viável quando foram identificadas mais de 100 células tumorais.

**Resultados:** Foram incluídos 29 doentes (20 homens). Quanto ao tipo histológico, 18 foram adenocarcinomas, 9 escamosos e 2 CPNPC pouco diferenciado. Num total de 27 doentes foi possível realizar pesquisa de PDL1 (94,1%), em 2 (5,9%) doentes não houve material suficiente. Em 24 doentes a pesquisa do PDL1 foi realizada em uma única amostra (em 11 casos na massa pulmonar, 6 casos estação ganglionar 7, 2 casos na 4R, 2 casos na 11L, 2 casos na 11R, 1 caso na 4L). Em 3 doentes a pesquisa foi realizada em mais que uma amostra de EBUS e em 2 doentes a pesquisa foi realizada concomitantemente em amostras de biópsia brônquica. Nesses casos a expressão do PDL1 foi sobreponível. Em 6 doentes (20,7%) houve expressão de PDL1 superior a 50% (3 adenocarcinomas, 2 escamosos e 1 CPNPC pouco diferenciado). 10 casos foram negativos (inferior a 1%), e com baixa expressão (entre 1 e 49%) 11.

**Conclusões:** A quantificação da expressão do PDL1 é possível na punção aspirativa obtida através do EBUS-TBNA.

**Palavras chave:** PD-L1. EBUS-TBNA.

### PC 059. CANCRO DO PULMÃO: CASUÍSTICA DA CONSULTA DE PNEUMOLOGIA ONCOLÓGICA DO CHCB

S.C. Martins, R. Silva, J.S.J. Barata, M.M. Baptista, I. Vicente, E. Magalhães, M.J. Valente, M.S. Valente

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.*

**Introdução:** Apesar de ser considerada uma das principais causas de morte mais preveníveis entre as neoplasias malignas, a incidência de cancro do pulmão continua a aumentar em todo o mundo. Em Portugal, mantém-se como a primeira causa oncológica a condicionar uma significativa diminuição da esperança média de vida global.

**Objectivos:** Avaliar as características dos doentes com cancro do pulmão pertencentes à área geográfica abrangida pelo Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), no que diz respeito a determinadas variáveis epidemiológicas, clínicas, exposição a fatores de risco e sobrevida dos doentes.

**Métodos:** Realizou-se um estudo observacional retrospectivo, em que foram identificados todos os doentes com diagnóstico estabe-

lecido de neoplasia maligna do pulmão, seguidos na consulta de Pneumologia Oncológica no CHCB durante os últimos 2 anos. Os dados foram extraídos dos registos do processo clínico electrónico e sumariados tendo por base uma análise estatística descritiva.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 154 doentes, 73 dos quais diagnosticados há mais de 2 anos, 43 em 2016 e 38 em 2017, com uma idade mediana de 68 anos. Eram, maioritariamente, do género masculino (77%) e tinham antecedentes positivos para outra patologia respiratória (53%). O consumo do tabaco revelou-se como fator de risco predominante, com uma carga tabágica regular de 59 UMA, apesar de uma parte significativa desses doentes (55%) ter deixado de fumar, em média, 12 anos antes da data do diagnóstico. O adenocarcinoma foi o tipo histológico de neoplasia mais frequentemente encontrado (64%). Um elevado número de doentes iniciou seguimento hospitalar já em estadios avançados da doença e os casos de mortalidade pela neoplasia em questão registaram-se em aproximadamente 43% da amostra, com uma sobrevida mediana de 10 meses após o diagnóstico. Em contrapartida com o género feminino, os homens foram aqueles que apresentaram história de maior exposição a fatores de risco, pior prognóstico à admissão e menor tempo de sobrevida.

**Conclusões:** As características dos doentes com cancro do pulmão do CHCB acompanham os padrões de distribuição a nível nacional, no que diz respeito a pico de idade incidente, predominância de género, fator de risco e frequência do tipo histológico de neoplasia. Parecem existir assimetrias entre géneros, em termos de estadio à admissão e sobrevida, que merecem ser analisadas. As neoplasias malignas do pulmão traduzem-se em perda substancial de anos potenciais de vida, pelo que compreender que fatores estão envolvidos no seu desenvolvimento precoce e reservado prognóstico, continua a ser necessário numa tentativa de se inverter a tendência atual.

**Palavras chave:** Cancro do pulmão. Casuística. Cova da Beira.

#### PC 060. METÁSTASE PULMONAR CAVITADA COMO APRESENTAÇÃO RARA DE UM CARCINOMA DE CÉLULAS EM ANEL DE SINETE

L. Fernandes, S. Alfarroba, A. Dias, A.S. Oliveira, M.L. Carvalho, C. Bárbara

*Unidade de Internamento Geral, Serviço de Pneumologia - Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** As lesões pulmonares cavitadas são manifestações frequentes de uma ampla variedade de processos patológicos sejam eles infecciosos ou não-infecciosos. A apresentação clínica, a epidemiologia e as características radiográficas podem orientar o diagnóstico diferencial, mas podem ocorrer apresentações atípicas. Além disso, a interpretação dos achados patológicos pode ser prejudicada pela presença de necrose celular. A cavitação de lesões pulmonares metastáticas é rara. Reporta-se o caso de uma apresentação atípica de um carcinoma gástrico sob a forma de metástase pulmonar cavitada.

**Caso clínico:** Mulher, 47 anos, fumadora, apresentando-se com tosse produtiva, de agravamento progressivo ao longo de 9 meses, e com hemoptises na última semana. Acrescia perda ponderal, picos febris de frequência crescente ao longo do último mês (a cada 3 horas, não controlados com antipiréticos) e presença de melenas ocasionalmente. Ao exame objectivo, encontrava-se pálida e com hipocratismos digitais; restante exame físico foram sem achados relevantes. A radiografia de tórax evidenciava uma massa cavitada, de paredes espessas, com 5 cm de diâmetro, localizada ao nível do lobo superior direito. A expectoração e o lavado bronco-alveolar foram negativos para bacilos álcool-ácido resistentes. O estudo analítico revelou uma anemia ferropénica (hemoglobina 8,9 g/dL), leucocitose 20.000 com neutrofilia (80,8%), PCR elevada 20 e fos-

fatase alcalina 232,5 U/L. A tomografia computadorizada do tórax mostrou uma massa pulmonar cavitada, de 56 mm, com contorno irregular e contacto pleural, associada a um pequeno nódulo de 3,8 mm no pulmão contralateral e a espessamento ao nível da parede do estômago. A doente foi internada e submetida a antibioterapia sem melhoria clínica, com persistência da febre e elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi efectuada biópsia pulmonar que demonstrou um padrão celular epitelial indiferenciado e amplamente necrótico. A imuno-histoquímica foi apenas positiva para CK8/18 e localmente positiva para CK7. Todos os outros marcadores realizados foram negativos. A endoscopia digestiva alta evidenciou uma massa vegetante ao nível do fundo gástrico. As biópsias gástricas foram compatíveis com um carcinoma gástrico com padrão em células de anel de sinete. A imuno-histoquímica revelou apenas positividade para CK8/18. A comparação morfológica das duas biópsias concluiu que a lesão pulmonar se tratava de uma lesão secundária do carcinoma gástrico. A febre era paraneoplásica e respondeu favoravelmente ao tratamento com dexametasona.

**Discussão:** As metástases pulmonares podem apresentar-se como lesões cavitadas em aproximadamente 4% dos casos. Não é apenas muito atípica, mas a apresentação de uma metástase pulmonar única de grandes dimensões de carcinoma gástrico é ainda mais rara. Neste caso, a imuno-histoquímica não foi determinante para a caracterização patológica do tumor ou das suas metástases mas sim os aspectos morfológicos que foram determinantes para o diagnóstico final. A febre paraneoplásica está relacionada com a libertação de citocinas inflamatórias pelo tumor e subjacente necrose celular. Este caso exemplifica uma apresentação rara de uma metástase pulmonar cavitada, secundária a um carcinoma gástrico de células de anel de sinete. A informação clínica foi crucial para o diagnóstico final e, apesar da disponibilidade de marcadores imuno-histoquímicos avançados, este tipo de lesões necróticas e indiferenciadas exigem uma interpretação patológica especializada.

**Palavras chave:** Metástase pulmonar. Carcinoma de células em anel de sinete.

#### PC 061. TUMORES SÍNCRONOS: TUMOR CARCINÓIDE DO PULMÃO E LINFOMA CÉLULAS B ZONA MARGINAL EXTRANODAL TECIDO LINFÓIDE ASSOCIADO À MUCOSA (MALT), UMA RARIDADE

F.G. Oliveira, L. Boal, I. Correia, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A incidência de tumores síncronos é crescente. A presença de um tumor carcinóide do pulmão e de um Linfoma de células B da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa é rara, estando descrito na literatura um caso isolado.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 84 anos com os diagnósticos prévios de trombose venosa profunda do membro inferior após nado morto, com posterior insuficiência venosa do membro crónica e dislipidémia. Não fumadora. Recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptise em moderado volume e tosse produtiva com expectoração mucosa. Encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneica em repouso com uma saturação periférica em ambiente 96%. Destacava-se na auscultação pulmonar murmúrio vesicular mantido e simétrico com ferveores crepitantes bibasais. A radiografia de tórax revelava uma hipotransparência heterogénea no lobo superior direito (LSD), de bordos arredondados, de 6cm de maior diâmetro e reforço intersticial no terço inferior de ambos campos pulmonares. Destacava-se insuficiência respiratória parcial (PaO<sub>2</sub> 53,4 mmHg, SaO<sub>2</sub> 87,6%). A doente foi internada por hemoptises. Da avaliação complementar salienta-se: TAC toracabdominopélvica com uma adenopatia (11 mm) no espaço pré-traqueal retrocava e dois gânglios milimétricos na janela aorto-pulmonar; brônquio segmentar posterior do LSD com compressão por lesão sólida com 5cm no seg-

mento posterior do LSD, com ligeira captação do contraste injectado, com brônquios ectasiados no seu interior, condicionando atelectasia compressiva. No segmento interno do LM apreciava-se pequena área densa, inespecífica; VBFC identificou sangue na traqueia proveniente do segmento posterior do LSD com biópsia pulmonar transbrônquica positiva para tecido pulmonar com fibrose, hiperplasia de pneumócitos e infiltrado inflamatório crónico; PATT da lesão pulmonar LSD composta por células inflamatórias (linfócitos, plasmócitos e fibroblastos sem atipia, compatível com um pseudo-tumor inflamatório). Ao longo do internamento apresentou hemoptises, com queda de hemoglobina, sem necessidade de terapêutica transfusional. A doente foi transferida para o Serviço de Cirurgia Cardiotorácica tendo sido submetida a toracotomia postero-lateral direita para lobectomia superior e ressecção atípica de zona espessada na extremidade do lobo médio cujo exame anatomopatológico das amostras do LSD e LM destacou áreas de características morfológicas e imunofenotípicas compatíveis com linfoma de células B da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa (MALT), descrito no lobo superior e médio. Apresentava ainda, ao nível do lobo médio, uma área calcificada correspondente a tumor carcinóide típico do pulmão, com metaplasia óssea do estroma. Manteve seguimento nas Consultas de Oncologia Pneumológica, Hematologia e Reabilitação Respiratória. Faleceu dois anos após o diagnóstico, por oclusão intestinal secundária a adenocarcinoma do cólon localmente invasivo, com carcinoma-tose peritoneal.

**Discussão:** O presente caso é destacado pela raridade da presença concomitante de tumor carcinóide do pulmão e de Linfoma de células B da zona marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa.

**Palavras chave:** Tumor carcinóide. MALT. Tumores síncronos.

#### PC 062. SEQUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR IRRIGADO POR ARTÉRIA ANEURISMÁTICA: CASO CLÍNICO

T. Oliveira, F. Guedes, J.P. Braga

*Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António.*

**Introdução:** O sequestro pulmonar é uma anomalia congénita rara da via aérea inferior, consistindo na formação aberrante de tecido pulmonar segmentar, não ligado à árvore brônquica ou às artérias pulmonares e irrigado por uma artéria sistémica, geralmente um ramo da aorta. O sequestro extralobar é a forma menos comum de sequestro pulmonar, sendo mais frequente em homens. O sequestro pulmonar pode também ser intralobar. As manifestações clínicas são variáveis, desde achados incidentais até a complicações potencialmente fatais. A ressecção cirúrgica é o tratamento definitivo. Apresentamos um caso em que a decisão de remover o parênquima sequestrado foi complexa, pelas características atípicas e exuberância da sua irrigação vascular.

**Caso clínico:** Homem de 45 anos, saudável, sem história médica passada, foi referenciado para Consulta Externa de Pneumologia para estudo de tosse crónica. Foi medicado pelo Médico de Família com corticoide inalado devido a pieira, com benefício sintomático. Dispneia, ortopneia, dor torácica e sintomas constitucionais estavam ausentes. O exame físico revelou crepitações secas na porção inferior do hemitórax direito; o restante exame era normal. O estudo analítico e a gasometria arterial eram normais. A espirometria revelou FEV1 reduzido, com prova de broncodilatação positiva, MMEF diminuídos e teste de broncoprovocação com metacolina positivo. A radiografia de tórax mostrou uma massa homogénea adjacente ao hemidiafragma direito e ao mediastino. A TC torácica revelou uma lesão heterogénea, fusiforme, sob o lobo pulmonar inferior direito, com cerca de 15 × 8,2 cm, calcificada na sua periferia e com um componente hipodenso periférico sugestivo de trombose mural. A lesão aparentava ter natureza vascular e estaria em contiguidade com uma estrutura vascular do lobo pulmonar inferior

direito. Aparentemente, comunicava com um pequeno ramo arterial anómalo proveniente do aspeto posterior da aorta torácica descendente. Estes achados foram compatíveis com sequestro pulmonar extralobar intratorácico. Decidido tratamento cirúrgico, foram executadas toracotomia bilateral com laqueação do vaso torácico anómalo, remoção da lesão aneurismática e ressecção cunha do fragmento pulmonar adjacente não ventilado. Não se registaram complicações pós-operatórias. A histologia do fragmento pulmonar removido revelou acentuada distorção arquitetural do parênquima pulmonar, com infiltrado inflamatório linfoplasmocítico, e um vaso arterial com fibrose, dilatação aneurismática e trombos organizados ocupando a totalidade do lúmen; sem sinais de malignidade. A TC torácica pós-operatória era normal. O exame físico durante o seguimento pós-operatório revelou de novo uma aparência “escavada” da parede torácica anterior. O paciente permaneceu sem sintomas respiratórios, no entanto com necessidade de acompanhamento em Consulta Externa de Dor para ajuste de analgesia.

**Discussão:** O procedimento cirúrgico foi desafiante pelas dimensões e comportamento inesperado da lesão vascular aneurismática. Antes da decisão de operar, o risco potencial de rotura de aneurisma se o paciente permanecesse não tratado teve de ser considerado contra o muito alto risco cirúrgico. Este caso também enfatiza a importância da imagiologia torácica no planeamento de um procedimento cirúrgico complexo.

**Palavras chave:** Sequestro pulmonar intratorácico extralobar. Doenças congénitas das vias aéreas. Aneurisma arterial torácico.

