



POSTERS

XXVIII Congresso de Pneumologia

Tróia, 9-11 de Novembro de 2012

ESTADIAMENTO T1 E T2 DO CANCRO DO PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS. AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO DA TAC VERSUS RESULTADO DA PEÇA OPERATÓRIA

C. Callé¹, J. Ip³, S. Esteves⁵, N. Abecasis⁴, F. Cunha³, I. Duarte³, M.T. Almodovar²

¹Serviço Anatomia Patológica; ²Serviço Pneumologia; ³Serviço Radiologia; ⁴Departamento Cirurgia; ⁵Unidade Investigação Clínica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

Introdução: O tratamento do carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC) depende do estadiamento, que se baseia na dimensão do tumor, no envolvimento ganglionar regional e na presença de metástases. A 7.^a ed. TNM do *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* classifica os CPNPC em T1A, T1B, T2A e T2B, respectivamente com ≤ 2 cm, 2-3 cm, 3-5 cm e ≥ 5 cm de maior eixo. Os doentes são classificados com base no diâmetro máximo da TAC, a diferença entre dimensões, tem importante impacto no prognóstico.

Objectivo: Comparar dimensão pré-operatória do tumor em TAC com a dimensão reportada na peça, obtida pelo relatório anátomo-patológico.

Materiais e métodos: 88 doentes submetidos a cirurgia na nossa instituição de Janeiro 2008 a Dezembro 2011, com estadio T1 ou T2 de acordo com TAC. As imagens foram revistas por dois observadores independentes. Obteve-se o maior diâmetro do tumor no plano axial através da régua do PACS (*picture archiving computed system*) e confrontou-se com o maior diâmetro no relatório anátomo-patológico. Utilizou-se o T-Test emparelhado, para determinar a diferença média entre medição TAC e do relatório anatomopatológico. A concordância entre as duas medições foi feita através Bland-Altman e Métodos de Cohen-Kappa.

Resultados: Dos 88 doentes: 46 com adenocarcinoma, 31 carcinoma pavimento celular e 11 com outros CPNPC. A medição média de TC foi 30,27 mm e da Patologia foi 30,63 mm. A diferença média entre TAC e a anatomia patológica foi 0,35 mm (95% com IC -2,15-1,45, $p < 0,001$). O limite inferior e superior de 95% foram -17,33 mm e 16,62 mm. O estadiamento baseado em TAC foi: T1A = 21, T1B = 34, T2A = 20, T2B = 13 e na patologia foi: T1A = 30, T1B = 22, T2A = 27, T2B = 9. O acordo entre estadiamentos foi observado em

T1A = 17/30 (57%), T1B = 16/22 (73%), T2A = 14/27 (52%) e T2B = 8/9 (88%), com uma concordância moderada (Cohen-Kappa = 0,491). **Conclusão:** Verificou-se uma concordância moderada da dimensão entre TAC e a anatomia patológica. O estadiamento T na TAC e na anatomia patológica têm também uma concordância moderada. Estes resultados têm implicações no estadiamento clínico.

Palavras-chave: Cancro. Estadiamento e radiologia.

APRESENTAÇÃO RARA DE UM LINFOMA B PULMONAR

L. Bento, L. Santos, H. Liberato, R. Melo, E. Pires, S. Santos, C. Pardal, F. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Os Linfomas B de Grandes Células representam cerca de 25-30 % do total de Linfomas Não- Hodgkin. São um grupo heterogéneo de doenças com manifestações distintas, sendo raras a sua apresentação pulmonar na variante anaplásica. Os autores descrevem um caso de um homem caucasiano de 58 anos, fumador de 40 UMA, internado por tosse crónica e sintomas gerais com 5 meses de evolução. Ao exame objectivo: submacicez e murmúrio vesicular diminuído no terço inferior do hemitórax esquerdo. Analiticamente: anemia, elevação de parâmetros de fase aguda positivos e CA 125. A radiografia torácica mostrou hipotransparência do terço inferior do campo pulmonar esquerdo. Em TC torácica evidenciou-se atelectasia do lobo inferior esquerdo (compressão extrínseca por adenomegalias), derrame pleural e estreitamento do brônquio principal ipsilateral (BPE). Fez toracocentese diagnóstica compatível com exsudado. Realizou broncofibroscopia que mostrou infiltração do terço distal da traqueia e do BPE, estreitamento dos orifícios de entrada dos brônquios lobares com indicação para terapêutica endoscópica (fotocoagulação laser, dilatação mecânica, colocação de prótese). Durante o internamento, foi diagnosticada úlcera esofágica e colocada prótese coberta. As biópsias brônquicas e esofágicas permitiram diagnosticar um Linfoma Não- Hodgkin B de Grandes Células pulmonar, variante anaplásica. Realizou R CHOP com boa resposta.

Palavras-chave: Linfoma B grandes células pulmonar. Variante anaplásica.

RARA FORMA DE APRESENTAÇÃO DE UM CANCRO DE PULMÃO OU COINCIDÊNCIA FELIZ? – CASO CLÍNICO

M. Vaz, V. Hespanhol, N. Teixeira, H. Dabó

Serviço de Pneumologia, Hospital S. João, EPE, Porto.

Os autores descrevem uma rara forma de neoplasia pulmonar. Num homem de 62 anos, vigilante, fumador (20 UMA), sem outros antecedentes relevantes recorreu ao SU do Hospital S. João, em Agosto de 2011. Nessa altura foi-lhe diagnosticado Pneumotórax espontâneo total a direita e insuficiência respiratória tipo I. Foi submetido a drenagem torácica com expansão pulmonar imediata tendo-se verificado exteriorização espontânea, do dreno torácico, ao segundo dia do internamento. A radiografia torácica de controlo mostrou, além da expansão pulmonar, hipotransparência terço médio e inferior homolateral que associada a critérios clínicos, que entretanto sobrevieram, foi compatível com Pneumonia. Recorre novamente passados dois meses com um quadro clínico de agravamento dispneia progressiva e tosse com início quatro dias antes. Na radiografia torácica visualizava-se pneumotórax total a direita. Foi colocado dreno torácico que foi retirado após cinco dias em face de se ter obtido expansão pulmonar. Nesse internamento realizou uma Tomografia Axial Computadorizada (TAC) Torácica que mostrou “no lobo superior direito (LSD) em localização subpleural, uma densificação pseudonodular com 16 × 13 mm”. Realizou biopsia transtorácica guiada por TAC para investigação lesão identificada no LSD, cujo resultado histológico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma do Pulmão. O estadiamento clínico foi compatível com tratamento cirúrgico. Realizou lobectomia superior direita e quimioterapia adjuvante e encontrando-se actualmente encontra-se assintomático e em vigilância. Pneumotórax espontâneo associado a neoplasia do pulmão é raramente observado na prática clínica. A hipótese da necrose tumoral, ou outro mecanismo desconhecido poder estar associado à ocorrência de pneumotórax pode ser plausível, nomeadamente quando existe enfisema pulmonar concomitante.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Neoplasia pulmonar. Adenocarcinoma.*

CARCINOMA DO TIPO LINFOEPITELIOMA (LELC) PRIMÁRIO DO PULMÃO- 2 CASOS CLÍNICOS EM DOENTES CAUCASIANOS

M. Vaz¹, G. Fernandes¹, C. Souto Moura², A. Magalhães¹

¹Pulmonology Department; ²Pathology Department, University Hospital São João, EPE, Porto.