#### PC 063. VOLUMOSO TERATOMA DO MEDIASTINO ANTERIOR

C. Carvalheiro, J. Gallego, J. Cruz

*Cirurgia Torácica-Unidade de Pulmão, Fundação Champalimaud.*

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 37 anos, previamente saudável, que recorre a um Serviço de Urgência em início de Janeiro de 2018 por dor torácica anterior à direita e ombro direito com ligeira tumefacção associada da parede torácica anterior, com 15 dias de evolução, sem outros sintomas ou sinais. Realizou radiografia de tórax com alargamento do mediastino e TC (tomografia computadorizada) de tórax que mostrou volumosa massa no mediastino anterior com 14 × 12 × 7,5 cm, polilobulada, multisseptada, heterogénea com zonas de conteúdo líquido, zonas de conteúdo lipídico e calcificações grosseiras dispersas, ultrapassando os limites da fascia endo-torácica à direita e insinuando-se no espaço intercostal anterior; compressão pela massa dos vasos do mediastino superior, desviando posteriormente a crossa da aorta e reduzindo o calibre, por compressão extrínseca, da veia cava superior e dos troncos venosos braquiocefálicos. Os marcadores tumorais beta-hCG (beta-gonadotrofina coriônica humana), CEA (antigénio carcino-embriónico) e alfa-fetoproteína foram negativos. A PET-TC (tomografia de emissão de positrões) mostrou captação anómala heterogénea de FDG (fluorodesoxiglicose) em volumosa massa mediastínica com extensão ao espaço intercostal anterior à direita. Feita BTT (Biópsia transtorácica) da zona de tumefacção da parede torácica anterior com saída de líquido purulento, sem evidência de neoplasia ou infeção. Foi decidido em Reunião Multidisciplinar da Unidade de Pulmão tratamento cirúrgico e foi submetido a ressecção de tumor do mediastino anterior e drenagem de loca intercostal anterior à direita, por esternotomia total, no dia 12-02-2018. O procedimento e pós-operatório decorreram sem intercorrências, tendo alta para o domicílio no dia 18-02-2018. A histologia da peça cirúrgica mostrou Teratoma maduro trigerminal do mediastino. Na Reunião Multidisciplinar da Unidade de Pulmão de pós-operatório foi decidido manutenção de vigilância clínica e imagiológica que o doente mantém, com última reavaliação em Maio de 2018, encontrando-se clinicamente bem e tendo já

retomado a actividade profissional e de exercício físico. A TC de tórax mostrou apenas alterações sequelares do pós-cirurgia a vigiar. Os teratomas maduros são tumores benignos, com apresentação geralmente entre a 2ª e a 3ª década de vida, sendo os mais comuns dos tumores germinativos do mediastino, mas ainda assim infrequentes (1-5% de todos os tumores mediastínicos). São tumores encapsulado com áreas quísticas e sólidas, podendo conter tecido ectodérmico (pele, pêlos e dentes), tecido mesodérmico (osso e cartilagem), e até tecido endodérmico (pulmão, pâncreas ou tecido intestinal). A localização mais frequente é no mediastino anterior, como no caso apresentado. A maioria dos teratomas diagnosticados são achados em estudos imagiológicos feitos por outros motivos, mas podem causar sintomas principalmente por compressão de estruturas mediastínicas e torácicas, sendo então a TC de tórax um exame importante para o diagnóstico e programação da abordagem cirúrgica e da ressecabilidade, uma vez que o diagnóstico definitivo se estabelece com a ressecção cirúrgica. Dada a existência de uma taxa de transformação maligna de até 4%, os doentes devem manter uma vigilância activa.



**Palavras chave:** Teratoma. Tumor do mediastino. Mediastino anterior.

#### PC 064. HEMANGIOMA CAVERNOSO DO MEDIASTINO: CASO CLÍNICO

C. Carvalheiro, J. Gallego, J. Cruz

*Cirurgia Torácica-Unidade de Pulmão, Fundação Champalimaud.*

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 67 anos de idade, previamente saudável, com antecedentes cirúrgicos de ressecção de lesões benignas, ganglioneuroma da supra-renal direita em 2001 e lipoma intradural L5-S1 em 2018, com diagnóstico de tumor do mediastino anterior achado em RM (ressonância magnética) mamária. Realizou TC (tomografia computadorizada) de tórax que mostrou lesão nodular do mediastino anterior de densidade tecidual, paramediana direita, bem circunscrita, ovóide, com 26 × 22 × 17 mm, com captação do contraste intravenoso em três áreas focais nodulares no interior da lesão. A PET-TC (tomografia de emissão de positrões) mostrou captação ténue de FDG (fluorodesoxiglicose) em lesão nodular no mediastino anterior, com cerca de 26 × 19 mm e SUV (standard uptake value) máximo de 2,5. O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar da Unidade de Pulmão, com diagnóstico provável de timoma e decidido tratamento cirúrgico. A doente foi submetida a exérese de tumor do mediastino anterior por Cirurgia Torácica Videoassistida à direita com 3 portas de acesso de 5 mm e utilização de CO<sub>2</sub> (dióxido de carbono) para colapso pulmonar. O procedimento e o pós-operatório imediato decorreram sem complicações e a doente teve alta para o domicílio no D1 de pós-operatório. A histologia da peça cirúrgica mostrou

Hemangioma cavernoso mediastínico com 30 mm de maior eixo, com expressão para actina de músculo liso e CD31. Foi decidido em Reunião Multidisciplinar da Unidade de Pulmão manter vigilância pós-operatória, com próxima reavaliação marcada para setembro de 2018 (3 meses de pós-operatório). Os hemangiomas do mediastino são tumores vasculares benignos muito raros, representando apenas 0,5% dos tumores do mediastino. O diagnóstico definitivo é por vezes difícil pelas características não específicas encontradas nos exames de imagem, e também pelas variedades histológicas existentes não havendo características histopatológicas patognomónicas. São classificados como cavernosos, como no caso apresentado e o tipo mais frequente (> 90%), capilares e venosos, dependendo do tamanho dos espaços vasculares existentes. A TC de tórax com contraste intravenoso é o exame mais utilizado para o diagnóstico, sendo que os estudos dinâmicos de imagem de TC podem ser importantes mostrando realce periférico inicial após administração de contraste intravenoso e forte realce centrípeto progressivo nas imagens de fase tardia, mas são raramente mencionados na literatura e pouco utilizados. Apesar da raridade destas lesões, é importante o reconhecimento das características histopatológicas para evitar a possibilidade de erro de diagnóstico e terapêutica. Uma atitude expectante e de vigilância pode ser adoptada em crianças e adultos jovens uma vez que há relatos de regressão espontânea das lesões, mas para lesões sintomáticas ou com compromisso de estruturas vitais, a exérese cirúrgica é o tratamento de escolha.



**Palavras chave:** Hemangioma cavernoso mediastínico. Tumor do mediastino. Mediastino anterior.

#### PC 065. COMPLICAÇÕES PÓS LOBECTOMIA: RESULTADOS DE UM CENTRO

J. Freitas, T. Nogueira, A.L. Garcia, R. Pancas, J. Bernardo

*CHUC.*

**Objectivos:** A lobectomia pulmonar é o tipo de ressecção pulmonar anatómica mais frequente. Está associado a uma taxa de morbilidade e mortalidade baixa em centros com elevado numero de casos. Assim, o presente estudo foi realizado para determinar a taxa de complicações no Centro de Cirurgia Cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e assim comparar com o que está já descrito na literatura.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, sendo incluídos os doentes que realizaram lobectomia entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015, independente da indicação. Foram excluídos todos os doentes que não foi possível consultar os dados devido a impossibilidade de consulta do processo clínico. Para análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel versão 15.13.3.

**Resultados:** Durante os 2 anos, 186 doentes realizaram lobectomia, sendo incluídos 147 doentes após aplicar os critérios de exclusão. A

média de idades dos doentes foi de 60,1 anos, em que 65% eram do sexo masculino. A média dos dias de internamento situou-se nos 6,8 dias. A taxa de mortalidade a 30 dias foi de 0,68%. A complicação mais frequente foi a hemorrágica com necessidade de transfusão de concentrado eritrocitário em 11,56% dos doentes, necessidade de plasma em 19,05% dos doentes, e necessidade de re- operação por hemorragia em 1,36%. A presença de fuga aérea persistente, definida por manutenção de fuga aérea após 5 dias ou mais da cirurgia, foi de 8,84%, em que houve necessidade de re- operação por manutenção das fugas em 2,04% dos doentes. A fibrilação auricular foi documentada em 7,48% dos casos, com necessidade de cardioversão química em 4,76%. A percentagem de doentes a necessitar de entubação após a cirurgia foi de 2,04%. A percentagem de pneumonia pós-operatória situou-se nos 2,04%. A taxa de re-internamento a 90 dias foi de 8,84%.

**Conclusões:** A complicação mais frequente observada nos doentes foi a hemorrágica, com necessidade de transfusão, no entanto, a percentagem de doentes a necessitar de re-toracotomia foi mais baixa que o descrito. A segunda complicação mais frequente foram as fugas aéreas prolongadas, sendo semelhante ao descrito na literatura. A fibrilação auricular aparece como a terceira complicação mais observada, em que a percentagem se encontra abaixo do descrito na literatura. No entanto, deve ser alargado o tamanho da amostra para conclusões mais fundamentadas e inequívocas, em que o número de doentes excluídos deve ser reduzido ao máximo para diminuir o viés.

**Palavras chave:** Lobectomia. Complicações. Pós-operatórias.

### PC 066. NEM TUDO O QUE PARECE É - AS MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS PULMONARES EXISTEM!

A. Mestre, A. Ramos, C. Guimarães, F. Nogueira

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

**Introdução:** As malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são comunicações anormais entre as artérias e as veias pulmonares, sendo uma condição rara, de etiologia, patogénese e história natural não inteiramente conhecidas. Sabe-se que mais de metade dos casos surge no contexto de telangiectasia hemorrágica hereditária. As formas de MAVP secundárias/adquiridas são menos frequentes e surgem em consequência de cirrose hepática, cirurgia/traumatismo torácicos, estenose mitral, actinomicose, xistossomiase, síndrome de Fanconi, carcinoma metastático da tireoide ou amiloidose sistémica. Apenas 40% dos doentes desenvolve sintomas ao longo da vida, sendo os restantes achados incidentais em exames imagiológicos.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma mulher, 83 anos, com antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, hiperuricemia, diabetes *mellitus* e litíase renal. No seguimento em consulta de urologia, realizou TC abdomino-pélvico na qual se identificou, no segmento póstero-basal do LID pulmonar, formações micronodulares coalescentes (maiores eixos 21 × 20 mm). É encaminhada para consulta de Pneumologia para caracterização do achado imagiológico, dada a suspeita diagnóstica de neoformação pulmonar. Na consulta de pneumologia, negava dispneia, tosse, toracalgia, hemoptises, fadiga, infeções respiratórias ou perda de peso. Não apresentava alterações relevantes ao exame objetivo nem hipoxemia na gasimetria arterial. Apresentava estudo analítico (incluindo marcadores tumorais) globalmente sem alterações, assim como radiografia de tórax sem alterações pulmonares visíveis. Para estudo mais pormenorizado do achado radiológico realizou uma angio-TC de tórax que mostrou a existência de uma anastomose do ramo basal interno da artéria pulmonar inferior direita com o ramo da veia pulmonar inferior direita, que se encontrava dilatada e tortuosa; sem contraste valorizável no estudo tardio. Assumida uma malformação arteriovenosa pulmonar. Na consulta foram excluídas perdas hemáticas visíveis,

presença de lesões telangiectásicas, sintomatologia gastrointestinal e história familiar de distúrbios hemorrágicos, tornando pouco provável a hipótese de telangiectasia hemorrágica hereditária. Dada a idade avançada da doente, ausência de clínica ou complicações associadas a esta entidade, optou-se por terapêutica conservadora, mantendo-se apenas vigilância.

**Discussão:** Os autores realçam este caso, para que esta entidade seja lembrada, que embora rara, pode ter complicações importantes. Está associada a um risco considerável de embolização, estimando-se que 1 em cada 4 indivíduos tenham um AVC embólico paradoxal, um abscesso ou um enfarte agudo do miocárdio. A hemorragia pulmonar massiva é menos frequente. Devido aos mecanismos adaptativos compensatórios, os sintomas respiratórios são frequentemente ligeiros ou mesmo negligenciados pelo doente, sendo, com frequência, reconhecidos apenas após o tratamento. O tratamento das MAVP inclui a embolização transcater (método preferencial e recomendado na maioria dos casos), a cirurgia (resseção do lobo ou segmento afetados ou da fístula) e raramente terapêutica médica. O tratamento das MAVP reduz o risco de embolização paradoxal e o *shunt* direito-esquerdo, promovendo uma melhor oxigenação tecidual e melhoria sintomática. A decisão terapêutica deve assentar na conjugação de diversos fatores como a idade do doente, a sintomatologia associada, as potenciais contraindicações ou a experiência do operador. Dado o acima descrito, estes doentes devem manter vigilância periódica. Concluindo, os autores sublinham que as MAVP são incomuns, mas são uma entidade importante no diagnóstico diferencial de alterações pulmonares comuns, incluindo hipoxemia, nódulos pulmonares e hemoptises.

**Palavras chave:** Malformações arteriovenosas pulmonares. Etiologia. Terapêutica.

### PC 067. BIOMARCADORES RESPIRATÓRIOS NA ABORDAGEM CLÍNICA DA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

A.C. Pronto-Laborinho<sup>1</sup>, C.S. Lopes<sup>1</sup>, M. Gromicho<sup>1</sup>, N.C. Santos<sup>1</sup>, F. Carvalho<sup>1</sup>, M. de Carvalho<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. <sup>2</sup>Serviço de Neurofisiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa de progressão rápida e fatal, caracterizada por rápida destruição dos neurónios motores da medula espinhal, tronco cerebral e córtex motor. A insuficiência respiratória (IR) é a principal causa de morte, que ocorre 3-5 anos após os primeiros sintomas. Não existe nenhum tratamento eficaz e não foi identificado nenhum biomarcador molecular relacionado *outcome* respiratório e à inflamação pulmonar. A proteína das células de clara (CC-16) é um biomarcador associado à disfunção respiratória e à inflamação pulmonar. O objectivo principal deste trabalho pretende-se explorar o CC-16 como biomarcador precoce para insuficiência respiratória e de progressão da doença. Adicionalmente, pretendemos identificar alterações morfológicas e viscoelásticas da membrana dos eritrócitos associando-as ao perfil clínico dos pacientes. Estudamos 81 pacientes com ELA observados no nosso centro e 30 controlos saudáveis. A proteína CC-16 foi quantificada por ELISA. As propriedades morfológicas e viscoelásticas dos eritrócitos foram analisadas por microscopia de força atómica (AFM). Os níveis de CC-16 foram significativamente elevados nos pacientes com ELA. Em 17% deles, o nível de CC-16 estava acima do valor *cutoff* superior. Nesses pacientes, o risco de ventilação não invasiva foi maior nos 6 meses seguintes e eles tendem a ter maior mortalidade nos 30 meses seguintes. Os eritrócitos dos pacientes com ELA apresentaram maior altura, área e volume, diminuição da rugosidade, rigidez e fluidez da membrana. Os pacientes com ELA apresentam maior altura, área e volume do eritrócito, diminuição da rugosidade da membrana eritro-

citária e aumento da rigidez da membrana em relação ao grupo controlo. Estes resultados indicam uma estrutura anormal dos eritrócitos e possíveis alterações na composição lipídica da membrana dos pacientes com ELA. Propomos que o aumento dos níveis de CC-16 poderia ser um marcador de resposta inflamatória pulmonar, associado à insuficiência ventilatória e relacionado à insuficiência respiratória iminente, que não é totalmente previsto pelos testes respiratórios convencionais. Anormalidades na morfologia dos eritrócitos podem aumentar o risco de hipóxia tecidual.

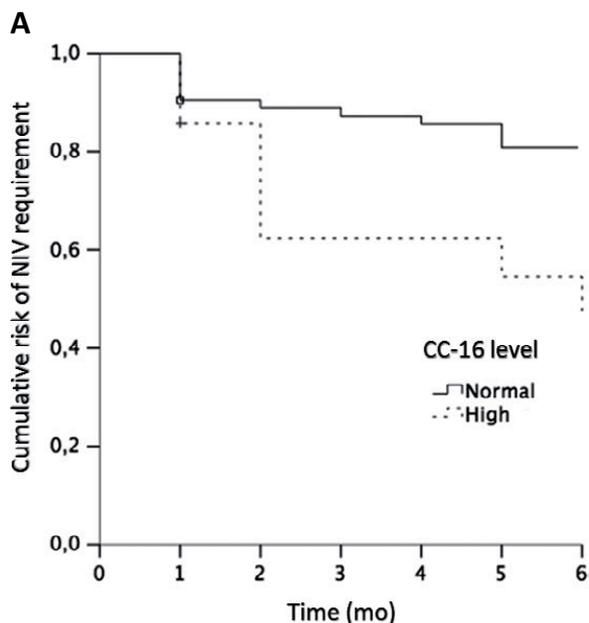
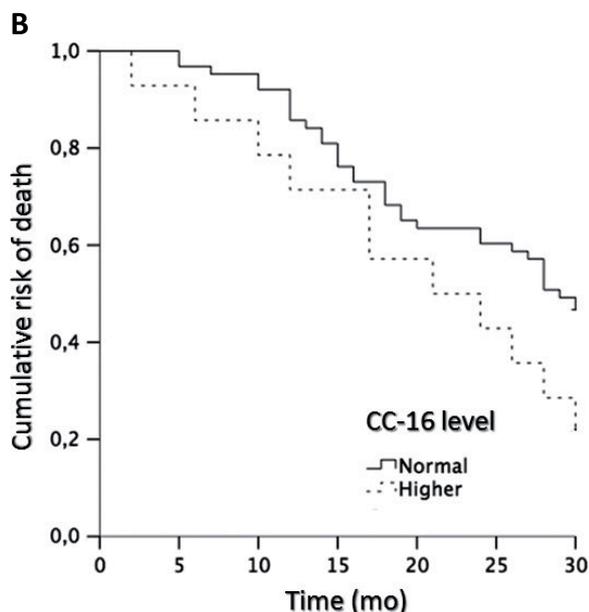


Gráfico de Kaplan-Meier demonstra que níveis elevados de CC-16 é um indicador prognóstico de exigência de ventilação não-invasiva nos 6 meses seguintes ( $p = 0,01$ ).



Curvas de sobrevivência de acordo com a concentração de CC-16, concentrações mais elevadas tendem a estar associadas a um mau prognóstico ( $p = 0,07$ ).

**Palavras chave:** Biomarcadores. Disfunção respiratória. Esclerose lateral amiotrófica.

## PC 068. OUTCOMES DO SUPORTE VENTILATORIO NA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

B. Conde<sup>1,2</sup>, A.C. Pimenta<sup>1</sup>, E. Matos<sup>1</sup>, J.C. Winck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro. <sup>2</sup>Faculdade de Medicina do Porto.

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa rara, progressiva, representando a mais comum e mais grave doença neurónio motor e com evolução inevitável para a falência respiratória, tendo o suporte ventilatório impacto prognóstico, nomeadamente na forma bulbar. Estudo prospectivo, desde janeiro 2009 a janeiro 2018, selecionando os doentes com ELA confirmada ou provável, segundo critérios El Escorial, enviados a consulta de pneumologia/Neuromusculares, para avaliação funcional e/ou suporte ventilatório. Foram selecionados 81 doentes, com perda de 11 ao longo do seguimento, trimestral, pelo que a análise incidiu em 70 destes doentes. Maioritariamente do sexo masculino (64,3%;  $n = 45$ ) com uma média de idades de  $66 \pm 11,3$  anos. Apresentavam predominantemente uma apresentação bulbar (52,9%;  $n = 37$ ). Havia compromisso cognitivo em 5 doentes (0,07%). Foram enviados a esta consulta a 3 meses do diagnóstico (max-48; Min-1), 43 doentes (61,4%) já apresentavam sintomas de hipoventilação e já existia algum compromisso bulbar em 44 doentes (62,9%). A nível funcional, à admissão da consulta: FVC- $73,2 \pm 30,9\%$ ; PIM- $40,7 \pm 29,7$  cmH<sub>2</sub>O; PEM- $55,1 \pm 42,7$  cmH<sub>2</sub>O; CPF- $205,4 \pm 129,1$  l/min. Ao longo do seguimento foi instituída ventilação em 50 (71,4%) doentes, maioritariamente (96%) suporte ventilatório não invasivo, em média  $13,4 \pm 15,6$  (mediana-7) meses do diagnóstico, verificando-se boa adesão em 39 doentes (55,7%), havendo eventos residuais em 10 doentes (20%). A assistência na tosse foi iniciada  $15 \pm 17,4$  (mediana-9) meses do diagnóstico. O suporte ventilatório foi iniciado em 26 doente por critérios funcionais, em 17 por hipoventilação noturna e por hipercapnia diurna em 7 doentes. Houve melhoria funcional em 17 (34%) doentes em 3-6 meses, sendo este impacto num doente com hipercapnia e em 8 cada com alterações funcionais ou hipoventilação noturna, como motivo para início do suporte ventilatório. Neste período houve evolução fatal em 48 doentes (68,5%). A sobrevivência global foi de  $35,1 \pm 32,4$  meses (mediana 24), tendo 14 (20%) doentes uma sobrevivência superior a 5 anos. A sobrevivência com o suporte ventilatório foi de  $25,8 \pm 24$  meses, mais notória na forma de apresentação espinal ( $35 \pm 26,5$ ), mas também muito significativa forma de apresentação bulbar ( $17 \pm 15,5$ ), mesmo sendo este suporte não invasivo ( $p = 0,0239$ ). Conclui-se assim que a semelhança de outras séries, o suporte ventilatório tem impacto marcado na sobrevivência (em média 2 anos), sendo este mais evidente na forma espinal. Mesmo sendo uma doença progressiva, houve melhoria funcional, com o início do suporte ventilatório, num número significativo de doentes. Num número não desprezível de doentes, a hipoventilação noturna motivou o início do suporte ventilatório, com impacto funcional desta intervenção, alertando para a utilidade do suporte ventilatório precoce.

**Palavras chave:** Esclerose lateral amiotrófica. Suporte ventilatório. Sobrevida. Prognóstico.

## PC 069. SÍNDROME DE OBESIDADE-HIPOVENTILAÇÃO E TROMBOSE VENOSA CEREBRAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C.M. Cabo, M.J. Pereira, M.J. Matos, C.R. Cordeiro

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

**Introdução:** A trombose venosa cerebral representa uma causa rara de enfarte cerebral, sendo mais frequente em mulheres jovens, muitas vezes associada à gravidez ou à utilização de contraceptivos orais. A síndrome de apneia obstrutiva do sono é um factor de risco

conhecido para acidente vascular cerebral de origem isquêmica arterial, mas a relação com a trombose venosa cerebral não é clara. A obesidade por seu lado, embora associada com o tromboembolismo venoso, não mostrou ser fator de risco independente para a trombose venosa cerebral.

**Caso clínico:** Doente do género feminino, 26 anos, não fumadora, com obesidade mórbida (IMC 50 kg/m<sup>2</sup>), sem antecedentes patológicos ou medicação habitual, recorre ao serviço de urgência em junho de 2018 por quadro de cefaleia occipital pulsátil de novo com 1 semana de evolução agravada com manobras de valsalva e decúbito, e acufenos pulsáteis no ouvido direito. Apresentava à observação limitação da adução do olho esquerdo e à avaliação por fundoscopia papiledema bilateral com hemorragias intra-retinianas adjacentes. Realizada punção lombar que revelou hipertensão intracraniana com exame citoquímico e microbiológico negativo e TC-CE que mostrou dilatação e tortuosidade das bainhas dos nervos ópticos, sem lesões endocranianas. O estudo analítico apresentava leucocitose, sem outras alterações de relevo. Foi pedida então veno-TC que revelou defeito de preenchimento da metade anterior do seio longitudinal superior, a que se associa marcado ingurgitamento das veias corticais bilateralmente, em provável relação com trombose venosa. Foi admitido o diagnóstico de trombose venosa cerebral de etiologia indeterminada com hipertensão intracraniana e a doente iniciou anticoagulação. O estudo inicial para trombofilias foi negativo. Durante o internamento por quadro de roncopatia grave e apneias noturnas documentadas foi solicitada a observação pela Pneumologia e realizada gasometria arterial que revelou insuficiência respiratória tipo 2 com acidemia respiratória, tendo sido admitida síndrome de obesidade-hipoventilação. Iniciada empiricamente ventilação não invasiva e efetuada depois aferição de BPAP, sob monitorização em laboratório do sono, com ajuste dos parâmetros para IPAP 22, EPAP 10, frequência respiratória 16, e tempo inspiratório 1,2s. Verificada melhoria clínica e gasométrica subsequente e a doente teve alta mantendo seguimento em consulta de Neurologia e Pneumologia (Patologia do Sono).

**Conclusões:** Os autores destacam neste caso, não só a raridade do diagnóstico, mas também a associação pouco frequente entre as duas patologias. Realçam a necessidade de maior compreensão das alterações do fluxo venoso cerebral nos distúrbios respiratórios do sono.

**Palavras chave:** Obesidade. Hipoventilação. Trombose.

#### PC 070. A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM DOENTE COM ORDEM DE NÃO ENTUBAR - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

A.C. Vieira, S. André, M. Raposo, F. Nogueira

*Hospital de Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.*

A ventilação não invasiva (VNI) é eficaz no tratamento da insuficiência respiratória aguda em diversas condições clínicas evitando frequentemente a necessidade de recorrer à ventilação invasiva. Vários trabalhos demonstram o benefício da ventilação não invasiva na insuficiência respiratória hiperclínica em doentes com ordem de não entubar, mesmo em condições de acidemia grave. Os autores apresentam dois casos clínicos de sucesso de utilização da VNI em doentes com ordem de não entubar internados na Unidade de Ventilação Não Invasiva (UVNI). O primeiro caso é o de um homem de 78 anos, parcialmente dependente com vida de relação, antecedentes de tuberculose pulmonar há 30 anos e hábitos tabágicos (120 UMA). O doente encontrava-se internado numa enfermaria de Medicina por hepatite aguda sem causa identificável. O quadro complicou com sépsis de ponto de partida respiratório por pneumonia nosocomial com insuficiência respiratória global e acidemia respiratória grave. À entrada na UVNI o doente apresentava-se com GCS 3, hemodinamicamente instável, com hipoxemia (PO<sub>2</sub> 45 mmHg) e acidemia mista grave (pH 6,89, PCO<sub>2</sub> > 150 mmHg, Lact 5,7 mmol/L)

- sob ventilação não invasiva. Ajustaram-se os parâmetros ventilatórios e realizou terapêutica médica. Constatou-se melhoria clínica (GCS 15) e gasométrica consideráveis, após cerca de 6 horas gasimetria com pH 7,32, PCO<sub>2</sub> 72 mmHg. O doente teve alta com estado funcional sobreponível ao prévio. Gasimetricamente à data de alta em ar ambiente: pH 7,47, PCO<sub>2</sub> 44 mmHg, PO<sub>2</sub> 67 mmHg. O segundo caso, trata-se de uma mulher de 78 anos, parcialmente dependente com vida de relação, e com múltiplas comorbilidades: DPOC, síndrome de obesidade-hipoventilação (SOH), insuficiência respiratória global crónica (PCO<sub>2</sub> basal 50 mmHg) sob OLD a 1 L/min; insuficiência cardíaca, HTA, dislipidemia e epilepsia vascular por doença cerebrovascular. Recorreu ao serviço de urgência por exacerbação das suas doenças pulmonares por infecção respiratória. Constatou-se agravamento clínico rápido com deterioração do estado de consciência e acidemia respiratória (pH 7,32, PCO<sub>2</sub> 90 mmHg). Foi transferida para a UVNI e iniciou VNI. Observou-se redução significativa da hiperclínica com melhoria do estado de consciência. Esteve internada apenas 7 dias tendo recuperado o status funcional habitual. Gasimetricamente à data de alta sob O<sub>2</sub> a 2L/min: pH 7,42, PCO<sub>2</sub> 52 mmHg, PO<sub>2</sub> 86 mmHg. Ambos os doentes mantêm-se estáveis 5 meses após a alta. A existência de unidades de ventilação não invasiva bem equipadas e com profissionais de saúde preparados é uma grande mais-valia podendo, em doentes com ordem de não entubar, constituir uma opção terapêutica de vital importância e com resultados muito favoráveis quer na correção da insuficiência respiratória, mesmo em situações de acidemia grave, quer no alívio dos sintomas e conforto do doente. A boa resposta nesta situação reforça o benefício de uma tentativa de VNI mesmo em doentes com acidemia respiratória hiperclínica grave com indicação para ventilação invasiva.

**Palavras chave:** Ventilação não invasiva. Entubação. Acidemia. Hiperclínica.

#### PC 071. PAPEL DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM PACIENTE COM DOENÇA NEUROMUSCULAR: UM CASO CLÍNICO

C. Durães, M.J. Guimarães, M.J. Moreira, R. Bré, L. Lemos, M.J. Freitas

*Hospital Senhora da Oliveira-Guimarães.*

A doença de Pompe é uma patologia rara e hereditária, também denominada doença de armazenamento de glicogénio tipo II (uma das doenças lisossomais de sobrecarga), que causa distrofia muscular, resultando na redução da força dos músculos respiratórios e/ou paralisia diafragmática. Consequentemente, associa-se ao surgimento de uma síndrome ventilatória restritiva, com necessidade de suporte ventilatório. Propomos descrever um caso clínico de um homem de 69 anos de idade, aposentado, diagnosticado com doença de Pompe em 2013 e sob terapia de reposição enzimática com Myozyme, candidato a videoendoscopia digestiva alta e videocolonosopia por anemia e necessidade de sedação. Foi necessário apoio de ventilação não invasiva (VNI) para aprovação por parte da equipa de Anestesiologia para realizar o procedimento. A VNI foi mantida durante todo o tempo de intervenção em ambas as técnicas. Pediu-se ao paciente que levasse o seu ventilador do domicílio para a enfermaria de gastroenterologia, onde foi sedado. No período pré-anestésico administrou-se 25 µg de fentanil e durante a intervenção o anestésico etomidato 18 mg. Foram necessários ajustes dos parâmetros ventilatórios. Não foi relatado nenhum efeito colateral por parte do paciente relacionado com a sedação, mas durante a recuperação, ele referiu alguma dor abdominal, comum após a videocolonosopia. Como não há evidências de outros casos semelhantes descritos, apresentamos este caso para discussão com especialistas.

**Palavras chave:** Doença de Pompe. Ventilação não invasiva. Sedação.

### PC 072. QUANDO A RADIOGRAFIA É SILENCIOSA - CASO CLÍNICO

D. Organista, C. Antunes, F. Paula, F. Froes

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** O diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) baseia-se na presença de sintomas de infeção respiratória das vias aéreas inferiores e sinais focais de novo ao exame objetivo. Este pode ser confirmado pela presença de condensação na radiografia de tórax, não devida a outras causas, como edema agudo do pulmão ou enfarte pulmonar. Segundo as normas da Direção Geral de Saúde ainda em vigor, perante a suspeita de PAC em doentes em ambulatório, não é obrigatória realização de radiografia de tórax a não ser que existam dúvidas no diagnóstico, ausência de resposta ao tratamento ou em doentes com patologia pulmonar.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um homem de 40 anos, fisioterapeuta, não fumador, com antecedentes conhecidos de asma brônquica desde os 12 anos, controlada com terapêutica inalatória em SOS e história de alergia ao ácido acetilsalicílico, metamizol e diclofenac. História de internamento no mês anterior para correção de hérnia inguinal, sem intercorrências. Observado em consulta de Pneumologia por febre vespertina (TT 38,5 °C) com 4 dias de evolução e posteriormente toracalgia incaracterística na base do pulmão direito, sem tosse, expectoração, dispneia ou sintomas nasais. Ao exame objetivo apresentava-se eupneico, suado, SpO<sub>2</sub> periférica 95% em ar ambiente e ferveores crepitantes na base do hemitórax direito à auscultação pulmonar. Analiticamente sem leucocitose ou neutrofilia, PCR 8,68 mg/dl. Radiografia de tórax pósterio-anterior e perfil direito sobreponíveis a anteriores, sem imagem de condensação. Ecografia abdominal e partes moles sem evidência de coleções. Perante a discordância entre clínica e estudo imagiológico, realizou TC-tórax no mesmo dia, que revelou hiperdensidade em padrão alveolar do lobo inferior direito, sugestivo de condensação pneumónica basal posterior. Cumpriu antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina com melhoria clínica e analítica, com desaparecimento dos ferveores à auscultação pulmonar.