O carcinoma do tipo linfopitelioma (LELC) primário do pulmão é um tumor raro e mais frequente em indivíduos asiáticos. Existem poucos casos descritos na literatura médica, em doentes caucasianos. Os autores descrevem dois casos de LELC primário do pulmão. O primeiro caso refere-se a uma mulher caucasiana de 65 anos em que foi visualizada uma massa numa teleradiografia torácica de rotina no estudo de um quadro de queixas abdominais. O segundo caso refere-se a uma mulher também de raça caucasiana de 51 anos de idade em que foi detectado uma massa no lobo inferior direito no decurso de exames de vigilância após tiroidectomia total. Ambas foram submetidas a cirurgia da lesão, tendo o resultado histológico revelado nos dois casos LECC sem detecção do vírus Epstein Barr. Em ambos os casos foi excluído tratar-se de LELC metastático. Estes dois casos estão em consonância com a literatura médica relativamente a doentes caucasianos e comparativamente do com NSCLC parecem ter melhor prognóstico.

Palavras-chave: *Carcinoma do tipo linfopitelioma (LELC) primário do pulmão. Vírus Epstein Barr. Doentes caucasianos.*

OS ADENOCARCINOMAS BRONCO-PULMONARES TÊM UMA BAIXA INCIDÊNCIA DE EXPRESSÃO DO ALK E O FISH PODE SER O MÉTODO APLICADO MAIS ECONÓMICO PARA A SUA DETECÇÃO

L. Carvalho^{1,2,3,4}, A. Alarcão^{1,2,3}, A.F. Ladeirinha¹, M.R. Silva^{1,2,3}, M.J. d’Aguiar¹, T. Ferreira¹, V. Sousa^{1,2,3,4}

¹Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. ²CIMAGO, Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Coimbra. ³Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. ⁴Serviço de Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

A prescrição do Crizotinib necessita de resposta rápida da Anatomia Patológica e pelo menor custo do método de detecção e validação do gene de fusão EML4-ALK. A classificação WHO 2004 dos Carcinomas do Pulmão e o painel imunohistoquímico: CK7, TTF1, CK5.6, CD56/ Cromogranina e Vimentina assim como o ALK (clone 5A4, Novocastra Laboratories Ltd, Newcastle, United Kingdom) foram aplicados a cortes de parafina de 35 carcinomas bronco-pulmonares: 20 adenocarcinomas, 6 carcinomas epidermóides, 4 carcinomas pleomórficos (adenocarcinomas mistos com células grandes/gigantes/fusiformes) 4 carcinomas neuroendócrinos (NEC) (1 LCNEC combinado com adenocarcinoma e 2 combinados com carcinoma epidermóide; 1 SCLC cromogranina positivo combinado com adenocarcinoma) e 1 carcinoma adenoescamoso. Os sub-tipos dos carcinomas bronco-pulmonares foram caracterizados e três casos correspondentes a mulheres com mais de 60 anos de idade não fumadoras, de adenocarcinomas de tipo misto mostraram expressão de ALK em mais de 50% das células, nos padrões: acinar, sólido, micropapilar e microacinar e também um padrão glandular mucinoso (padrão BA Mucinoso) e um padrão BA, sendo que todos expressaram TTF1. Como apenas 3 dos 20 Adenocarcinomas, de mulheres mais velhas, tiveram expressão da proteína ALK e somente um com padrão mucinoso, podemos prever um número muito baixo de Adenocarcinomas portadores do gene de fusão do ALK. Desta forma, a FISH como referida por S. Lantuejoul, com ALK positivo será o método mais apropriado e económico para a sua detecção, economizando o gasto da imunohistoquímica. A partir desta abordagem será necessário decidir se as mutações dos genes KRAS e EGFR devem de ser determinadas em conjunto e/ou seleccionar adenocarcinomas TTF1 positivos (a partir da unidade respiratória terminal), que aparentemente têm mais expressão da proteína ALK.

Palavras-chave: *Carcinomas bronco-pulmonares. ALK. FISH.*

OS CARCINOMAS BRONCO-PULMONARES PODEM SER SUB-CLASSIFICADOS POR PET

V. Sousa^{1,2,3,4}, J.A. de Castro e Dias¹, A.F. Ladeirinha¹, M.R. Silva^{1,2,3}, M.J. d’Aguiar¹, T. Ferreira¹, A. Alarcão^{1,2,3}, L. Carvalho^{1,2,3,4}

¹Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. ²CIMAGO, Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Coimbra. ³Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. ⁴Serviço de Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

A sobrevivência dos doentes com Carcinomas Bronco-Pulmonares permanece baixa, entre 6 e 14% nos homens e 7 e 18% nas mulheres. Em 70% dos casos, a orientação terapêutica é efectuada pelo diagnóstico nas biopsias e é influenciada pelo estadiamento clínico e classificação morfológica. Outros métodos complementares

podem prever o diagnóstico como tentamos explorar através da PET. Este estudo englobou 41 peças cirúrgicas: adenocarcinomas (18), carcinomas epidermóides (12) e um grupo heterogéneo de carcinomas neuroendócrinos de células grandes (3), carcinoma do pulmão de pequenas células (1), carcinoma de células grandes (2), carcinoma adenoescamoso (2) e carcinoma pleomórfico (3), para comparar com o max 18F-fluordesoxiglicose (FDG), um parâmetro clínico baseado na PET e com a expressão imunohistoquímica para prever o diagnóstico e prever o prognóstico. Observaram-se diferenças significativas ($p = 0,006$) entre Adenocarcinomas: a captação de 18F-FDG foi mais baixa nos casos TTF1 positivos, indicando uma actividade metabólica mais baixa, enquanto que os adenocarcinomas TTF1 negativos, apresentaram actividade metabólica semelhante e superior como os carcinomas epidermóides; os outros tipos histológicos mostraram captação FDG semelhante e com valores entre os dois grupos acima definidos. A análise PET 18-FDG pode ser um parâmetro clínico para estabelecer as diferenças entre adenocarcinomas e carcinomas epidermóides, onde os adenocarcinomas TTF1 negativos são biologicamente semelhantes ao carcinoma epidermóide, exigindo uma abordagem médica diferente, bem como uma interpretação da patologia molecular particular. Estes resultados forçam o reconhecimento dos adenocarcinomas brônquicos TTF1 negativos porque são diferentes da dos adenocarcinomas TTF1 positivos desenvolvidos na unidade respiratória terminal.

Palavras-chave: Carcinomas bronco-pulmonares. Diagnóstico. PET.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO – CASO CLÍNICO: O TUMOR QUE APARECE QUANDO SE ESQUECE...

C. Lares dos Santos, L. Fernandes, C. Ferreira, A. Figueiredo, F. Barata

Serviço de Pneumologia (Dir: Dr. Fernando Barata), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Introdução: O mesotelioma pleural maligno (MPM) é um tumor agressivo e universalmente fatal que cursa com derrame pleural (DP). Devido ao longo tempo de latência e a não ser frequente causa de DP, pode ser esquecido na investigação etiológica, conduzindo a procedimentos inadequados e ao atraso diagnóstico.

Objetivo: Ilustrar, com base num caso clínico, a relevância de considerar o MPM como causa de DP. Mostrar um caso submetido a terapêutica multimodal, com sobrevivência actual de 20 meses.