**Discussão:** Na prática clínica, o diagnóstico de PAC baseia-se na apresentação clínica sugestiva e a sua confirmação radiológica. Quando a sintomatologia é escassa e a radiologia clássica não esclarecedora, o exame objetivo é essencial para legitimar o pedido de outros exames como a TC-torácica, sobretudo para identificar pneumonias dos lobos inferiores e em especial os segmentos posteriores. Este caso reforça a importância do exame clínico.

**Palavras chave:** *Pneumonia. Radiografia. Exame objetivo. Clínica.*

### PC 073. ASPERGILOSE INVASIVA NUM DOENTE COM TUMOR SÓLIDO MALIGNO

M.D. Barata, T. Martín, R. Miranda, J. Rosado, A. Oliveira, H. Grumete, J.P. Duarte

*Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** A aspergilose broncopulmonar Invasiva é uma infeção fúngica grave associada a elevada taxa de mortalidade. Afecta em norma doentes transplantados, em quimioterapia ou sob terapêutica imunossupressora.

**Caso clínico:** O presente caso refere-se a um homem de 78 anos, com perda ponderal de 10 Kg nos últimos 7 meses, associada a tosse e disfonía com 4 meses de evolução. Como antecedentes pessoais a adenocarcinoma colo-rectal (T3N1M0) submetido a quimioterapia neoadjuvante, ressecção e quimioterapia e radioterapia adjuvantes, há 10 anos. A referir também história de diabetes melitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Trata-se de um doente HIV negativo, não fumador e sem história de corticoterapia. Ao exame objectivo, doente com Performance status de 0,

com murmúrio vesicular diminuído no terço superior do hemitórax esquerdo. Contagem leucocitária (6,9 × 10<sup>9</sup>/L) e neutrófilos (4,17 × 10<sup>9</sup>/L) dentro da normalidade. Na laringoscopia e tomografia computadorizada (TC) do pescoço a destacar parésia da corda vocal esquerda. A radiografia do tórax e TC toraco-abdomino-pélvica revelavam extensa lesão torácica (com 12 cm de grande eixo) no lobo superior esquerdo, com invasão da lín-gula. Esta lesão contactava com o mediastino (arco aórtico, nervo laríngeo recorrente) e com a artéria lobar superior esquerda. A TC também evidenciava múltiplos nódulos pulmonares bilaterais e uma lesão hepática. A colonoscopia não revelou qualquer alteração sugestiva de recidiva da colo-rectal. Realizou-se broncoscopia e biópsia transtorácica guiada por TC. O exame anatomo-patológico da biópsia brônquica mostrou infiltrado inflamatório crónico e massas de necrose inflamatória com colónias de fungos, compatíveis com *Aspergillus* (aspergiloma). O resultado histológico da biópsia guiada por TC mostrou células neoplásicas compatíveis com Adenocarcinoma colo-rectal. O doente iniciou um ciclo de 3 meses de Voriconazol, tendo-se protelado quimioterapia. Foi readmitido passados dois meses por pneumonia nosocomial com insuficiência respiratória parcial, tendo vindo a falecer durante o internamento.

**Discussão:** Este caso destaca um doente com aspergilose invasiva em que a única condição imunossupressora era um tumor metastático sólido. À luz do nosso conhecimento trata-se duma condição rara. Evidencia também uma recidiva pulmonar exuberante da neoplasia colo-rectal. A decisão sobre a melhor altura para iniciar quimioterapia após o diagnóstico de aspergilose invasiva deverá envolver uma equipa multidisciplinar e ter em conta o risco de progressão da aspergilose invasiva e o risco de morte pela neoplasia se o tratamento for atrasado.

**Palavras chave:** *Aspergilose invasiva. Neoplasia.*

### PC 074. PREDITORES CLÍNICOS E ANALÍTICOS NO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DE INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS VÍRICAS

T. Oliveira, M.I. Costa, F. Guedes, J. Gomes, M. Rocha, J.P. Braga

*Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António.*

**Introdução:** Os vírus respiratórios são etiologia de mais de 60% das infeções agudas do trato respiratório inferior. Embora os inibidores da neuraminidase sejam seguros e eficazes em infeções a vírus Influenza, o uso empírico e exclusivo de antibioterapia é frequente, sendo necessária elevada suspeição clínica para diagnóstico e terapêutica de infeção respiratória vírica.

**Objectivos:** Compreender a capacidade discriminativa de sintomas respiratórios, de parâmetros analíticos e de infiltrados pneumónicos para afirmar infeção respiratória vírica e iniciar empiricamente inibidor da neuraminidase.

**Métodos:** Estudo transversal incluindo os pacientes internados no primeiro semestre de 2018 por pneumonia, traqueobronquite aguda ou exacerbação aguda de DPOC/asma/sobreposição asma-DPOC/bronquiectasias (N = 55) no Serviço de Pneumologia de um Centro Hospitalar Universitário. Nesses doentes efetuou-se biologia molecular de vírus respiratórios por zaragatoa faríngea. Utilizou-se o programa informático IBM® SPSS Statistics® para calcular prevalências de características dos doentes estudados, realizar testes de qui-quadrado e Fisher e construir curvas ROC para calcular valores de corte analíticos potencialmente diagnósticos de infeção vírica. Considerada significância (alfa) = 0,05.

**Resultados:** A zaragatoa de vírus respiratórios foi positiva em 34,5% (n = 19) dos doentes, dos quais 8 com isolamento de vírus Influenza A ou B. Globalmente verificou-se domínio de homens (65,5%, n = 36) e idade mediana de 74 anos; as comorbilidades respiratórias predominantes foram DPOC (50,9%, n = 28) e bronquiectasias (52,7%, n = 29); a prevalência de vacinação antigripal nos últimos

12 meses foi de 18,2% (n = 10). Nas características demográficas e comorbidades respiratórias, não se identificaram diferenças significativas entre doentes com zaragatoa positiva e negativa (p > 0,05). Febre (68,4%, n = 13, p = 0,037), tosse (94,7%, n = 18, p = 0,029), cefaleias (15,8%, n = 3, p = 0,037) e expetoração (84,2%, n = 16, p = 0,021) foram sintomas mais prevalentes nos doentes com zaragatoa positiva, de forma estatisticamente significativa. A presença de critérios para 'influenza-like illness' foi significativamente mais prevalente nos doentes com zaragatoa positiva (57,9%, n = 11, p = 0,016). A presença de infiltrados pneumónicos na radiografia torácica foi significativamente menos frequente nos doentes com zaragatoa positiva (15,8%, n = 3, p = 0,021). O rácio neutrófilos/linfócitos é significativamente discriminativo (p = 0,042) para prever positividade/negatividade da zaragatoa. Os parâmetros analíticos estudados com maior poder discriminativo para distinção entre presença e ausência de infeção a influenza foram as contagens sanguíneas absolutas de leucócitos e neutrófilos - obtivemos valores de corte < 11.160/uL leucócitos (AUC = 0,731, p = 0,038, sensibilidade = 87,5%, especificidade = 63%) e < 8.710/uL neutrófilos (AUC = 0,721, p = 0,047, sensibilidade = 87,5%, especificidade = 65,2%) para diagnóstico de infeção a influenza (A ou B). Isolaram-se mais frequentemente os agentes víricos metapneumovírus (9,1%, n = 5), influenza A (7,3%, n = 4) e influenza B (7,3%, n = 4). Nos 19 doentes com zaragatoa positiva, verificou-se relação significativa entre a prescrição empírica de inibidor da neuraminidase e o isolamento de vírus influenza (p = 0,041). Assumiu-se sobreinfeção bacteriana em 84,2% (n = 16) dos doentes com zaragatoa positiva, não existindo diferença significativa no uso/duração de antibioterapia. Os tempos de hospitalização foram semelhantes nos dois grupos.

**Conclusões:** De acordo com a nossa análise, os sintomas febre, tosse e/ou cefaleias, a ausência de infiltrados pneumónicos e as contagens de leucócitos e neutrófilos suportam mais consistentemente a presença de etiologia vírica de infeção respiratória baixa e a decisão de início empírico de inibidor de neuraminidase. A linfopenia sérica e o rácio linfócitos/monócitos, descritos na literatura, não apresentaram poder discriminativo adequado, facto para o qual a elevada prevalência de sobreinfeção bacteriana poderá ter contribuído.

**Palavras chave:** Infeção respiratória baixa. Vírus respiratórios. Vírus Influenza. Inibidor da neuraminidase. Doença 'influenza-like'.

## PC 075. A PROPÓSITO DE UM CASO DE ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

A. Alfaiate<sup>1</sup>, C.B. Forte<sup>1</sup>, V. Santos<sup>2</sup>, F. Freitas<sup>3</sup>, S. Carreira<sup>1</sup>, V. Durão<sup>1</sup>, P. Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal. <sup>2</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico de Setúbal. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

**Introdução:** A aspergilose broncopulmonar alérgica tem origem na complexa reação de hipersensibilidade em resposta à colonização das vias aéreas por *Aspergillus* e ocorre quase exclusivamente em doentes com asma ou fibrose quística.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente de 51 anos, gestora, não fumadora. Sem patologias não respiratórias conhecidas e com história familiar de atopia. Apresenta episódios de dispneia desde os 20 anos, tendo estado medicada, por períodos, com terapêutica inalatória. Em 2014, surgiu tosse com expetoração mucopurulenta. Foi acompanhada noutra hospital, tendo sido considerado o diagnóstico de aspergilose broncopulmonar alérgica, em 2015. Imagiologicamente, apresentava bronquiectasias bilaterais com preenchimento inflamatório e com impactação mucóide. Analiticamente: eosinofilia periférica (2840); IgE total > 2.000; IgG e IgE positivas para *Aspergillus fumigatus* e *niger*; antígeno galactomannan positivo nas secreções brônquicas. Foi medicada com Itraconazol durante seis meses, com melhoria clínica e imagiológica. Em

dezembro/17, registou-se reaparecimento de tosse com expetoração mucopurulenta e febre. A TC de tórax evidenciou bronquiectasias multilobares, algumas varicosas, com preenchimento inflamatório, impactação mucóide e nódulos centrilobulares. Nesta fase, reiniciou Itraconazol. Foi referenciada à Consulta de Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal em abril/18. Estava clinicamente melhorada, ainda sob terapêutica com Itraconazol. Da avaliação analítica havia a destacar: ausência de eosinofilia; IgE total > 5.000; IgG e IgE positivas para *Aspergillus fumigatus* e *niger*. Na TC de tórax, verificou-se resolução do preenchimento das bronquiectasias do lobo superior esquerdo; agravamento do preenchimento das bronquiectasias no lobo superior direito com consolidação; no lobo médio agravamento das alterações inflamatórias com maior expressão dos micronódulos centrilobulares e maior preenchimento das bronquiectasias. Foi submetida a broncofibroscopia que evidenciou oclusão brônquica do B2R por lesão nacarada, sangrante. Lavado brônquico: exame bacteriológico □ cultura mista; exame micobacteriológico direto negativo (cultural em curso); PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis complex*; exame micológico negativo; antígeno galactomannan positivo; citologia negativa para células neoplásicas. Foi submetida a broncoscopia rígida que revelou material necrótico no segmento apical posterior do lobo superior direito e secreções mucosas na restante árvore brônquica. Biópsias brônquicas: processo inflamatório crónico ativo e exsudado fibrinogranulocitário. Secreções brônquicas: *Pseudomonas aeruginosa*; exame micológico negativo; exame micobacteriológico direto negativo (cultural em curso); citologia negativa para células neoplásicas. Pelo facto de a PCR para *Mycobacterium tuberculosis complex* ter sido positiva no lavado brônquico do primeiro exame endoscópico, a doente foi referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico de Setúbal, tendo iniciado terapêutica antibacilar em junho. Posteriormente, obteve-se o resultado da microbiologia das secreções brônquicas da broncoscopia rígida, tendo sido isolada *Pseudomonas aeruginosa*. A doente foi convocada para internamento para instituição de antibioterapia adequada.

**Discussão:** O presente caso clínico reflete a complexidade das infeções polimicrobianas em doentes com extensas bronquiectasias e a importância das técnicas endoscópicas como exames subsidiários no seu diagnóstico.

**Palavras chave:** Broncopulmonar alérgica. Tuberculose. *Pseudomonas aeruginosa*.

## PC 076. EMPIEMA CRÓNICO A NOCARDIA E ACTINOMYCES COM FISTULIZAÇÃO BRONCO-PLEURAL E CUTÂNEA

D.B. Coelho, M. Drummond, A. Marinho

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

**Introdução:** O empiema de necessidade é uma entidade rara, por vezes associado a infeções por tuberculose ou actinomicetes. A fístula bronco-pleural e pleuro-cutânea associadas representam também uma apresentação clínica rara, o que leva a várias dificuldades na sua abordagem, tal como se pretende demonstrar pelo presente caso clínico.

**Caso clínico:** Homem de 53 anos, ex-fumador, com leucemia mieloide crónica tratada com imatinib, em fase estável. Seguido na consulta de Pneumologia por sequelas de Tuberculose com alteração obstrutiva grave. Em dezembro de 2016, recorreu ao Serviço de Urgência com sintomas de infeção respiratória e com drenagem cutânea torácica espontânea. O estudo subsequente revelou fístula de empiema crónico. Teve uma reposta parcial a antibioterapia empírica (piperacilina-tazobactam seguido de imipenem e vancomicina), contudo manteve drenagem espontânea de conteúdo purulento pela fístula pleuro-cutânea. Posteriormente, foi diagnosticada aspergilose crónica tendo iniciado voriconazol, com boa tolerância. De maneira a facilitar a drenagem, foi efetuada toracostomia, se-

guida de colocação de pequena porção de dreno torácico no estoma, para facilitar a manutenção da sua patência. A broncofibroscopia revelou fistula bronco-pleural ao nível do brônquio esquerdo. Durante esse internamento, o doente desenvolveu edema em quisto cervical, tendo-se procedido à sua exérese, com análise microbiológica com crescimento de *Actinomyces* e *Corynebacterium*. Houve isolamento de *Scedosporium* em amostra de expectoração. Teve alta após 50 dias de internamento, mantendo drenagem torácica com necessidade de pensos diários no domicílio. Após alta, manteve-se sem infeções respiratórias, contudo limitação funcional e dificuldade na vocalização de palavras devido a persistente fuga de ar pelas fistulas bronco-pleural e pleuro-cutânea. Em dezembro de 2017, recorre ao SU por astenia, perda ponderal, tosse produtiva e febre. Gasimetria arterial com insuficiência respiratória hipoxêmica. TC tórax com hidropneumotorax e marcada destruição do parênquima no pulmão esquerdo; mantinha cavidade no lobo superior direito com menos conteúdo intra-cavitário. Foi tratado com piperacilina-tazobactam durante 21 dias. Foram colhidas múltiplas amostras de expectoração e da drenagem torácica purulenta, em aerobiose e anaerobiose. Foi realizada biópsia pleural por broncoscopia (através da fistula bronco-pleural). Houve isolamento de *Nocardia* em cultura da drenagem purulenta de toracostomia e no lavado bronco-alveolar. Após discussão multidisciplinar, foi assumida infeção por *Actinomyces* e *Nocardia*, iniciando tratamento com imipenem e trimetoprim/sulfametoxazol (TMP-SMX)ev, com redução progressiva da quantidade de drenagem purulenta. Após 3 semanas de tratamento, foi colocada uma válvula endobrônquica no local da fistula bronco-pleural de forma a reduzir a fuga de ar e facilitar a esterilização da cavidade esquerda. O doente ficou menos sintomático, com mais capacidade para vocalização e menor limitação dos movimentos respiratórios. Teve alta com indicação de continuação de tratamento a longo prazo com TMP-SMX e amoxicilina-ac. clavulânico oral, mantendo ainda alguma drenagem pelo toracostoma, em quantidade francamente diminuída e já sem necessidade de pensos diários.

**Discussão:** Este caso clínico foi de difícil abordagem, particularmente devido à associação com fistula bronco-pleural e ao envolvimento etiológico de múltiplos agentes. As extensas sequelas de tuberculose, em associação com uma doença hematológica crónica com potencial imunossupressor foram prováveis causas para a esta rara apresentação clínica.

**Palavras chave:** Infeção. Empiema. Fistula bronco-pleural. Fistula pleura-cutânea.

### PC 077. UM CASO MUITO ATÍPICO DE DOR TORÁCICA E HEMOPTISES NUM JOVEM ADULTO

T.S. Marques, M. Pereira, D. Neves, H. Ramos, J. Romero, I. Ruivo, U. Brito

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve-Faro.

**Caso clínico:** Doente sexo masculino, 29 anos, natural da Índia e a viver em Portugal nos últimos 15 anos. Previamente saudável, apresentou-se no serviço de urgência (SU) com tosse, expectoração mucopurulenta, hemoptises moderadas, dor pleurítica referida à região inferior e lateral direita do tórax, dispneia moderada, febre, suores noturnos e perda de peso. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados. A radiografia de tórax revelou uma consolidação do lobo inferior direito. Foi-lhe prescrito amoxicilina ácido clavulânico e azitromicina para tratar empiricamente pneumonia e o doente teve alta. Não melhorou e duas semanas depois regressou ao SU com queixas semelhantes, mas de agravamento progressivo. O doente não era habitualmente medicado, apresentava elevados consumos alcoólicos, hábitos tabágicos ligeiros e fumava ocasionalmente hashish. Seis meses antes do quadro descrito o doente referiu dor no ombro direito, recorrendo cinco vezes ao SU, sendo sem-

pre medicado para patologia músculo-esquelética. O doente tinha estado na Índia dez meses antes. À apresentação aferiu-se uma temperatura de 38,7 °C, frequência cardíaca de 110/min e saturação periférica em ar ambiente de 93%. O exame objetivo revelou um murmúrio vesicular diminuído à direita e um bordo hepático 5cm abaixo da grelha costal. Sem outras alterações. As análises revelaram anemia, aumento dos parâmetros inflamatórios e da fosfatase alcalina (ALP) (hemoglobina 91 g/L, leucócitos 21,8 K/uL, neutrófilos 76%, proteína C-reativa 298 mg/L, ALP 182 U/L). A radiografia de tórax apresentava uma opacificação quase completa do hemitórax direito e uma linha de derrame visível no ápex. Foi realizada toracocentese que revelou um líquido pleural castanho purulento semelhante à “pasta de anchova”. A tomografia computadorizada evidenciou um abscesso hepático em continuidade com o diafragma e com o pulmão direito. Após a avaliação de todos os aspetos suspeitou-se de um abscesso hepático amebiano complicado por infeção pleuropulmonar por *Entamoeba histolytica*. O diagnóstico foi confirmado por serologia. Foi colocado um dreno hepático durante trinta e seis dias e um dreno pleuropulmonar durante cinquenta e nove dias. Foi medicado com metronidazol (1.000 mg, 8/8 horas) durante quarenta e oito dias que foi descontinuado devido a suspeita de iatrogenia por início de sinais de neuropatia periférica. Foi recomendado um agente luminal, a paromomicina (750 mg, 8/8 horas), durante sete dias. O doente recuperou totalmente de uma forma lenta e progressiva.

**Discussão:** As manifestações pulmonares desta doença são raras especialmente em áreas com baixas taxas de infeções amebianas como a Europa. Nos países desenvolvidos a amebiose é geralmente encontrada em migrantes e viajantes. As manifestações podem confundir os profissionais de saúde, podendo sugerir um diagnóstico diferencial com outras doenças infecciosas ou malignas. Além disso, a abordagem terapêutica em casos mais graves é menos reconhecida, havendo a necessidade de aprofundar o conhecimento.

**Palavras chave:** Abscesso hepático amebiano. Infeção pleuropulmonar. *Entamoeba histolytica*.

### PC 078. FEMININO POR NATUREZA - SÍNDROME DE LADY WINDERMERE

A. Fernandes, S. Freitas, M.A. Marques

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

**Introdução:** A designação “síndrome de Lady Windermere” foi utilizada pela primeira vez por Reich e Johnson em 1992, para caracterizar a associação de bronquiectasias localizadas no lobo médio e/ou língula e infeção por *Mycobacterium avium complex* (MAC), em mulheres com mais de 50 anos de idade, magras, não fumadoras e geralmente sem doença pulmonar prévia. Esta síndrome pode ainda incluir outras alterações como: cifoescoliose, *pectus excavatum* e prolapso da válvula mitral.

**Caso clínico:** Mulher de 74 anos de idade, doméstica, não fumadora, recorreu ao serviço de urgência por hemoptises abundantes, com dois dias de evolução, sem outras queixas respiratórias. Da história progressiva, havia referência a perda ponderal, astenia e episódios recorrentes de expectoração mucopurulenta, por vezes hemoptoica, desde há 5 anos, que motivaram vários ciclos de anti-bioterapia, coincidentes com a altura em que lhe foram diagnosticadas bronquiectasias cilíndricas localizadas à região lingular. Ao exame objetivo, encontrava-se hemodinamicamente estável, apirética e com SpO<sub>2</sub> de 98% em ar ambiente. A doente estava emagrecida e à auscultação pulmonar eram audíveis “squeaks” inspiratórios nos campos pulmonares inferiores. O estudo analítico não apresentava alterações e a radiografia do tórax encontrava-se sobreponível às anteriores. A persistência do quadro clínico, determinou o seu internamento no Serviço de Pneumologia. A última TAC

torácica evidenciava micronodulação com morfologia *tree-in-bud*, bem como áreas de densificação em vidro despolido na região lingular, para além das bronquiectasias já documentadas. Realizou videobroncoscopia, a qual demonstrou hemorragia ativa na porção inicial do lingular, sem outras alterações endobrônquicas. O exame direto para pesquisa de micobactérias revelou-se positivo tanto no aspirado brônquico, como no lavado broncoalveolar, com identificação e confirmação da infeção por *Mycobacterium avium* no exame cultural. Após o início de terapêutica com claritromicina, rifampicina e etambutol, verificou-se melhoria clínica progressiva, traduzida pela ausência de hemoptises ou outros sintomas.

**Discussão:** Os autores pretendem enfatizar o caráter insidioso da infeção por MAC, dado que os sintomas podem estar presentes durante meses ou, como neste caso, anos até ao seu diagnóstico. O reconhecimento da “síndrome de Lady Windermere” como um fenómeno distinto de infeção por MAC, permite o diagnóstico e tratamento precoces desta afeção, evitando a degradação do estado geral do doente, o consumo de recursos de saúde e eventuais complicações associadas.

**Palavras chave:** Bronquiectasias. *Mycobacterium avium* complex.

### PC 079. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS ABCESSOS PULMONARES - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

C. Parra, D. Apolinário, M. Conde, L. Nascimento, A. Fernandes

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

**Introdução:** Os abcessos pulmonares (AP) são colecções necrosadas do parênquima pulmonar, originadas pela acção de agentes microbianos. Estão maioritariamente relacionados com o fenómeno de aspiração, tendo as bactérias anaeróbias da flora orofaríngea um papel patogénico predominante.

**Objectivos:** Caracterização clínica, das intervenções diagnósticas e terapêuticas, bem como prognóstico dos doentes internados com abcesso pulmonar num serviço de pneumologia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos de doentes internados com AP, entre os anos de 2000 e 2017 num serviço de Pneumologia. Foram excluídos os casos de pneumonias necrotizantes, neoplasias cavitadas, tuberculose ou cavitações secundárias a enfarte pulmonar.

**Resultados:** Foi estudada uma população de 39 doentes internados com AP, com uma idade média de 57,6 ( $\pm$  15,1) anos. Trinta e três destes doentes eram do sexo masculino. Em 27 doentes o AP classificou-se como primário. Em 30 doentes foi classificado como AP agudo (duração < 6 semanas). O modo de apresentação mais comum foi clínica compatível com infeção respiratória aguda (tosse produtiva e febre com menos de 15 dias de evolução) em 28 doentes, e a duração mediana dos sintomas pré-hospitalização foi de 14 dias. O alcoolismo foi o factor de risco primário mais frequente, e a imunossupressão o principal secundário. Identificaram-se comorbilidades em 29 doentes, sendo as patologias respiratórias as mais frequentes, presentes em 33% dos casos. As localizações de AP mais comuns foram o lobo superior do pulmão direito (12 casos) e o lobo inferior do pulmão esquerdo (11 casos). Foi identificado pelo menos um agente etiológico microbiano em 9 dos casos. Destes apenas 1 teve isolamento de agente bacteriano anaeróbio. Foram utilizados 21 esquemas de antibioterapia inicial, tendo havido necessidade alteração dos mesmos em 24 dos casos. Foi necessária terapêutica cirúrgica em 4 doentes. Verificaram-se complicações em 11 doentes, 3 faleceram. A duração média de internamento foi de 21,6 ( $\pm$  11,1) dias.

**Conclusões:** Apesar de relativamente pouco frequentes, os AP são responsáveis por considerável morbimortalidade, pelo que são importantes o seu diagnóstico e tratamento atempados. Contrariamente ao descrito na literatura, as identificações microbiológicas

foram predominantemente de agentes bacterianos aeróbios, possivelmente pelas características inerentes aos agentes anaeróbios, que tornam difícil o seu isolamento.

**Palavras chave:** Abcesso pulmonar. *Pneumonia de aspiração. Infeções pulmonares.*

### PC 080. PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA NUM CENTRO HOSPITALAR - A EXPERIÊNCIA DE UM ANO

D.P. Marques, A.L. Ramos, J. Carvalho, J. Melo-Cristino, M.A. Pessanha, C. Toscano

*Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.*

**Introdução:** O *Streptococcus pneumoniae* é um dos agentes etiológicos mais frequentes da pneumonia adquirida na comunidade. Esta patologia, altamente prevalente na população portuguesa, é responsável por um elevado número de internamentos anuais, perda de qualidade de vida e morte, particularmente nos indivíduos pertencentes a grupos de alto risco.

**Objectivos:** Caracterização dos doentes a quem foi feito o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade a *Streptococcus pneumoniae* durante o ano de 2017, num centro hospitalar central.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes de um centro hospitalar central a quem foi feito o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade a *Streptococcus pneumoniae* durante o ano de 2017. Colheita de dados através de revisão do processo clínico informático e solicitação dos serotipos ao Laboratório responsável pela sua identificação. Subsequente análise descritiva dos dados com recurso a SPSS Statistics v23<sup>®</sup> e Microsoft Excel 2013<sup>®</sup>.

**Resultados:** Amostra total de 54 doentes, com idade média de 69,5 anos, 59,3% do sexo masculino, 56,6% fumadores ou ex-fumadores (carga tabágica média 65,5 unidades maço-ano). As comorbilidades mais frequentemente identificadas foram doença pulmonar obstrutiva crónica (38,9%), insuficiência cardíaca (25,9%) e doença renal crónica (22,2%). 20,4% dos doentes tinham realizado vacinação anti-pneumocócica, maioritariamente a vacina polissacárida conjugada 13-valente. 31,5% tinham vacinação anti-gripal actualizada. Os sintomas mais frequentes foram tosse (68,5%), dispneia (64,8%), expectoração (53,7%, sobretudo purulenta) e febre (51,9%), com duração média de sintomas de 4,4 dias. O padrão radiográfico mais frequentemente identificado foi hipotransparência lobar (48,1%). Analiticamente, os valores médios de leucócitos foram 14.900/ $\mu$ L, PCR 24,9 mg/dL, pH 7,4, *ratio* pO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 247,1 e lactato sérico 2,6 mmol/L. 44,4% dos doentes apresentaram doença invasiva pneumocócica (DIP). 18,5% dos doentes foram admitidos em unidade de cuidados intensivos (*scores* médios APACHE-II 23, SAPS-II 46). 22,2% necessitaram de ventilação mecânica, 14,8% evoluíram em choque e 3,7% necessitaram de técnica de substituição renal. 5,6% dos doentes desenvolveram empiema. Foi possível isolamento cultural em 94,4% dos doentes e em 35,3% destes obteve-se o serotipo da bactéria, sendo o mais frequente o serotipo 8. Em apenas dois destes casos a infeção foi causada por um serotipo englobado na vacina realizada. A antibioterapia dirigida mais frequentemente utilizada foi penicilina (40,0%), seguida de amoxicilina-ácido clavulânico (24,0%), com duração total média de tratamento (empírico e dirigido) de 14,5 dias. A taxa de mortalidade da amostra foi 16,7%.

**Conclusões:** Apesar dos vieses inerentes ao tipo de estudo e baixo número de serotipos identificados, conclui-se que a vacinação continua a ser uma arma fundamental na prevenção da pneumonia pneumocócica, particularmente das suas formas mais graves. A elevada prevalência de DIP e baixa taxa de vacinação da amostra reforça a importância da adesão e implementação desta estratégia preventiva.

**Palavras chave:** *Pneumonia. Streptococcus pneumoniae.*

### PC 081. UMA APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE DE ASPERGILOSE PULMONAR

P.F. Gonçalves<sup>1</sup>, F. Ferro<sup>1</sup>, R. Luís<sup>2</sup>, S. Moreira<sup>1</sup>, C. Bárbara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, CHLN.

**Introdução:** A patologia pulmonar relacionada com *Aspergillus* varia desde uma resposta de hipersensibilidade a formas infecciosas, agudas ou crônicas, compreendendo aspergiloma *per se*, doença cavitária, doença fibrosante e doença invasiva. Os principais determinantes para o desenvolvimento de doença nas suas várias formas são o grau de compromisso imunológico e a existência de doença pulmonar subjacente.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso clínico de aspergilose pulmonar associado a importante destruição da normal arquitetura pulmonar. Trata-se de uma doente de 30 anos, natural da Guiné, com história de tuberculose pulmonar prévia, que apresentava queixas arrastadas de cansaço e hemoptises. A radiografia torácica revelava um importante desvio das estruturas mediastínicas e da árvore brônquica para o hemitórax direito, associado a hipotransparência do ápex homolateral com Sinal de *Monod*. A tomografia torácica documentou a marcada alteração estrutural, presença de múltiplas cavidades, algumas com evidência de micetoma, com lesão de maior destaque apical, a condicionar destruição quase total do pulmão direito. Os aspectos endoscópicos revelavam envolvimento endobronquico de dimensões raramente documentadas, visualizando-se ao nível do segmento anterior do lobo superior direito volumosa massa compatível com micetoma. O estudo complementar com pesquisa de galactomanann no lavado bronco-alveolar e no sangue periférico, bem como a pesquisa de precipitinas a *Aspergillus fumigatus*, favoreceram o diagnóstico de infecção fúngica a *Aspergillus fumigatus*. A doente foi tratada com voriconazol e foi realizada pneumectomia direita, cujo resultado anatomo-patológico suportou o diagnóstico de aspergilose pulmonar invasiva. Teve como intercorrência trombose jugular direita, com achados imagiológicos a suportar possível tromboflebite supurativa (síndrome de Lemierre?). A aspergilose crônica cavitária, bem como a sua progressão à forma fibrosante, ocorrem com frequência em doentes imunocompetentes com alterações estruturais pulmonares, como no caso apresentado. A doença invasiva não é frequente em doentes sem estado de imunossupressão estabelecido. Os autores destacam a exuberância do envolvimento pulmonar e endobronquico documentados, a dificuldade de classificação diagnóstica e a magnitude das alterações descritas a condicionarem decisão de terapêutica combinada com antifúngico e pneumectomia.