Caso clínico: Doente com 51 anos de idade, não fumadora, cozinheira, com antecedentes de histerectomia por neoplasia do colo uterino e de gastrite crónica associada a *H. pylori*. Recurso ao serviço de urgência em Jan/2011 por toracalgia pleurítica direita há 4 dias, dispneia para pequenos esforços, tosse com expectoração amarela, cefaleia, rinorreia, congestão nasal e febre. Hemograma e bioquímica sem alterações. Radiografia do tórax revelando imagem compatível com DP direito, que foi puncionado: pH 7,4; exsudato. Internada, foram prescritas antibioterapia e medidas de suporte. Realizadas biópsias pleurais às cegas, complicadas de pneumotórax, com necessidade de colocação de dreno torácico. Entretanto surge o resultado da citologia do líquido pleural (LP) da 1.ª toracocentese, evidenciando adenocarcinoma, sem possibilidade de identificação da origem por imunohistoquímica. Perante a expansão pulmonar e ausência de drenagem, procedeu-se à *pleurodesis* com papa de talco. No dia seguinte inicia febre, tosse, expectoração mucopurulenta. Foi iniciado novo esquema de antibioterapia. Realizada TC tórax: formações ganglionares mediastínicas. DP loculado à direita, espessamento pleural, discreto pneumotórax e condensação pulmonar provavelmente por compressão. Submetida à realização de VATS, com intuito diagnóstico e terapêutico. As

biópsias obtidas mostraram mesotelioma pleural. Realizados exames: PET - captação na pleura direita, sem outras alterações; TC craniana - sem lesões secundárias; estadiamento fisiológico compatível com proposta de pneumectomia extrapleural, à qual foi submetida. Anatomia patológica: mesotelioma epitelioide; sem invasão das linhas de ressecção; sem metastização ganglionar. Submetida a RT adjuvante. Após 2 meses foi reavaliada com PET: ausência de recidiva local mas com vários nódulos hepáticos e foco na clavícula. Iniciada QT com carboplatino e pemetrexed A TAC após 4 ciclos mostrou resposta parcial embora com toxicidade renal, pelo que se decide realizar 2 ciclos adicionais com pemetrexed. Com um exaustivo interrogatório apurou-se que a doente tinha trabalhado há décadas atrás em contentores isolados com amianto. A doente conta com uma sobrevivência actual de 20 meses.

Conclusão: Os métodos usados em 1.ª linha para investigação etiológica do DP exsudativo são habitualmente insuficientes para o diagnóstico de MPM podendo, no contexto propício, induzir o clínico em erro. A citologia do LP é particularmente problemática. Atendendo à sua história natural e epidemiologia, o MPM deve ser sempre considerado como causa possível de DP. A toracoscopia médica deve constituir um método privilegiado de investigação nos casos duvidosos. Em doentes seleccionados a terapêutica multimodal pode associar-se a boas sobrevivências sem morbilidade significativa.

Palavras-chave: Mesotelioma pleural maligno. Diagnóstico.

LINFOMA DE HODGKIN ESCLEROSE NODULAR – UM DESAFIO!

J.S. Abreu¹, A.S. Barroso¹, C.C. Costa¹, N.F. Pires², H. Marques³, C. Oliveira¹

¹Medicina Interna; ²Pneumologia, Hospital Santa Maria Maior, Barcelos. ³Oncologia, Hospital de Braga, Braga.

O Linfoma de Hodgkin (LH) clássico é um grupo heterogéneo de tumores caracterizados por escassas células neoplásicas diagnósticas (Reed-Sternberg) num fundo inflamatório. No caso do LH Esclerose Nodular (LHEN) podem ainda existir áreas de necrose, o que, associado à raridade das células de Reed-Sternberg (RS), pode dificultar o diagnóstico. O LHEN corresponde a 70% dos LH clássicos. A maioria dos pacientes com LH clássico apresenta adenopatias palpáveis indolores, geralmente envolvendo a região cervical. Os autores apresentam um caso de um doente, sexo masculino, de 32 anos, admitido por tosse com expectoração purulenta e toracalgia anterior esquerda do tipo pleurítico com 1 semana de evolução. Negava febre, perda ponderal ou sudorese noturna. Ao exame objetivo encontrava-se febril e sem adenopatias palpáveis. Analiticamente destacava-se leucocitose e elevação da proteína C reativa. Radiografia torácica mostrava opacidade no 1/3 superior do hemitórax esquerdo. TAC torácica revelou lesão volumosa de 9 cm ocupando quase todo o lobo superior esquerdo, nódulo de 2,5 cm no lobo inferior esquerdo e, ainda, dois nódulos nos lobos superior e médio direitos e múltiplas adenopatias mediastínicas. Foram realizadas broncofibroscopias flexível e rígida com biópsias sem resultados conclusivos. Foi submetido a biópsia aspirativa transtorácica e endoscopia brônquica com biópsia aspirativa transbrônquica (EBUS) que foram inconclusivas. O paciente foi, então, submetido a biópsia pulmonar cirúrgica, que permitiu obter o diagnóstico de LHEN com envolvimento pulmonar. Na PET havia atividade hipermetabólica ganglionar supra-diafragmática, pulmonar direita e pleuropulmonar esquerda. A biópsia medular sem envolvimento pela doença. Concluiu-se por um estadio clínico IV A (Sistema de Estadiamento de Ann Arbor - Modificação de Costwold) e um Score Prognóstico Internacional (IPS) de risco 3 (intermédio). Iniciou quimioterapia combinada

com Doxorubicina, Bleomicina, Vinblastina e Dacarbazina (ABVD). Verificou-se uma evolução favorável com a PET precoce, após 2 ciclos de quimioterapia, com regressão parcial das lesões. As biópsias obtidas por broncoscopia foram inconclusivas, atendendo à escassez de células RS e ao facto da aspiração com agulha fina isolada apenas permitir avaliações citológicas, não providenciando tecido suficiente ou informação sobre a composição estrutural. O paciente foi submetido a biópsias mais abrangentes (core needle biopsies), geralmente preferidas nestes casos, mas igualmente sem resultados conclusivos. Este caso enfatiza a necessidade de uma biópsia excisional, a fim de se obter material histológico suficiente para um diagnóstico correto. A apresentação atípica e os subsequentes procedimentos sem resultados conclusivos tornaram este diagnóstico desafiante, culminando com a necessidade de biópsia pulmonar cirúrgica.

Palavras-chave: Linfoma de Hodgkin. Biópsia cirúrgica. Estadiamento.

METASTIZAÇÃO ENDOBRÔNQUICA – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

E. Silva, M. Sousa, J. Vale, V. Melo, B. Rodrigues, A. Reis

Serviço de Pneumologia (Director de Serviço: A. Simões Torres), CHTV.

Introdução: A metastização endobrônquica por tumores extratorácicos é pouco frequente e geralmente observada em contexto de doença extensamente disseminada. As neoplasias primárias mais comumente associadas a este fenómeno são as neoplasias da mama, colo-rectal e rim.

Objectivos: descrição de dois casos clínicos de neoplasia colo-rectal com metastização endobrônquica.

Resultados: *Caso 1.* Homem de 56 anos com antecedentes de neoplasia do recto diagnosticada há 6 anos tendo sido submetido a quimioradioterapia neoadjuvante seguida de amputação abdominoperineal do recto e quimioterapia (QT) pós operatória. Três anos após o diagnóstico realizou ressecção de metástase pulmonar direita, seguida de QT. Seis anos após o diagnóstico inicial é admitido por hemoptises; o estudo complementar revelou conglomerado adenopático mediastínico e lesão endobrônquica no brônquio principal direito, cujas biópsias mostraram tratar-se de metástase de adenocarcinoma do cólon. Realizou terapêutica endobrônquica com laser e excisão mecânica da lesão e foi posteriormente orientado para QT. Actualmente, 10 meses após diagnóstico de metástase endobrônquica, mantém-se sob QT e encontra-se assintomático do ponto de vista respiratório. *Caso 2.* Homem de 76 anos com antecedentes de neoplasias da próstata e do cólon diagnosticadas há 4 e 3 anos respectivamente. Submetido a colectomia total há 3 anos, tendo sido identificados, 7 meses após a cirurgia, nódulos pulmonares hipercaptantes suspeitos de metastização; dada a disfunção cardíaca não foi submetido a terapêutica adjuvante. Três anos após diagnóstico inicial é admitido por derrame pleural para estudo, no seguimento do qual foi identificada lesão endobrônquica no brônquio lobar inferior esquerdo. As biópsias iniciais da lesão foram inconclusivas (necrose), sendo o doente orientado para broncoscopia rígida que permitiu o diagnóstico de metástase de adenocarcinoma cólico. Foi referenciado para consulta de decisão terapêutica.

Comentário: A metastização endobrônquica de neoplasias colo-rectais é rara, sendo mais frequente se existir metastização pulmonar concomitante. O seu aparecimento é geralmente tardio e está associado a uma menor sobrevida. Com estes dois casos salientamos a ideia de que em doentes com estes antecedentes e lesões endobrônquicas é necessário manter esta hipótese diagnóstica em aberto.

Palavras-chave: Lesão endobrônquica. Metastização. Neoplasia colo-rectal.

TIMOMA TIPO AB ANGIOINVASOR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Alves, B. Fernandes, J.F. Cruz, C. Pacheco, C. Lacerda, R. Rolo, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga, Braga.

Introdução: As neoplasias do timo, a maioria timomas, constituem 30% das massas do mediastino anterior em adultos. São tumores de crescimento lento e o seu prognóstico depende da invasão macroscópica ou microscópica das estruturas adjacentes. A cirurgia é o tratamento principal destes tumores, sendo a ressecção completa um dos mais importantes factores de prognóstico.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 66 anos, não fumador, com antecedentes de nefrectomia direita em Agosto/2009 por carcinoma renal de células claras, referenciado por Urologia para a consulta de Pneumologia em Novembro/2011 por massa mediastínica detectada em TC de seguimento. Sem queixas respiratórias ou outros sintomas. TC tórax revelava massa mediastínica, no espaço pré-vascular, de contornos bosselados, heterogénea, com calcificações grosseiras, com características e dimensões sobreponíveis em TC consecutivos (desde Novembro/2010), a favor de lesão benigna, avançando como hipóteses de diagnóstico mais prováveis: teratoma ou conglomerado adenopático secundário a metastização da neoplasia renal. A PET revelou hipermetabolismo de FDG em lesão do espaço pré-vascular compatível com patologia maligna. Videobroncofibroscopia não revelou alterações de relevo, com citologia de lavado brônquico negativa para malignidade. Não realizou biópsia guiada por imagem pelo risco, dada a localização da lesão, pelo que foi referenciado para Cirurgia Torácica para diagnóstico/ressecção. Foi submetido a esternotomia em Março/2012, visualizando-se massa com invasão do tronco braquiocefálico, com tumor endoluminal, invasão da gordura pericárdica e do nervo frénico adjacentes, tendo sido efectuada exérese da neoplasia, ressecção do tronco venoso braquiocefálico, da gordura pericárdica e do nervo frénico esquerdo. A análise anatomopatológica revelou um timoma tipo AB extensamente angioinvasor. Foi decidido em consulta de grupo de Oncologia início de quimioterapia adjuvante, com ciclofosfamida, doxorubicina e cisplatina, e radioterapia sequenciais. Do ponto de vista funcional respiratório, o doente apresenta um síndrome ventilatório restritivo moderado, consequência da hemiparésia diafragmática pela necessidade de remoção cirúrgica do nervo frénico, tendo necessitado transitoriamente de oxigenoterapia domiciliária, encontrado-se em programa de reabilitação respiratória.

Comentários: Os autores descrevem este caso em face das hipóteses de diagnóstico que suscitou, uma vez que radiologicamente a massa mediastínica era compatível com uma lesão benigna, constatando-se intra-operatoriamente tratar-se de uma massa tumoral invasora de estruturas nobres, nomeadamente um timoma tipo AB angioinvasor.

Palavras-chave: Massa mediastínica anterior. Diagnósticos diferenciáveis. Teratoma. Timoma tipo AB angioinvasor.

TIMOMA GIGANTE – CASO CLÍNICO

M.T. Redondo¹, C. Fernandes², J. Pardal³, L. Gonçalves⁴, P. Bastos^{4,5}, N. Melo¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Oncologia Médica; ³Serviço de Anatomia Patológica; ⁴Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Centro Hospitalar de São João. ⁵Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: O estudo de uma massa mediastínica constitui um desafio diagnóstico, uma vez que a sua etiologia pode ser devida a uma multiplicidade de patologias.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 53 anos de idade, ex-fumadora que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de dor torácica posterior direita de características pleuríticas e tosse seca com 5 dias de evolução. Referia ainda emagrecimento, quantificado em cerca de 10 kg, com um ano de evolução. Objectivamente apresentava-se sub-febril e na auscultação pulmonar observava-se uma diminuição do murmúrio vesicular nos dois terços inferiores do hemitórax direito. Analiticamente observou-se anemia ligeira, leucocitose e proteína C reactiva aumentada. A radiografia torácica revelou uma opacidade nos dois terços inferiores do hemitórax direito, pelo que foi efectuada toracocentese diagnóstica com saída de líquido sero-hemático, com predomínio de linfócitos (65%), ADA e glicose normais e estudo bioquímico compatível com exsudado. Realizou TC do tórax que revelou uma massa com diâmetro de 12 x 15 cm ocupando grande parte do hemitórax direito, na continuidade da parede anterior, condicionando desvio marcado do mediastino para a esquerda, moldando o brônquio intermediário, o coração e a região inferior da veia cava superior; derrame pleural direito; sem adenomegalias hilares ou mediastínicas. A doente foi internada no Serviço de Pneumologia. Procedeu-se à realização de nova toracocentese e biópsia pleural cujo estudo foi negativo para células malignas, sendo que a imunofenotipagem do líquido pleural revelou um predomínio de linfócitos T. Posteriormente realizou biópsia aspirativa transtorácica que evidenciou uma população linfóide polimórfica e polimorfonucleares; o estudo imunofenotípico revelou uma população linfóide atípica. Dada a inconclusividade do estudo optou-se por proceder à realização de biópsia pulmonar cirúrgica cujo exame anatomo-patológico revelou alterações compatíveis com timoma. Realizou RMN torácica para avaliação de ressecabilidade do timoma, sem evidência de invasão das estruturas adjacentes. Foi submetida a ressecção cirúrgica de massa com 1.257 gramas cujo exame anatomo-patológico revelou timoma de tipo AB, predominantemente de tipo B1, sem invasão capsular macroscópica ou microscópica (Estádio Masaoka I). Actualmente a doente encontra-se em seguimento em consulta de Oncologia Médica, sem indicação para tratamento adjuvante. **Conclusões:** Os timomas constituem 20% de todas as neoplasias mediastínicas. As manifestações clínicas resultam essencialmente da compressão de estruturas vizinhas, sendo as mais habituais a dor torácica, dispneia e síndrome de compressão da veia cava superior. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento principal, sendo o factor preditivo mais importante de sobrevivência a longo prazo. A maioria dos timomas tipo AB comporta-se de forma benigna, sendo a sobrevida aos 5 anos no estágio I de Masaoka de 94 a 100%. Apesar da dimensão do tumor, trata-se de um caso com um excelente prognóstico.

Palavras-chave: Massa mediastínica. Timoma gigante.

METASTIZAÇÃO INTESTINAL DO CARCINOMA DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

A. Carreiro¹, S. Alfaro², P. Alves², A. Costa²

¹Interna do Internato Médico de Pneumologia, Serviço de Pneumologia (Dir. DR. Carlos Pavão), Hospital do Divino Espírito Santo, EPE. ²Serviço de Pneumologia II (Dir. Prof. Dra. Cristina Bárbara), Hospital Pulido Valente, CHLN.

Introdução: O carcinoma do pulmão apresenta frequentemente metastização à distância, mais frequentemente no pulmão contralateral (50%), fígado (37%), glândulas supra-renais (31%), osso (29%), rins (18%) e cérebro (12%). A metastização intestinal é rara (0,1-3%), havendo pouco mais de uma centena de casos descritos na literatura, e faz diagnóstico diferencial com neoplasia primária do tracto intestinal. A prevalência pode, no entanto, ser maior, com base em dados de autópsias que identificaram vários

casos assintomáticos. Clinicamente, a metastização intestinal pode manifestar-se como quadro de perfuração intestinal (35,9%), estenose (27%), intussuscepção (21,8%) ou hemorragia (15,4%). Estes doentes apresentam mau prognóstico, com uma baixa sobrevivência (3 semanas – 4 meses). O tratamento, essencialmente cirúrgico, pode resultar num significativo aumento da sobrevivência destes doentes.