**Palavras chave:** *Aspergillus*. *Aspergilose pulmonar*. *Tuberculose*.

### PC 082. DOENÇA PULMONAR A MICOBACTÉRIAS ATÍPICAS: UMA ANÁLISE CASUÍSTICA DE 7 ANOS NO HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE (HFF)

C.L. Alves<sup>1</sup>, L. Carreto<sup>1</sup>, M.C. Portugal<sup>2</sup>, C.F. Longo<sup>1</sup>, F. Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Microbiologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

**Introdução:** As micobactérias atípicas (MBTA) são agentes raros de doença pulmonar. Afectam predominantemente imunocomprometidos, podendo afectar imunocompetentes, com ou sem doença pulmonar prévia. Nesta revisão pretendeu-se fazer uma análise demográfica, epidemiológica e clínica, dos casos de doença a MBTA no HFF entre 2011 e 2017.

**Métodos:** Realizámos um estudo retrospectivo incluindo adultos com pelo menos um isolamento positivo num exame cultural para MBTA, entre 2011-2017 no HFF. Após exclusão dos casos extra-pulmonares, analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, raça, tabagismo, presença de factor imunossupressor, doença pulmonar prévia, forma de apresentação, tempo até primeira observação e

até diagnóstico, método laboratorial de diagnóstico, padrão em TAC-tórax, observações em videobroncofibroscopia (BFO) e decisão de início terapêutico. Utilizou-se a definição de doença pulmonar a MBTA sugerida pelas *guidelines* da Brititish Thoracic Society (BTS) de 2017.

**Resultados:** Foram incluídos inicialmente 27 doentes, dos quais 24 apresentavam infecção respiratória. Nestes 24, a idade média foi 56,5 anos, com predominância masculina (54%) e da raça caucasiana (70%). Documentaram-se hábitos tabágicos em 33%. Ao todo isolaram-se 8 espécies diferentes, sendo as mais frequentes as micobactérias de crescimento lento do complexo *avium* (50%), seguindo-se o *M. gordonae* (21%), 2 casos de *M. chelonae* e *M. fortuitum*, respectivamente, entre outros. Dos 24 doentes, 62% apresentavam factor imunossupressor, como infecção por vírus da imunodeficiência humana (21%), doença oncológica hematológica (17%), cancro do pulmão (12,5%) e diabetes *mellitus* (17%). 62% apresentavam doença pulmonar prévia, nomeadamente: bronquiectasias (21%), DPOC (17%), asma (8%), antecedentes de tuberculose (4%) e cancro do pulmão (12,5%). 17% apresentavam doença respiratória ou factor imunossupressor. Destes, 2 apresentavam doença de refluxo gastro-esofágico. O sintoma mais referido foi tosse produtiva (79%), em 21% dos quais com expectoração hemoptoica, seguindo-se sintomatologia consumptiva (58%), febre (33%) e sudorese nocturna (17%). O tempo médio até à primeira consulta foi de 2,8 meses e até ao diagnóstico de 5,6 meses. Em 29% dos doentes o isolamento cultural foi realizado em duas amostras consecutivas de expectoração, em 21% só numa amostra e em 50% em SB/LBA. Realizou-se BFO em 66%, documentando broncorreia em 62,5% dos casos, com elevada rentabilidade diagnóstica no exame cultural de SB/LBA (75%). Dos 79% a que se teve acesso à TAC-tórax, a principal apresentação foi a bronquiectásico-nodular (68%) vs fibrocavitária (21%) vs achados inespecíficos (11%). Segundo as *guidelines* da BTS, 79% preenchiam os critérios de doença a MBTA, destes confirmou-se que 53% iniciaram tratamento (desconhecendo-se dos restantes por alta contra parecer, seguimento noutra local, entre outros). 21% não cumpriram os critérios de doença, 1 dos quais iniciando terapêutica, com melhoria.

**Discussão:** Identicamente ao descrito noutras séries, as MBTA causaram maioritariamente doença pulmonar. Esta, foi tão frequente em doentes com factores predisponentes à imunossupressão como com doença pulmonar prévia. As alterações bronquiectásico-nodulares, geralmente associadas à infecção por complexo *avium*, ocorreram de igual modo com outras espécies (53%). Apesar de não cumprir os critérios de diagnóstico de doença, 1 dos doentes iniciou tratamento com melhoria clínica.

**Palavras chave:** *Doença pulmonar a micobactérias atípicas*. *Análise casuística de doença a micobactérias atípicas*. *Análise casuística*.

### PC 083. ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA COM EMPIEMA PLEURAL - UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE DOENÇA A ASPERGILLUS SPP

C.L. Alves, C. Sousa, I. Ferreira, M. Anciães, C.F. Longo, F. Rodrigues

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

**Introdução:** Os fungos do género *Aspergillus* podem causar doença pulmonar, sendo o *A. fumigatus* a espécie mais frequentemente envolvida. O espectro de doença varia desde a aspergilose bronco-pulmonar alérgica, aos aspergilomas, à aspergilose pulmonar invasiva (API). Esta última representa uma forma severa de doença pulmonar que afecta principalmente doentes imunocomprometidos. O seguinte caso clínico é ilustrativo de uma apresentação clínica rara de API, com empiema pleural, num doente imunocomprometido.

**Caso clínico:** Homem de 34 anos, caucasiano, não fumador, com história de timoma combinado tipo B2/B3 em estágio IV. Seguido em Oncologia desde 2007, submetido a timentomia, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT) adjuvantes com múltiplas recidivas locais e necessidade de novas cirurgias tóricas. Em 2017 por progressão da doença foi reiniciada QT, suspensa por neutropenia febril em julho. Por expressão de PD-L1 de 80%, iniciou pembrolizumab suspenso em setembro por miocardite, pneumonite intersticial e hepatite, iniciando prednisolona oral (80 mg/dia). Durante o desmame da corticoterapia, inicia a 4/04/2018 quadro caracterizado por tosse produtiva, com expectoração esverdeada de sabor pútrido, toracalgia pleurítica à direita, cansaço e febre intermitente, de predomínio vespertino. À avaliação analítica inicial apresentava leucocitose (12.500/uL) e elevação da proteína C-reativa (4,6 mg/dL). A radiografia de tórax mostrava atelectasia do lobo superior direito, com nível hidroaéreo justa pequena cisura. Cumpriu antibioticoterapia com amoxicilina e ácido clavulânico e, sucessivamente, levofloxacina sem melhoria clínica e com progressiva subida dos parâmetros inflamatórios, nomeadamente leucócitos (18.800/uL), proteína C-reativa (10,6 mg/dL) e VS (64 mm/H). Foram ainda colhidas amostras seriadas de expectoração para exame directo e cultural, sem isolamento de agente. A 04/05, é internado e inicia piperacilina-tazobactam. Realiza a 8/05 TAC-tórax identificando espessamento pleural irregular, com colecção com nível hidroaéreo sugestiva de empiema e atelectasia do LSD com broncograma aéreo. Por má resposta clínica e laboratorial é escalada antibioticoterapia para meropenem e clindamicina e colocou-se drenagem torácica, com saída de líquido pleural (LP) purulento, enviado para exame cultural. A 16/5 isolado *Aspergillus fumigatus* no LP iniciando terapêutica dirigida com voriconazol. A 28/5 repete TAC-torax revelando empiema sobreponível, já com consolidação do lobo médio e lobo inferior direito. Por hepatotoxicidade ao 22º dia substitui voriconazol por anfotericina B lipossômica. Ao todo cumpriu 6 semanas de terapêutica antifúngica dirigida, com melhoria clínica e analítica.

**Discussão:** Perante um doente imunocomprometido, com quadro de febre e tosse produtiva, sem melhora após múltiplos ciclos de antibioticoterapia de largo espectro, é fundamental o diagnóstico diferencial com API, de forma a evitar o diagnóstico tardio numa doença potencialmente severa. Neste doente cresce a particularidade rara de envolvimento pleural que, permitiu inclusivamente o diagnóstico de API através do exame cultural do LP.

**Palavras chave:** *Aspergilose pulmonar invasiva. Empiema pleural. Empiema pleural a Aspergillus. A. fumigatus.*

#### PC 084. INFEÇÃO POR MYCOBACTERIUM KANSASII - UM SUSPEITO INCOMUM

D.B. Coelho, M. Sucena

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.*

**Introdução:** Apesar do *Mycobacterium tuberculosis* ser a micobactéria mais importante no sentido de saúde pública, outras micobactérias estão crescentemente a ser identificadas (existem mais de 150 diferentes espécies). São agentes oportunistas com múltiplos fatores a contribuem para a sua patogenicidade. O isolamento de micobactéria não-tuberculosa numa amostra não estéril não significa doença, pelo que devem ser tidos em conta critérios clínicos, microbiológicos e imagiológicos.

**Caso clínico:** Homem, 64 anos, fumador de 50 UMA. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e doença arterial periférica. Seguido na Consulta de Pneumologia desde 2015 por DPOC, grupo B, com predomínio enfisematoso. Com síndrome ventilatório obstrutivo moderado, com hiperinsuflação. (TLC = 6,60 L (98%); VR = 3,32 L (144%); FVC = 3,17 L (77%); FEV1 = 1,93 L (59%); IT = 61). TC do tórax de 2015: enfisema centrilobular, estrias fibróticas de predomínio apical bilateral. Foi medicado com LAMA + LABA, com razoá-

vel melhoria e controlo sintomático (embora mantendo dispneia mMRC 2). Em avaliação de rotina em outubro de 2017, refere agravamento do padrão habitual de dispneia, tosse com aumento da quantidade de expectoração mucosa, diária. Já tinha cumprido antibioticoterapia empírica com azitromicina e corticoterapia prescritos pelo médico de família, sem resolução sintomática. Referia ainda anorexia e astenia progressivas, tendo deixado de deambular autonomamente. Realizou TC Torácico que revelou “espessamento pleuroparenquimatoso apical esquerdo, mais expressivo que em estudo de confronto e assumindo uma conformação mais nodular, com área de cavitação central com cerca de 10 mm, nódulo de novo de 7 mm no segmento superior do lobo inferior direito”. Microbiologia de expectoração sem isolamentos bacteriológicos, micobacteriológicos ou micológicos. Realizou biópsia pulmonar guiada por TC (janeiro de 2018) que demonstrou tecido fibroso com proliferação de fibroblastos e com pigmento antracótico; focalmente identificou-se esboço de granulomas epitelióides e área de necrose com polimorfonucleares neutrófilos. A pesquisa de microrganismos pela coloração de PAS e a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes pela coloração de Ziehl-Neelsen foram negativas na peça histológica. A pesquisa de PCR *Mycobacterium tuberculosis* também foi negativa. Voltaram a ser pedidas amostras de expectoração (fevereiro 2018) com o exame direto a revelar raros BAAR e PCR *Mycobacterium tuberculosis* negativo. No exame cultural houve crescimento de *Mycobacterium kansasii* nas amostras pelo que foi iniciada terapêutica para o tratamento de micobacteriose atípica a *M. kansasii*.

**Discussão:** Esse caso demonstra a necessidade de equacionar sempre todos os diagnósticos diferenciais e que nem tudo o que parece, de facto o é. Atendendo à sintomatologia do doente, aos fatores de risco e à presença de nódulo pulmonar, uma das hipóteses de diagnóstico seria neoplasia, contudo o resultado histológico excluiu essa hipótese. É importante reconhecer a menor sensibilidade dos testes microbiológicos (exame direto e cultural) na peça histológica, tal como dos testes moleculares de deteção de ácidos nucleicos (TAAN ou testes moleculares de resistências, validados para amostras respiratórias). Assim, perante a suspeita clínica, é importante ser persistente na colheita de amostras (expectoração ou lavado bronco-alveolar) para poder fazer o diagnóstico e direcionar a terapêutica.

**Palavras chave:** *Infeção. Micobactérias não tuberculosas. Nódulo pulmonar. Mycobacterium kansasii.*

#### PC 085. SINTOMAS NEUROLÓGICAS COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DO ABCESSO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D.M. Coelho, V.L. Firmino, R.C. Paulinetti, H. Garcez, C. Alves, M.J. Simões, E. Camacho

*Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.*

**Introdução:** O abcesso cerebral é grave e resulta geralmente da disseminação hematogénica a distante, sendo o abcesso pulmonar a sua principal origem. A infecção piogénica do parenquima cerebral começa com uma área localizada de inflamação referindo normalmente como cerebrites, podendo desenvolver e transformar-se em abcesso. O diagnóstico nem sempre é fácil e muitas vezes não se consegue confirmar a etiologia.

**Caso clínico:** Os autores apresentam caso de um homem 48 anos com antecedentes tabagismo e de hipertensão arterial e sem história de consumo de drogas endovenosas que recorreu ao SU por alterações visuais (pelopsia) e desequilíbrio. Realizou tomografia computadorizada do crânio (TC-CE) que mostrou duvidosa hipodensidade pântica e parasagital esquerda de provável natureza vascular isquémica aguda. Internado com hipótese diagnóstico de AVC isquémico no jovem. Durante o internamento iniciou quadro de dor pleu-

ritica súbita, febre que não cedia aos antipiréticos. Radiologicamente apresentava infiltrado pulmonar direito. TC torácica com áreas de consolidação parenquimatosa com broncograma aéreo dispersos, alterações em provável relação com broncopneumonia. Por se suspeitar de embolização séptica, realizou ecocardiograma transesofágico (EcoTE), não tendo revelado imagens sugestivas de vegetações. Os teste de HIV foi negativo. Iniciou empiricamente antibioterapia com piptazo + vancomicina após colheita de hemoculturas (HC). Por agravamento clínica com falência respiratória grave doente foi transferido para Unidade Cuidados Intensivos (UCI). Repetiu-se o ecocardiograma transesofágico que continua não mostrar sinais de vegetações. O resultado de HC foi positiva para *Staphylococcus aureus* meticilina sensível (MSSA). Fez-se switch de antibioterapia para flucloxacilina. TC torácica de reavaliação mostrou pneumonia cavitada bilateral com algumas bolhas gasosas no seu interior, compatíveis com formação de abscesso. TC-CE de controle com dúvidas acerca da etiologia. RMN cerebral mostrou provável abscesso cerebral parietal interno esquerdo. Após a discussão do caso com neurocirurgia, o doente foi submetido craniotomia temporal esquerda com drenagem e ressecção do abscesso. O exame cultural do tecido cerebral com isolamento do mesmo estirpe de MSSA previamente documentado. Houve melhoria clínica após a intervenção.

**Conclusões:** Este é um caso raro de um indivíduo de meia - idade imunocompetente sem patologia respiratória prévia, que se apresentou com alterações neurológicas como resultado da disseminação da infecção de *Staphylococcus aureus* de origem pulmonar. O abscesso cerebral esta associado a alta mortalidade, contudo se for tratado precocemente pode prevenir sequelas neurológicas graves como neste caso.