Objectivo: Os autores apresentam 3 casos clínicos de doentes com carcinoma do pulmão e metastização intestinal.

Resultados: Caso clínico 1. Doente do sexo feminino, 49 anos, fumadora. Diagnóstico em 2009 de adenocarcinoma do pulmão em estágio IV. Submetida a quimioterapia (QT) de 1.ª linha com resposta parcial. Por sucessiva progressão da doença com aumento das lesões ósseas e hepáticas fez 4 linhas de QT com estabilidade de doença. Em Dezembro de 2010, apresentou quadro de oclusão intestinal por massa intestinal intraluminal com perfuração e peritonite localizada. Procedeu-se a enterectomia segmentar, sendo o estudo anatomopatológico compatível com metástase de adenocarcinoma primitivo do pulmão. A sobrevivência, após enterectomia, foi de 2 meses. Caso clínico 2. Doente do sexo masculino, 75 anos, ex-fumador. Diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em 2005. Submetido a lobectomia superior direita e a QT adjuvante (estádio IIb), com remissão da doença. Em Novembro de 2011, iniciou quadro clínico caracterizado por astenia, emagrecimento e anemia. Imagiologicamente apresentava massa no LSD e espessamento parietal ao nível do jejuno. Desenvolveu quadro de oclusão intestinal, com necessidade de tumorectomia e enterectomia segmentar. A histologia da peça operatória foi compatível com metástase de carcinoma do pulmão. O doente faleceu 2 meses após a enterectomia. Caso clínico 3. Sexo masculino, 57 anos, fumador. Diagnóstico, em Outubro de 2011, de carcinoma não pequenas células do pulmão em estágio IV, tendo realizado 4 ciclos de QT de 1.ª linha. Em Janeiro de 2012 apresentou quadro de epigastralgias, náuseas e vómitos, associados a intolerância alimentar e emagrecimento. Imagiologicamente havia evidência de intussuscepção jejunal. Procedeu-se a tumorectomia e enterectomia segmentar. O exame anatomopatológico foi compatível com metástase de carcinoma do pulmão. A sobrevivência após enterectomia foi de 2 semanas.

Discussão: Com o aumento da sobrevivência dos doentes com carcinoma do pulmão, é necessário ter em atenção a possibilidade de aparecimento de metastização à distância em locais menos prevalentes. A metastização intestinal do cancro do pulmão é rara, mas deve ser considerada em doentes com clínica sugestiva. O tratamento cirúrgico, com intuito paliativo, pode resultar num significativo aumento da sobrevivência nalguns doentes o que não se verificou em nenhum dos casos descritos.

Palavras-chave: Carcinoma do pulmão. Metastização intestinal.

CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO DO PULMÃO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

L. Ribeiro¹, M.J. Guimarães², J.M. Sá³, P. Costa⁴, A. Sanches⁵, M.M. Figueiredo⁶

¹Interna Ano Comum; ²Assistente Hospitalar de Pneumologia, CHAA³. Chefe de Serviço de Pneumologia, CHVNG⁴. Assistente Hospitalar de Radioterapia, HCUF, Porto. ⁵Assistente Hospitalar, Anatomia Patológica, CHVNG. ⁶Chefe Serviço e Directora do Serviço de Pneumologia, CHAA.

Introdução: Os carcinomas adenóides císticos são um tipo diferenciado de neoplasia epitelial maligna, mais frequentemente localizados a nível das glândulas salivares, mas também podem surgir no pulmão. Contudo, a sua incidência no pulmão é muito rara. A nível pulmonar ocorrem habitualmente entre a 4ª e 6ª década de vida, sem predomínio de sexo, classicamente são de crescimento lento, com curso clínico indolente, e baixo grau de

malignidade. Porém podem ter um curso mais agressivo, com tendência para recidiva local e potencial metastático.

Caso clínico: Homem, 60 anos, professor, ex-fumador, admitido pelo serviço de urgência por PAC arrastada e hemoptises. A radiografia do tórax revelou uma condensação do LIE, com desvio homolateral do mediastino, e o paciente apresentava insuficiência respiratória, que motivou o seu internamento. Do estudo complementar diagnóstico realizado, salienta-se a presença, em TC-tórax, de uma massa (4,5 × 4 cm) a provocar atelectasia do LIE. A broncofibroscopia confirmou a presença de uma lesão endobrônquica cujas biópsias brônquicas revelaram tratar-se de um carcinoma adenóide cístico. O estadiamento por PET-CT mostrou uma lesão única para-hilar esquerda sugestiva de neoplásica, sem sinais de metastização, foi apresentado em reunião multidisciplinar de pneumologia oncológica, onde foi aceite para sessões de radioterapia torácica com intuito curativo (60 Gy) que já concluiu. Actualmente assintomático, sem factores de mau prognóstico, em vigilância com periodicidade de 3 meses.

Conclusão: O carcinoma adenóide cístico do pulmão, apesar de raro, é uma entidade a considerar nos doentes cuja evolução clínica tem um curso mais indolente. Apesar de ter habitualmente tratamento cirúrgico, a radioterapia torácica é uma alternativa viável ao tratamento destes tumores.

Palavras-chave: Carcinoma. Adenóide. Cístico. Pulmão.

METASTIZAÇÃO TARDIA

A. Carreiro¹, L. Frias¹, A. Miguel¹, V. Carneiro², C. Pavão¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.

Introdução: Os leiomiiossarcomas uterinos são raros, representando cerca de 1% de todas as neoplasias malignas uterinas.

Estes tumores caracterizam-se por um mau prognóstico, com elevada recorrência local, bem como com uma elevada taxa de metastização. A metastização pulmonar é o segundo local mais frequente, depois da cavidade peritoneal. Habitualmente, a metastização pulmonar dos leiomiiossarcomas uterinos consiste em vários nódulos parenquimatosos, mas uma massa unilateral não pode excluir a hipótese de diagnóstico de doença pulmonar metastática.

Objectivo/métodos: Dado o longo período livre de doença, os autores descrevem o caso de uma doente histerctomizada por leiomiiossarcoma uterino que passados 26 anos apresentou metastização pulmonar.

Resultados: Trata-se de uma mulher de 77 anos de idade, não fumadora, com antecedentes pessoais de histerectomia e anexectomia por sarcoma uterino há 26 anos. A doente iniciou queixas de tosse e dispneia, com cerca de 2 semanas de evolução, sendo admitida no serviço de urgência por agravamento dos sintomas. Apresentava um bom estado geral e diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax esquerdo. A PaO₂ a ar ambiente era de 73 mmHg. A telerradiografia do tórax demonstrava uma imagem nodular hiperdensa na base pulmonar esquerda. A doente foi internada no Serviço de Pneumologia para investigação. Na TC do tórax era evidente uma opacidade tecidual com 6,7 × 4,8 cm no lobo inferior esquerdo, com limites relativamente bem definidos. Realizou-se biópsia pulmonar trans-torácica que revelou tratar-se de um neoplasia maligna mesenquimatosa, que não foi possível caracterizar pela amostra ser escassa. A doente foi submetida a lobectomia inferior esquerda. Na peça operatória identificou-se um nódulo sólido, esférico, com 8 cm de diâmetro, sendo em superfície de secção reconhecidos múltiplos focos de necrose. No exame histológico de amostras do tumor diagnosticou-se um leiomiiossarcoma pleomórfico (compatível com metástase do leiomiiossarcoma uterino). Os gânglios linfáticos dissecados na peça não estavam metastizados.

Todos os outros exames complementares de diagnóstico realizados não evidenciaram presença de doença noutras locais.

Conclusão: O pulmão é um local frequente de metastização hematogénica de vários tumores, incluindo os sarcomas de tecidos moles. No nosso caso a metastização pulmonar manifestou-se ao fim de 26 anos, o maior período livre de doença por nós conhecido, após revisão de literatura em língua inglesa. O caso em apreço sugere ser necessário um seguimento longo das doentes submetidas a cirurgia por leiomiiossarcoma uterino. A metastesectomia pulmonar é a única modalidade terapêutica que pode proporcionar a cura a estas doentes.

Palavras-chave: Leiomiiossarcoma uterino. Metastização pulmonar. Período sem doença.

VINORRELBINA NO CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS: CASO CLÍNICO DE SUCESSO

J.F. Cruz, C. Lacerda, C. Pacheco, D. Alves, R. Rolo, L. Iglesias, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga, Braga.

Introdução: O uso de vinorelbina está aprovado como terapêutica para o carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC) em combinação ou monoterapia. No entanto, estudos do seu uso como terapêutica de resgate mostraram uma fraca taxa de resposta.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso de um doente de 45 anos, ex-fumador, técnico de piscinas, sem doenças prévias conhecidas. Diagnóstico em Novembro de 2008 de CPNPC estadio IIIA (massa no LSD com 5 × 6 cm com invasão das 3 primeiras costelas e adenopatias hilares direitas com captação em PET-TC). Avaliado em consulta de cirurgia torácica e foi recusado para tratamento cirúrgico. Iniciou esquema de quimiorradioterapia concomitante com carboplatina e gencitabina. Por progressão local da doença, em Junho de 2009 iniciou esquema de 2.^a linha com docetaxel tendo feito reacção anafilática grave. Mudado esquema para pemetrexed com progressão ao fim de 3 ciclos e iniciou posteriormente erlotinib. Em Outubro de 2009, desenvolve um quadro de icterícia devido a um adenocarcinoma da região periampular (colocação de stent por CPRE). Por nova progressão da doença pulmonar, iniciou esquema de 4.^a linha com vinorelbina oral em Dezembro de 2009. Nos primeiros 6 meses verificou-se resposta parcial com franca redução das dimensões da massa pulmonar e sem evidência de metastização à distância. Manteve tratamento com vinorelbina por um período de 22 meses (completou 30 ciclos), apresentando doença estabilizada, boa tolerância hematológica e excelente estado geral. Em Agosto de 2011 ocorre nova progressão local. A partir desta data, apresentou progressão gradual da doença apesar de novos esquemas de QT. Actualmente apresenta zubro 3, com aumento significativo das dimensões da massa pulmonar que causa obstrução do BPD condicionando atelectasia e episódios frequentes de hemoptises.

Conclusão: Este caso clínico evidencia o uso de vinorelbina como uma opção terapêutica de resgate no CPNPC que, em situações particulares, pode ter uma resposta favorável com boa tolerância.

Palavras-chave: Vinorelbina. Carcinoma pulmonar não pequenas células.

LINFOMA PULMONAR PRIMÁRIO DO TIPO MALT – A PROPÓSITO DE UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

I. Franco, J.C. Carneiro, M. Vanzeller

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ESPINHO, EPE.

O linfoma pulmonar primário (LPP) é uma entidade rara, responsável por 0,5 a 1% das neoplasias pulmonares primárias. A forma mais habitual de apresentação é o linfoma B não-Hodgkin

(NH) extranodal da zona marginal, originado no tecido linfóide associado à mucosa brônquica (BALT - Bronchus Associated Lymphoid Tissue), também denominado LPP do tipo MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue), que representa cerca de 1% dos linfomas e cerca de 2/3 dos LPP NH. Descreve-se o caso de um doente de 67 anos, não fumador, metalúrgico reformado, sem antecedentes pessoais relevantes, que deu entrada no serviço de urgência com queixas de astenia, perda ponderal e dispneia para esforços, de agravamento progressivo, com cerca de 3 meses de evolução. A telerradiografia de tórax evidenciava imagem compatível com derrame pleural de grande volume à esquerda. Internado num serviço de Pneumologia para estudo. A citologia do líquido pleural e a biópsia pleural apresentaram características inespecíficas de inflamação. A tomografia computadorizada revelou densificação peribroncovascular irregular do lobo inferior esquerdo, associada a derrame pleural homolateral de grande volume e múltiplos nódulos parenquimatosos bilaterais, infra e pericentimétricos, com predomínio nos lobos inferiores e médio, coexistindo ainda derrame pericárdico de pequeno volume e múltiplas adenopatias axilares, supraclaviculares, mediastínicas e abdominopélvicas, assim como baço aumentado de tamanho com morfologia globosa homogénea. Apresentava aumento das imunoglobulinas plasmáticas e da β 2-microglobulina. O lavado broncoalveolar foi inocente e o exame histológico da biópsia transbrônquica revelou um infiltrado inflamatório crónico, com atividade moderada e predomínio de linfócitos T reativos. A biópsia aspirativa transtorácica e a biópsia cirúrgica de gânglio axilar foram inconclusivas. O diagnóstico foi realizado por exérese de gânglio axilar, cujo estudo morfológico e imuno-histológico favoreceu o diagnóstico de linfoma de células B da zona marginal do tipo MALT. Orientado para consulta de Hematologia para prosseguimento de estudo e tratamento. Foram excluídos outras localizações primárias da neoplasia e o estudo medular não apresentou alterações citogenéticas. Iniciou quimioterapia com resposta favorável. Mais frequente entre os 50 e 70 anos de idade, o linfoma BALT afeta igualmente ambos os sexos, apresenta evolução indolente e está associado a patologias inflamatórias crónicas pulmonares ou sistémicas. Cerca de metade dos doentes estão assintomáticos na altura do diagnóstico. Sintomas B são pouco frequentes (< 25%). A apresentação radiológica mais comum é sob a forma de nódulos pulmonares ou consolidação, com ou sem broncograma aéreo. A presença de derrame pleural (< 10%) ou adenopatias é incomum e o derrame pericárdico é raríssimo. O diagnóstico é habitualmente difícil e realizado a partir de biópsias de material pulmonar. Existem várias abordagens terapêuticas disponíveis e o prognóstico é geralmente bom. Trata-se, portanto, de um caso de linfoma BALT com apresentação clínica e radiológica atípica, com polisserosite e adenopatias generalizadas. O diagnóstico difícil desta entidade, devido às suas características celulares inespecíficas, muitas vezes interpretadas como um infiltrado infeccioso ou inflamatório crónico nos casos de baixo grau, alertam para a importância da suspeição clínica e da persistência na investigação diagnóstica, tendo em conta a bom tratamento e prognóstico do doente.

Palavras-chave: Linfoma pulmonar primário. Linfoma pulmonar do tipo MALT.

LINFOMA DE HODGKIN COM APRESENTAÇÃO DE LESÃO CAVITADA DO PULMÃO

S. Alfaro, T. Abreu, C. Gaspar, C. Gomes, N. Diogo

Serviço de Pneumologia, Unidade de Infecçologia Respiratória, Hospital Pulido Valente.