**Palavras chave:** Abscesso pulmonar. AVC isquémico. Abscesso cerebral.

#### PC 086. UM CASO DE HIPOGAMAGLOBULINÉMIA: COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

P.F. Gonçalves<sup>1</sup>, S.P. Silva<sup>1,2</sup>, S. Carvalho<sup>1</sup>, A. Ferrão<sup>3</sup>, M.J. Pais<sup>5</sup>, K. Cunha<sup>6</sup>, S.L. Silva<sup>2,3</sup>, M.P.B. Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Pediatria, CHLN. <sup>3</sup>Clinica Universitária de Imunoalergologia. <sup>4</sup>Centro de Imunodeficiências Primárias. <sup>5</sup>Serviço de Imunoalergologia; <sup>6</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro.

A hipogamaglobulinémia é uma das alterações laboratoriais mais frequentes nas imunodeficiências primárias (IDP). A imunodeficiência comum variável (ICDV) consiste na forma mais comum de IDP, em crianças e adultos, afetando cerca de 1 em cada 25.000 indivíduos. Os doentes com IDCV apresentam defeitos na diferenciação de células B, com consequente hipogamaglobulinémia por defeito da produção de imunoglobulinas. A hipogamaglobulinémia também pode ter causa secundária, associando-se frequentemente a iatrogenia medicamentosa (por exemplo glicocorticóides e rituximab), malignidade ou outras doenças sistémicas que possam provocar supressão medular ou perdas, como o síndrome nefrótico, as queimaduras extensas ou enteropatia. A idade de início das manifestações de IDCV é variável, sendo diagnosticada mais frequentemente na 3ª e 4ª décadas de vida. As manifestações clínicas da IDCV são multisistémicas, incluindo patologia infecciosa e não infecciosa, nomeadamente patologia autoimune, doença granulomatosa e malignidade. As complicações da IDCV afectam predominantemente o aparelho digestivo e respiratório, sendo a patologia pulmonar uma importante causa de morte, presente em cerca de 1/3 dos doentes no diagnóstico. Os autores apresentam o caso de um doente com 19 anos de idade. Iniciou na infância quadro de bicitopenia (anemia e trombocitopenia) autoimune, sendo colocada hipótese de síndrome de Evans. Foi tratado com corticoterapia por períodos longos e com

necessidade de 2 pulsos de rituximab por citopenias refratárias. Aos 15 anos foi documentada hipogamaglobulinémia, evoluindo com quadro clínico de sinusite e pneumonias de repetição, queixas de cansaço e perda de peso. Iniciou terapêutica de substituição com imunoglobulina G por via endovenosa. No decurso da investigação clínica foi isolado *Rhizopus* em lavado bronco-alveolar e iniciada terapêutica com posaconazol. Apesar desta terapêutica, constatou-se deterioração progressiva da difusão de CO e imagiologicamente progressão de infiltrados multifocais em vidro despolido e de consolidação com broncograma aéreo, bem como múltiplas adenopatias. Foi realizada biópsia pulmonar cirúrgica, sendo identificada hiperplasia do BALT (*Bronchus-Associated Lymphoid Tissue*) com aspectos de bronquiólite folicular. Foi iniciada corticoterapia inalada e posteriormente sistémica, mantendo-se terapêutica substitutiva com IgG. A bronquiólite folicular associa-se a presença de infiltrados de células inflamatórias a envolver os bronquíolos. Surge em contexto de doenças reumatológicas, imunodeficiências primárias (ICDV) ou adquiridas e pneumonite de hipersensibilidade e cursa clinicamente com dispneia de agravamento progressivo e imagiologicamente com aparecimento de pequenos nódulos centrilobulares, peribronquicos e áreas de vidro despolido. Este caso ilustra o complexo espectro de complicações infecciosas e não infecciosas associadas à imunodeficiência com hipogamaglobulinémia, o qual justifica frequentemente a adopção de terapêuticas imunossupressoras, aparentemente paradoxais em contexto de imunodeficiência. O doente apresentado motiva ainda reflexões adicionais acerca do diagnóstico diferencial de hipogamaglobulinémia e da importância da avaliação imunológica basal de doentes candidatos a terapêuticas imunossupressoras.

**Palavras chave:** Hipogamaglobulinémia. Imunodeficiência comum variável. Bronquiólite folicular.

#### PC 087. CHOQUE SÉPTICO NA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE E NA PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A. Fontoura<sup>1</sup>, N. Sousa<sup>1,2</sup>, L.P. Trindade-Silva<sup>1,2</sup>, M. Holgado<sup>1,2</sup>, P. Santos<sup>1</sup>, A.P. Gonçalves<sup>1,2</sup>, R.M. Alves<sup>3</sup>, L. Lopes<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Intensiva; <sup>3</sup>Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE. <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** O choque séptico caracteriza-se por uma disfunção multiorgânica que resulta de uma resposta desregulada a uma infecção, sendo caracterizado pela necessidade de suporte aminérgico. A pneumonia pode ser dividida em pneumonia adquirida na comunidade (PAC), quando é adquirida fora de unidades de saúde, ou associada aos cuidados de saúde (PACS), quando ocorre em qualquer doente que tenha estado internado pelo menos durante 2 dias num hospital nos 90 dias precedentes, resida em instituição de cuidados prolongados ou tenha recebido qualquer tratamento médico endovenoso nos 30 dias precedentes. Estudos prévios revelaram que a PACS está por norma associada a maior gravidade, maior taxa de mortalidade, internamentos mais longos e microrganismos mais resistentes.

**Objectivos:** Avaliar doentes admitidos num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital distrital com o diagnóstico de choque séptico secundário a PAC e a PACS, verificando se o tipo de pneumonia tem relação com a mortalidade e com a gravidade do quadro clínico.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes admitidos no SMI com o diagnóstico de choque séptico por pneumonia, no período de 01/01/2017 a 31/03/2018. Foram criados 2 grupos: G1: Doentes com choque séptico por PAC; G2: Doentes com choque séptico por PACS. Foram analisadas variáveis demográficas, APACHE II, SAPS, SOFA, demora média, mortalidade, necessidade de técnica de subs-

tituição renal (TSR), necessidade ventilação mecânica invasiva (VMI) e dias de VMI.

**Resultados:** Foram incluídos 40 doentes. G1: n = 18 (45%); G2: n = 22 (55%). Idade média (anos): 64,39 ± 17,73 (G1) vs 79,00 ± 11,67 (G2), p < 0,05. APACHE II: 24,67 ± 8,42 (G1) vs 25,91 ± 8,84 (G2), p > 0,05. SAPS: 54,22 ± 16,30 (G1) vs 59,73 ± 21,18 (G2), p > 0,05. SOFA: 9,89 ± 3,04 (G1) vs 9,41 ± 3,75 (G2), p > 0,05. Demora média (dias): 15,61 ± 20,32 (G1) vs 10,00 ± 7,68 (G2), p > 0,05. Taxa de mortalidade: 4 (22,2%) (G1) vs 8 (36,4%) (G2), p > 0,05. Necessidade TSR: 8 (44,4%) (G1) vs 4 (18,18%) (G2), p > 0,05. Necessidade VMI: 12 (66,6%) (G1) vs 18 (81,8%) (G2), p > 0,05. Dias VMI: 10,61 ± 21,01 (G1) vs 4,5 ± 4,29 (G2), p > 0,05.

**Conclusões:** Apesar da reduzida dimensão da amostra poder influenciar os resultados, verificou-se que os doentes com choque séptico por PAC ou PACS não apresentaram diferenças significativas em termos estatísticos em relação às variáveis estudadas, com exceção da idade, tendo sido verificado que a PAC ocorre em indivíduos mais jovens. Na amostra estudada, verificamos que em doentes com choque séptico secundário a pneumonia, o *outcome* parece estar mais relacionado com o hospedeiro, do que com o tipo de pneumonia. Apesar de tal não se traduzir em resultados significativos em termos estatísticos, parece existir uma tendência para que doentes com PAC e choque séptico apresentem uma maior demora média e necessitem de um maior número de dias de VMI.

**Palavras chave:** Choque séptico. PAC. PACS. Técnica de substituição renal. Ventilação mecânica invasiva.

#### PC 088. APRESENTAÇÃO ENDOSCÓPICA DE MYCOBACTERIUM SIMIAE

F. Ferro<sup>1</sup>, P. Falcão<sup>1</sup>, D. Pires<sup>2</sup>, R. Luís<sup>3</sup>, F. Freitas<sup>1</sup>, P. Monteiro<sup>1</sup>, J. Rosal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte-Polo HSM. <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas; <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** Nas últimas décadas verificou-se um aumento da prevalência das micobactérias atípicas, quer pela emergência da infecção por VIH, quer pelo aparecimento de novos métodos de diagnóstico. O *Mycobacterium simiae*, descrito em 1965 em macacos *Rhesus*, é raramente patogénico nos humanos. Apresenta-se o caso de expressão endobrônquica singular num doente com micobacteriose disseminada por *M. simiae*.

**Caso clínico:** Homem de 30 anos, melanodérmico, natural da Guiné-Bissau, com diagnósticos prévios de tuberculose pulmonar em 2007 e VIH 1 em 2016, evacuado para Portugal em 2017 por quadro arastado de febre, perda ponderal e linfadenopatias generalizadas. Após investigação assumiu-se o diagnóstico de micobacteriose disseminada por *M. simiae* com envolvimento pulmonar, ganglionar, cutâneo e intestinal (*M. simiae* isolado nas fezes e secreções brônquicas). Foi medicado com claritromicina, cotrimoxazol e levofloxacina com melhoria paulatina. Dois meses depois, houve necessidade de interrupção de levofloxacina por quadro de crises convulsivas atribuídas a este antibiótico, adicionando-se etambutol e rifampicina à terapêutica. Verificou-se evolução desfavorável para quadro clínico com distensão e dor abdominal, diarreia, anorexia e perda ponderal. A tomografia toraco-abdomino-pélvica revelou evidência de peritonite, microabscessos hepáticos e múltiplas adenopatias. A presença de pequenos nódulos pulmonares em ambas as bases pulmonares, motivou a realização de videofibroscopia que revelou lesão tunelizada negra, no brônquio principal esquerdo. As secreções brônquicas revelaram presença de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), cujo estudo molecular foi negativo para *M. tuberculosis*. A biópsia da lesão brônquica revelou a presença de processo inflamatório crónico ativo, com pequenos abscessos, células histiocitárias com abundante pigmento antracótico e BAAR. Salien-

ta-se que do ponto de vista da infecção por VIH o doente apresentava LTCD4<sup>+</sup> 85 células/uL, carga viral 50 cópias/mL sob tenofovir/emticitabina e evavirenz. Por hipótese de terapêutica sub-ótima para micobacteriose disseminada por *M. simiae* e eventual má absorção intestinal, alterou-se a terapêutica para azitromicina, ampicilina, linezolide e cotrimoxazol endovenosos. Verificou-se resposta clínica favorável e o doente teve alta sob azitromicina, levofloxacina, cotrimoxazol e linezolide. A terapêutica foi posteriormente ajustada para moxifloxacina, claritromicina e rifampicina após conhecimento de teste de sensibilidade. Manteve o cotrimoxazol em dose profilática por baixa contagem de LTCD4<sup>+</sup>. Quatro meses após alta hospitalar realizou-se controlo endoscópico onde foi documentada resolução completa da lesão acima descrita.

**Discussão:** A infecção por *M. simiae* em humanos é rara e constituindo um importante desafio clínico e terapêutico. Não existem recomendações concretas quanto ao tratamento, mas a literatura sugere um esquema a incluir macrólido, quinolona e cotrimoxazol. No caso apresentado, o grau de imunossupressão, a necessidade de interrupção da quinolona e o atingimento abdominal com provável síndrome de má absorção foram os principais determinantes para a progressão da doença. Verificou-se inclusivamente ao nível endobrônquico com a presença de lesão caseosa. A instituição esquema terapêutico, inicialmente endovenoso, a incluir de novo quinolona demonstrou benefício clínico, com reflexo ao nível endobrônquico com resolução total da lesão, sem evolução com complicações como estenose ou fistulização.

**Palavras chave:** Mycobacterium simiae. Caseum.

#### PC 089. GRIPE: UMA DOENÇA DESVALORIZADA

E. Brysch, D. Organista, M. Pereira, C. Antunes, A. Almendra, F. Rodrigues, F. Froes, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** O vírus influenza infeta aproximadamente 10 a 15% da população adulta anualmente. A maioria dos quadros clínicos são ligeiros e autolimitados. Contudo, existem grupos de maior risco (idosos, crianças até aos 5 anos, grávidas, doentes crónicos e imunodeprimidos) que quando infetados têm maior probabilidade de desenvolver formas graves de doença e podem necessitar de hospitalização. **Objectivos:** Caracterização dos casos de gripe identificados numa unidade de isolamento respiratório no âmbito do plano de contingência da época gripal 2017-2018. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes internados no período entre janeiro a março de 2018, com confirmação laboratorial de infeção por vírus influenza. **Resultados:** Foram identificados 122 casos. A média de idades foi de 75,5 anos, 82,8% com mais de 65 anos e 67,2% (n = 82) eram do sexo feminino. A duração média de internamento foi de 9,5 dias. 96,7% dos doentes apresentavam doenças crónicas: 33,6% insuficiência cardíaca congestiva, 29,5% diabetes *mellitus*, 19% DPOC, 11,4% asma, 13,1% obesidade e 9,8% imunossupressão. Em 98% (n = 120) havia indicação para fazer a vacina anti-gripal sendo que apenas 33,3% (n = 40) destes doentes foram vacinados. O vírus influenza B foi identificado em 61,5% (n = 75), influenza A em 37,7% (n = 46), e um caso de influenza A e B. Relativamente ao influenza A, 23,9% (n = 11) eram do subtipo H1 e 58,7% (n = 27) do subtipo H3. Não foi efetuada a caracterização das linhagens de influenza B. A média de idades dos doentes com influenza B foi superior à dos doentes com influenza A (78,3 vs 72,15 anos). No influenza A verificou-se uma idade superior dos casos com subtipo H3 comparativamente ao H1 (80,2 vs 65,1 anos). Os principais motivos de internamento foram a exacerbação da doença crónica (53,2%; n = 65) e a pneumonia secundária à infeção gripal (35%; n = 43). Dos doentes com pneumonia verificou-se 26 casos com influenza B e 17 com influenza A (4 casos H1, 8 casos H3). Os dois doentes sem critérios de vacinação foram internados por pneumonia complicada de der-

rame e alterações iônicas graves. O agente bacteriano mais isolado foi o *Streptococcus pneumoniae* (n = 6) identificado por antigenúria. Todos os doentes foram medicados com oseltamivir e em 79,5% (n = 97) dos casos foi associada antibioterapia. Em 30,3% (n = 37) dos doentes houve necessidade de utilizar corticoterapia sistêmica devido à patologia de base. A letalidade intra-hospitalar foi de 3,8% (n = 4). Todos os casos tinham critérios de vacinação que não foi efetuada, isolando-se influenza B em 3 doentes e influenza A (H3) em um doente. As causas de morte foram: enfarte agudo do miocárdio (n = 2), pneumonia grave hipoxemiante (n = 1) e exacerbação de DPOC (n = 1).

**Conclusões:** Na época 2017-2018 o vírus influenza B foi responsável por aproximadamente dois terços dos internamentos. A exacerbação de doença crônica e a pneumonia foram os principais motivos de internamento. A quase totalidade dos doentes internados apresentava critérios de vacinação que só foi efetuada em um terço dos casos. Todos os doentes fizeram oseltamivir. A demora média de internamento hospitalar foi de 9,5 dias e a letalidade intra-hospitalar 3,8%. Todos os doentes falecidos tinham recomendação de vacinação que não foi realizada.

**Palavras chave:** Gripe. Virus influenza. Infecção respiratória.

#### PC 090. DOENÇA PNEUMOCÓCICA INVASIVA: CASUISTICA DE 4 ANOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

I. Silva<sup>1</sup>, S. Rodrigues<sup>1</sup>, V. Fonseca<sup>2</sup>, F. Louro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Cascais.