O diagnóstico diferencial das lesões cavitadas do pulmão é extenso e inclui várias doenças infecciosas (bactérias gram-negativas e anaeróbios, micobacteriáceas e fúngicas: actinomicose, histoplasmose ou aspergilose, hidatidose), Neoplásicas, Granulomatosas

(Granulomatose de Wegener), entre outras (pneumoconioses, silicose, etc). De entre as lesões neoplásicas, o envolvimento pulmonar por doenças linfoproliferativas e em particular a Doença de Hodgkin pode ocorrer em 15 a 40% dos casos e geralmente está associado a extensão de folículos linfóides ou extensão directa de adenopatias peribronquiolares adjacentes ao parênquima pulmonar. O Linfoma de Hodgkin primário do Pulmão é, no entanto, uma doença rara, e menos de 100 casos estão descritos na literatura. Para estabelecer o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin primário do pulmão devem ser cumpridos os seguintes critérios: Haver um resultado histológico compatível com Doença de Hodgkin e a doença estar confinada ao pulmão com mínimas adenopatias hilares no momento do diagnóstico e 3 meses após a sua identificação. Descrevemos um caso de uma doente do sexo feminino, caucasiana de 24 anos de idade, licenciada, não fumadora, com quadro de astenia marcada, prurido e sudorese nocturna com 6 meses de evolução e aparecimento de tosse pouco produtiva, toracalgia esquerda e febre tendo sido internada após identificação em radiografia de torax de lesão cavitada no hemitorax esquerdo, transferida do Hospital de Alcobaça por suspeita de Tuberculose Pulmonar. Em internamento realizou várias broncofibroscopias cujos resultados bacteriológico, micobacteriológicos micológicos foram sistematicamente negativos e os resultados anatomo-patológicos revelavam apenas processo inflamatório crónico. Inicialmente a TC torax apresentava apenas lesão pulmonar de grandes dimensões. A doente iniciou terapêutica empírica com antibióticos apesar de não ter diagnóstico definitivo tendo-se registado progressivo agravamento clínico e radiológico com aparecimento de conglomerado adenopático volumoso no mediastino anterior, cadeias ganglionares da mama interna e fossa supraclavicular e derrame pleural ao fim de 4 semanas de internamento. Realizou mediastinoscopia que confirmou o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico de Celularidade mista. Apesar de não reunir os critérios para o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin primário do pulmão devido a rápida evolução ganglionar observada durante o internamento e que permitiu o diagnóstico definitivo, este caso é interessante no que diz respeito a afecção pulmonar extensa inicial relembrando as doenças linfoproliferativas como diagnóstico diferencial das lesões cavitadas do pulmão.

Palavras-chave: Linfoma de Hodgkin. Doenças linfoproliferativas no pulmão. Cavitação pulmonar. Neoplasia do pulmão. Diagnóstico diferencial de cavitação pulmonar.

EFEITOS DA RADIAÇÃO X NO CANCRO DO PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS – ESTUDO EM CÉLULAS EM CULTURA

F. Mendes^{1,2}, A.R. Guedes², R. Silva^{1,3}, A.M. Abrantes^{1,4}, A.C. Gonçalves^{4,5,6}, P. César⁷, P. Soares⁷, A.B. Sarmiento-Ribeiro^{4,5,6}, M.F. Botelho^{1,4}

¹Unidade de Biofísica, IBILI, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. ²Departamento de Análises Clínicas e Saúde Pública, Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Coimbra. ³Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra. ⁴Centro de Investigação e Meio Ambiente Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. ⁵Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra. ⁶Biologia Molecular Aplicada e Clínica Universitária de Hematologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. ⁷Serviço de Radioterapia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O cancro do pulmão de pequenas células (CPC) representa 15% a 20% de todos os cancros com origem neste órgão, sendo um dos mais agressivos, constituindo uma das principais causas de morte por esta patologia. Nos últimos anos, tem aumentado a sua prevalência na população mundial tendo como principal causa o consumo de tabaco, que não só potencia o aparecimento da doença

como induz resistência no tratamento por quimioterapia. O seu diagnóstico é feito na maioria dos casos em estádios avançados, com presença de metástases, o que dificulta o tratamento e a seleção do protocolo terapêutico. O principal tratamento consiste na cirurgia, seguida da quimio e/ou radioterapia. Embora se conheçam bons resultados numa fase inicial em resposta à quimio e/ou radioterapia, na maioria dos casos há recidiva da doença. Mutações em genes que codificam proteínas envolvidas na regulação da apoptose como por exemplo a proteína p53, podem estar na origem da resistência a múltiplas terapias. Sendo esta uma proteína supressora tumoral, ativada após lesão do DNA, e que além de pró-apoptótica pode induzir bloqueio no ciclo celular, a perda de função da p53 poderá levar a um aumento da taxa de crescimento e diminuição da ativação das vias apoptóticas. A radiação, sobretudo através da radiólise da água, origina espécies reativas de oxigénio, que poderão lesar direta ou indiretamente as macromoléculas (DNA, RNA, proteínas e lípidos) e, consequentemente alterar a sinalização celular. Induz igualmente alterações nas propriedades das membranas celulares, levando a mudanças na permeabilidade e eventual lise celular. Por outro lado, a radiação poderá induzir a ativação da p53 e consequente bloqueio do ciclo celular, predominantemente no ponto de controlo na transição de G1/S.

Objetivo: Avaliar os efeitos da radiação X (RX) na viabilidade e proliferação da linha celular de CPPC, as células H69, bem como caracterizar o tipo de morte e os efeitos no ciclo celular.

Materiais e métodos: Foi avaliada a proliferação e viabilidade celular das células H69 (ATCC; p53 Mut, 171:GAG→TAG) na ausência (Controlo) e após exposição a RX de 4 MeV com doses de 0,5Gy, 15Gy e 30Gy, a cada 24 horas, por um período de 96 horas. A morte e ciclo celular foram avaliados às 48h após a irradiação por citometria de fluxo com recurso à dupla marcação anexina V/iodeto de propídeo (IP) e IP/RNase, respetivamente.

Resultados e conclusão: O presente estudo sugere-nos que o efeito da RX na linha celular H69 é dependente de dose e tempo. As doses de 15Gy e 30Gy induzem diminuição da proliferação celular, induzindo morte preferencialmente por apoptose e bloqueio do ciclo celular na fase S. Este bloqueio poderá ser explicado pela perda do ponto de restrição, controlado pela p53, que se encontra mutada nesta linha celular.

Palavras-chave: *Cancro pulmão pequenas células. Radiação X. Apoptose. Ciclo celular.*

DERRAME PLEURAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

F. Godinho¹, G. Reis², M.J. Simões², H. Marques², I. Bravio³, A. Pinto Saraiva²

¹USF Quinta da Lomba. ²Serviço de Pneumologia, CHBM-EPE;

³Serviço de Cirurgia Cardiorádica, CHLC-EPE.

Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino de 51 anos, caucasiano, fumador de 42 U.M.A., que recorre ao serviço de urgência por quadro de tosse irritativa, dispnéia, astenia, anorexia, associado a perda ponderal de 7Kg no último mês. Ao exame objectivo apresentava-se visivelmente emagrecido, destacando-se diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior de ambos os hemotóraces. A gasimetria arterial revelava insuficiência respiratória parcial com PaO₂ de 50 mmHg. Analiticamente destacava-se leucocitose moderada com elevação da PCR. A telerradiografia de tórax apresentava hipotransparência heterogénea do 1/3 inferior de ambos os hemicampos pulmonares, com obliteração dos seios costo-frénicos, esboçando bilateralmente a linha de Ellis-Damoiseau. Foi internado sob a hipótese de diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade, complicada de derrame pleural bilateral, tendo iniciado antibioterapia empírica. A desfavorável evolução clínica, com progressão para insuficiência respiratória global e exaustão ventilatória condicionou

transferência para UCI. Realizou toracentese com líquido pleural macroscopicamente sero-hemático, estudo citoquímico compatível com exsudado, negativo para a presença de células neoplásicas. Da colocação de drenagens torácicas bilaterais resultou hemotórax esquerdo maciço. A toracotomia, realizada de urgência, mostrou extensa nodularidade pleural, sendo as biópsias positivas para adenocarcinoma, com imunohistoquímica sugestiva de metastização de tumor primitivo gástrico. A endoscopia digestiva alta demonstrou lesão elevada e irregular da mucosa esofágica distal e gástrica, compatível com lesão infiltrativa. As biópsias da lesão confirmaram o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, vindo doente a falecer poucos dias depois. Apenas muito raramente a carcinomatose pleural constitui a manifestação inicial de um adenocarcinoma gástrico. A metastização parece ocorrer através dos linfáticos da submucosa, sendo mais frequente no carcinoma gástrico de células em anel de sinete. Do conhecimento dos autores, a única série de casos similares na literatura contempla apenas 4 casos.