**Introdução:** A doença pneumocócica invasiva (DPI) é definida como uma infecção confirmada pelo isolamento do *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) em locais habitualmente estéreis, nomeadamente no sangue, no líquido céfalorraquidiano (LCR) e líquido ascítico. É uma causa importante de morbidade e mortalidade, constituindo globalmente a principal causa de morte prevenível pela vacinação. A incidência da DPI está aumentada em idade superior a 65 anos, na presença de comorbilidades, imunocomprometidos e associada a alcoolismo ou tabagismo.

**Objectivos:** Caracterizar todos os doentes com DPI admitidos num Serviço de Medicina Interna (SMI).

**Métodos:** Análise retrospectiva descritiva dos doentes internados num SMI com diagnóstico de DPI, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2017. Analisaram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, distribuição anual, presença de factores de risco para DPI, local de isolamento de *S. pneumoniae*, diagnóstico, estado vacinal, resistências antibióticas, complicações precoces e mortalidade.

**Resultados:** Foram incluídos 72 doentes (55,6% do sexo masculino), com idade média de 67,81 anos, sendo que a maioria (58,3%) tinha mais de 65 anos. Em 2015 foi observado o maior número de casos (41,6%). O diagnóstico mais frequente foi pneumonia com bacteriemia (50%). Em 91,7% dos casos o *S. pneumoniae* foi isolado em hemocultura, tendo-se verificado resistência a antibioterapia em 16,7%. A pesquisa de antigenúria a *S. pneumoniae* foi negativa na maioria (52,2%). Todos os doentes apresentaram pelo menos um factor de risco para DPI, mas apenas 1,4% estava vacinado. A maioria dos doentes com pneumonia (42,19%) pontuavam um CURB-65 de 4. Verificaram-se 18 óbitos e a complicação precoce mais comum foi insuficiência respiratória grave com necessidade de ventilação mecânica invasiva e internamento em Unidade de Cuidados Intensivos.

**Discussão:** Os resultados descritos demonstram uma população significativa de doentes com DPI, com pelo menos um factor de risco para DPI e com baixa incidência de resistência a antibioterapia. Evidencia-se risco aumentado de DIP na população idosa, constituindo um grupo alvo para a vacinação. É imperativo promover a vacinação, assim como a criação de estratégias de intervenção, nomeadamente *bundles*, para prevenção de DIP.

**Palavras chave:** Vacina antipneumocócica. Doença pneumocócica invasiva. Pneumonia pneumocócica.

#### PC 091. AVALIAÇÃO DA RESPOSTA CD8+ NO TESTE QUANTIFERON-TB GOLD PLUS COMO MARCADOR DE INFECÇÃO RECENTE

F.V. Machado<sup>1</sup>, C. Morais<sup>2</sup>, S. Santos<sup>2</sup>, R. Reis<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João. <sup>2</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Porto.

O diagnóstico e tratamento da infecção latente (ILT) por Tuberculose (TB) são passos essenciais na eliminação da epidemia da TB. O QuantiFERON-TB Gold Plus (QTF-Plus) é um novo teste de deteção de Interferon- $\gamma$  que inclui um novo tubo (TB2) que desperta uma resposta nas células T CD4+ e CD8+. O objetivo deste estudo foi avaliar a resposta das células T CD8+ como um potencial marcador de infecção recente por TB. Foram estudados retrospectivamente 1165 doentes que foram rastreados para ILTB no Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto. Os doentes foram divididos de acordo com a existência de história de exposição recente a TB. A resposta das células T CD8+ foi medida como a diferença entre os dois tubos do QTF-Plus (TB2-TB1) e dois cut-offs (> 0,35 IU/mL e > 0,60 IU/mL) foram analisados em relação à exposição recente a TB. A atividade de células T CD8+ foi significativamente maior no grupo com exposição recente a TB, para ambos os cut-offs testados, OR 1,81 (IC95% 1,21-2,73) para > 0,35 IU/mL e OR 1,80 (IC95% 1,14-2,84) para > 0,60 IU/mL. Em doentes com exposição recente, a atividade das células T CD8+ demonstrou também uma associação significativa com a positividade da baciloscopia do caso índice e com um maior tempo de exposição ao caso índice, indicando uma maior taxa de ILTB recente em doentes com exposição mais prolongada a TB. A atividade das células T CD8+, medida como a diferença TB2-TB1 demonstrou uma associação significativa com o contacto recente com TB, em especial em doentes com indicadores de maior exposição, e pode ser uma ferramenta importante na identificação de doentes com ILTB recente, que terão maior benefício em fazer tratamento preventivo da mesma.

**Palavras chave:** Tuberculose. IGRA. Infecção latente por tuberculose.

#### PC 092. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: FACTORES DE RISCO, FORMAS DE DOENÇA E TEMPO DE DIAGNÓSTICO E DE TRATAMENTO

C.C. Sousa, C. Simão, S. Gonçalves, M. Villar

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova.

**Introdução:** A tuberculose extrapulmonar (TEP) raramente é abordada por constituírem formas não transmissíveis de doença. No entanto, contribui significativamente para a morbidade da tuberculose (TB), provocando complicações e sequelas a longo prazo.

**Objectivos:** Identificar formas mais frequentes de TEP e verificar tempos até: à primeira consulta, ao diagnóstico e ao início de tratamento. O objetivo secundário foi identificar a presença de factores de risco na população estudada.

**Métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal, de doentes com TEP reportados ao CDPVN, de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. Avaliou-se dados demográficos, co-morbilidades, formas de doença, e tempo desde o início dos sintomas até à primeira consulta, ao diagnóstico e ao tratamento.

**Resultados:** De um total de 197 doentes com TEP (idade média: 46,6 anos; predomínio do sexo masculino: 55,3%), 46,7% eram imigrantes, predominantemente de países africanos (92,4%) e 34,8% com entrada

em Portugal menos de 6 meses antes do diagnóstico. A nível de comorbilidades, 32,5% encontrava-se imunodeprimido (46,9% pelo vírus HIV), 4,6% tinham hábitos etanólicos e 3,0% consumos toxifílicos. A forma mais comum de TEP foi ganglionar (33%) seguida da pleural (19,3%), vertebral (10,7%), ocular (8,1%), disseminada (7,6%), genito-urinária (5,6%), peritoneal/gastrointestinal (4,6%), osteoarticular (3,0%), cutânea (2,5%), meníngea (2,5%), pericárdica (2%) e do ouvido (1%). O diagnóstico foi confirmado em 81,7% dos casos. O tempo desde o início dos sintomas até a 1ª consulta foi em média 37 dias; desde o início dos sintomas até ao diagnóstico foi em média de 66 dias (min: 2; máx: 480 dias), sendo superior na tuberculose cutânea (média: 226 dias), pericárdica (média: 88 dias) e vertebral (média: 86 dias). O tempo desde o início dos sintomas até ao início do tratamento foi em média de 79 dias. A terapêutica foi completada com sucesso em 85,3% dos doentes e a taxa de mortalidade foi de 2%.

**Conclusões:** A identificação de grupos de risco e uma elevada suspeição clínica permitem um diagnóstico mais rápido de TEP, possibilitando o início precoce da terapêutica, prevenindo complicações e sequelas a longo prazo.

**Palavras chave:** Tuberculose extrapulmonar. Factores de risco. Tempo até o diagnóstico.

### PC 093. TUBERCULOSE GENITO-URINÁRIA - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 6 ANOS

F. Ferro<sup>1</sup>, M. Afonso<sup>2</sup>, J. Carvalho<sup>3</sup>, P. Falcão<sup>1</sup>, A. Cysneiros<sup>1</sup>, T. Mourato<sup>4</sup>, A.C. Gomes<sup>4</sup>, C. Gomes<sup>4</sup>, A.T. Castro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro-Vila Real. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. <sup>4</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches, Lisboa.

**Introdução:** Em Portugal nos últimos 10 anos a incidência da tuberculose diminuiu. A tuberculose genito-urinária (TB GU) é uma entidade rara em países desenvolvidos.

**Objectivos:** Avaliar e caracterizar os pacientes com TB GU na região de Lisboa.

**Métodos:** Análise retrospectiva (2012-2017) de formulários de registos nacionais de TB e registos clínicos dos doentes tratados no Centro de TB de Lisboa por TB GU.

**Resultados:** De um total de 574 pacientes com TB extrapulmonar, 37 (6,4%) apresentavam TB GU, sendo esta a terceira forma mais frequente de infecção. A média de idade dos doentes foi de 59 ± 15 anos, com preponderância masculina de 2,1: 1. 48,6% dos doentes eram ex-fumadores ou fumadores ativos, 24,3% tinham história prévia de TB e 18,1% eram HIV positivos. O diagnóstico foi estabelecido em 5 ± 5 meses após o início dos sintomas. 62,1% dos doentes apresentavam sintomas sistémicos e 27% referia apenas sintomas locais. A tuberculose renal e testicular foram as formas mais frequentes de doença, totalizando quase metade dos casos. O diagnóstico de TB foi confirmado em 91,9% dos casos, principalmente por análise cultural de micobactérias de amostras de urina. Note-se ainda que 10,8% dos agentes isolados apresentavam resistência mono ou polifarmacológica, existindo um doente com TB-MDR. Em 40,5% dos casos foram efectuadas intervenções cirúrgicas urológicas/ginecológicas para fins de diagnóstico ou tratamento. O tempo médio de tratamento foi de 8,1 ± 4 meses, durante o qual dois pacientes faleceram.

**Conclusões:** O diagnóstico de TB GU exige elevado grau de suspeição pela escassez de casos e apresentação inicial inespecífica. Os sintomas urinários baixos persistentes devem alertar para esta possibilidade diagnóstica. Trata-se de uma forma de tuberculose por vezes associada a um prolongamento de tratamento e à necessidade de procedimentos invasivos.

**Palavras chave:** Tuberculose. Genito-urinária.

### PC 094. PRINCIPAIS BARREIRAS NA CESSAÇÃO TABÁGICA NA DPOC - ESTUDO QUALITATIVO

C. Forte, A. Alfaiate, M. Silva, S. Sousa, P. Duarte

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade a nível mundial com profundo impacto económico e social. A cessação tabágica é a estratégia mais eficaz para reduzir o risco de desenvolver DPOC e retardar a progressão da doença, impedindo uma maior deterioração da função pulmonar. O objetivo do estudo consistiu em descrever as principais barreiras na cessação tabágica em doentes com diagnóstico de DPOC.

**Métodos:** Estudo qualitativo da análise de dados obtidos através de entrevista semiestruturada de uma amostra aleatória de doentes seguidos em consulta de Pneumologia Geral. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 45 anos, fumadores ativos, com história clínica de DPOC confirmada por estudo funcional respiratório e capacidade cognitiva para responder ao questionário.

**Conclusões:** Foram incluídos 30 doentes (19 do género masculino) com uma média de idades de 59,3 anos (mínimo 45, máximo 83 anos). Verificou-se que a maioria dos doentes começou a fumar entre os 14 e os 20 anos de idade. A carga tabágica média foi de 43,2 unidades maço ano. Vinte e quatro doentes (80%) revelaram ter recebido informação sobre a relação tabaco/doença na altura do diagnóstico de DPOC. Doze doentes (40%), tentaram parar de fumar antes do diagnóstico, sete sem ajuda e sem medicação, três com terapêutica de substituição de nicotina (TSN), dois com vareniclina e quinze doentes (50%) tentaram parar de fumar depois do diagnóstico (oito sem ajuda e sem medicação, quatro com vareniclina, um com TSN e um com auriculoterapia). Oito doentes (26,7%) tinham tentativas prévias de cessação tabágica antes e depois do diagnóstico. Do total de doentes que tentaram parar de fumar, seis recorreram a ajuda especializada. Verificou-se que a principal razão para não terem conseguido deixar de fumar foi a ansiedade. Os principais motivos para manter os hábitos tabágicos foram o prazer de fumar, a necessidade de combater o stress e pelo vício. À questão "O que o ajudaria a parar de fumar", doze doentes afirmaram precisar de motivação, sete de medicação e onze responderam não saber. Dez doentes gostariam de ter consulta especializada para auxiliar e orientar a cessação tabágica, sete ajuda económica para comprar medicação, 5 responderam não precisar de ajuda.

**Conclusões:** Para o sucesso da cessação tabágica é fundamental compreender as dificuldades e as principais barreiras nos doentes com DPOC, de forma a orientá-los e encaminhá-los para programas de cessação tabágica mais adequados. Assim são necessários mais estudos qualitativos para a caracterização desta população.

**Palavras chave:** Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Cessação tabágica. Barreiras.

### PC 095. PERFIL DOS DOENTES MOTIVADOS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 6 ANOS DE UM PROGRAMA INTENSIVO DE CESSAÇÃO

A.C. Vieira, J. Ferra, J. Carvalho, I. Oliveira, A.F. Santos, R. Campanhã, C. Matos, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Introdução:** Existem inúmeras estratégias validadas para reduzir a população de fumadores. É importante identificar que factores relacionados com o doente podem contribuir para a sua motivação para deixar de fumar.

**Objectivos:** Identificar as características dos doentes motivados para a cessação tabágica e se os níveis motivacionais estão relacionados com o sucesso de um programa de cessação tabágica num hospital central.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com análise de processos de doentes que frequentaram um programa de cessação tabágica de um hospital central entre 2012 e 2017. Os processos foram analisados para recolha de dados relativos a características demográficas, nível educacional, idade de início do consumo ( $\geq 18$  anos ou  $< 18$  anos), idade de referência à consulta de cessação tabágica ( $\geq 40$  anos ou  $< 40$  anos), dependência de nicotina (teste de Fagerstrom), perturbações de humor (escala hospitalar de ansiedade e depressão - HADS), frequência de consultas ( $> 1$  ou  $\leq 1$ ), sucesso na cessação tabágica, presença de doenças respiratórias ou cardiovasculares e tentativas anteriores para deixar de fumar. A amostra foi dividida em dois grupos: doentes motivados (com uma pontuação máxima no teste de Richmond) e não motivados para a cessação tabágica. Para a análise estatística foi utilizado SPSS statistics IBM v.25 e Microsoft Excel 2013.

**Resultados:** A amostra era constituída por 724 doentes com idade média de 51,5 anos, 51,8% homens ( $n = 375$ ). Os doentes mais motivados para deixar de fumar - cerca de 7% ( $n = 53$ ), apresentavam maiores níveis de escolaridade (40% dos doentes motivados com ensino superior vs 23% dos doentes não motivados,  $p < 0,01$ ); uma maior frequência de consultas (70% dos doentes motivados frequentaram mais do que 1 consulta vs 55% dos doentes não motivados -  $p < 0,05$ ); tentativas anteriores para deixar de fumar (94% doentes

motivados com tentativas anteriores de cessação vs 75% dos doentes não motivados -  $p < 0,01$ ) e um maior sucesso na cessação tabágica (38% dos doentes motivados deixaram de fumar vs 17% dos doentes não motivados -  $p < 0,01$ ). Nesta população variáveis como a idade de início do consumo, a idade de referência à consulta, a dependência de nicotina, os níveis de ansiedade e depressão e a existência de doenças respiratórias ou cardiovasculares não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, não parecendo influenciar a motivação para deixar de fumar.

**Conclusões:** Neste estudo retrospectivo confirmámos que os doentes com maiores níveis motivacionais referenciados ao programa de cessação tabágica avaliado têm um maior sucesso na cessação. No entanto, a grande maioria dos doentes seguidos não estava motivada para a cessação quando foi orientada para o programa, o que sugere que é necessário investir na formação dos profissionais de saúde para aumentar a consciencialização sobre a importância da referência ser realizada numa altura adequada. Por outro lado, os doentes menos motivados poderão beneficiar de uma abordagem multidisciplinar e mais intensiva a fim de serem bem-sucedidos na cessação tabágica.

**Palavras chave:** Tabaco. Motivação. Cessação.