Palavras-chave: *Derrame pleural. Adenocarcinoma gástrico.*

METÁSTASES DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO NA TIRÓIDE E CÓLON: RELATO DE CASO

L. Martins, F. Freitas, E. Teixeira, A. Manique, D. Hasmucrai, R. Sottomayor

CHLN-Hospital de Santa Maria.

O cérebro, fígado, glândulas supra-renais e os ossos são os locais mais comuns de metástases nos doentes com neoplasia do pulmão. A prevalência de metástases no sistema gastrointestinal é de aproximadamente entre 0,2 a 0,5%. E o local mais atingido é o intestino delgado sendo que existem raros casos publicados de metástases no cólon com origem pulmonar. A tiróide é uma glândula altamente vascularizada no entanto um local muito infrequente de metastização. Este caso descreve uma mulher, 74 anos, não fumadora. Com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão (EGFR+, estadio IV com metástases cerebrais) tendo efectuado radiocirurgia Gamma Knife e corticoterapia oral. A doente foi internada 4 meses após o diagnóstico por história de melenas desde há dois meses e agravamento da astenia na última semana. Analiticamente apresentava uma anemia grave. Foi efectuada endoscopia digestiva alta que não mostrou lesões, no entanto, na colonoscopia realizada observou-se massa pseudo-polipóide ao nível do ângulo hepático do intestino grosso que foi biopsada. O resultado imunohistológico é compatível com atipia de origem pulmonar. Enquanto esteve internada para investigação de glândula tiroideia assimétrica e aumentada efectuou-se biópsia ecoguiada e o resultado histológico revelou metástase de neoplasia do pulmão. Trata-se de um caso incomum pelo aparecimento de metástases de neoplasia do pulmão em locais que muito raramente recebem metástases. Devendo o clínico estar alerta para os locais atípicos de metastização.

Palavras-chave: *Metastases do colon. Metástases da tiróide. Cancro do pulmão.*

QUISTO BRONCOGÉNICO, UM CASO CLÍNICO

V. Sacramento¹, D. Neves², D. Matias³, M.T. Almodovar³, J.D. Costa³

¹Interna de Pneumologia, Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. ²Interna de Pneumologia, Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, EPE. ³Serviço de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE.

Os quistos broncogénicos são entidades congénitas raras, que decorrem de um desenvolvimento brônquico anómalo a partir do tubo digestivo primitivo torácico, entre a 5.^a e 7.^a semana de gestação. Podem ser mediastínicos, quando ocorrem precocemente

no desenvolvimento embrionário brônquico, ou pulmonares (15% to 20% dos casos), quando surgem mais tardiamente. São revestidos por epitélio ciliado, podendo apresentar áreas de músculo liso, glândulas brônquicas e cartilagem o que permite confirmar o diagnóstico do ponto de vista histológico. Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher, 68 anos, professora do ensino secundário reformada. Ex-fumadora, com antecedentes de histerectomia total por adenocarcinoma do endométrio. Enviada à consulta de Pneumologia em 2003 por quadro de astenia, anorexia, emagrecimento e dispneia para médios esforços. Sem alterações relevantes ao exame objectivo, os exames complementares de diagnóstico mostraram uma opacidade de 4,8 cm no pulmão direito, sem alterações analíticas ou na broncofibroscopia. Colocou-se hipótese de neoplasia e a doente foi submetida a cirurgia diagnóstica – terapêutica com ressecção atípica do pulmão direito. A peça continha duas áreas quísticas hemorrágicas cuja avaliação histopatológica foi compatível com pneumonia organizativa com infiltrado inflamatório xantomatoso (Pneumonia lipídica / pneumonia organizativa focal). A doente recusou posterior investigação decidindo-se manter-se em vigilância na consulta, assintomática, embora persistindo opacidade irregular associada a aspectos fibróticos retrácteis na TAC Tórax, considerada pós-cirúrgica. Em Abril 2012 inicia quadro de febre, arrepios de frio, tosse seca e odinofagia verificando-se aumento do volume da opacidade em vigilância (de 30 para 43mm) que corresponde a lesão hipermetabólica na PET efectuada. Colocada a hipótese de se tratar de neoplasia, foi realizada broncofibroscopia que mostrava apenas sinais inflamatórios difusos não sendo possível alcançar a lesão. As biopsias brônquicas realizadas mostraram apenas mucosa brônquica sem alterações de significado patológico e as secreções brônquicas foram negativas para células neoplásicas. Foi submetida a nova cirurgia com ressecção da lesão cuja avaliação anátomo-patológica revelou quisto com conteúdo purulento, revestido por epitélio brônquico com cartilagem na sua parede, compatível com quisto broncogénico. A doente teve um período pós-operatório sem complicações, encontrando-se actualmente em vigilância e assintomática.

Discussão: Geralmente descritos na população pediátrica, os quistos broncogénicos podem provocar sintomas por compressão de estruturas adjacentes (dispneia, disfagia, tosse, dor ou infecção). No adulto são frequentemente assintomáticos e diagnosticados aquando da avaliação radiológica torácica do doente. Neste caso, o diagnóstico ocorreu após o desenvolvimento de sintomas, uma vez que as alterações imagiológicas foram atribuídas ao processo pós-cirúrgico inicial. Esta evolução corrobora a opinião de alguns autores que consideram que a maioria dos quistos irá desenvolver sintomatologia na ausência de tratamento pelo que recomendam a sua excisão cirúrgica, mesmo na ausência de queixas dada a elevada probabilidade de complicações.

Palavras-chave: *Massa pulmonar. Quisto broncogénico. Terapêutica.*

UM ESTRANHO CASO DE PIEIRA RECORRENTE

T. Abreu¹, C. Gaspar¹, S. Alfarroba¹, A.R. Barata², F. Félix², J. Semedo¹, L. Carreiro¹

¹Serviço de Pneumologia II; ²Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente, CHLN.

Introdução: O diagnóstico diferencial da pieira recorrente, especialmente na idade adulta, costuma cingir-se à asma e outras patologias obstrutivas das vias respiratórias, como a DPOC. A correta avaliação da apresentação sintomática, observação clínica cuidada e uso criterioso de exames complementares de diagnóstico pode impedir o erro ou confusão diagnóstica com outras patologias, nomeadamente doença neoplásica.

Resultados: Doente de 21 anos, sexo masculino, não-fumador, com antecedentes pessoais de rinite alérgica e pieira recorrente na

1.ª infância, apresentou-se com episódios repetidos de dificuldade respiratória, tosse seca e pieira, de predomínio noturno, a motivar múltiplas idas ao serviço de urgência. Numa dessas idas, referia ainda toracalgia anterior de características pleuríticas. Na observação encontrava-se hemodinamicamente estável, polipneico, com sinais de dificuldade respiratória, com crepitações subcutâneas ao nível da região cervical e broncoespasmos na auscultação pulmonar. No decurso do estudo clínico realizou TC do tórax que demonstrou pneumomediastino, enfisema subcutâneo, imagem pediculada no terço distal da traqueia – impactação mucosa vs. lesão exofítica, infiltrado parenquimatoso bilateral sugerindo padrão de disseminação broncogénico – hemorrágica vs. infeccioso. Por agravamento clínico foi referenciado ao nosso hospital, onde realizou broncoscopia rígida, que demonstrou, a 2cm da carina, diminuição de 90% do lúmen da traqueia por tumor multilobulado parcialmente pediculado. O doente foi submetido a terapêutica com YAG Laser (40 watts, contínuo, potência total 8664 watts), com melhoria parcial da patência e posterior colocação de prótese traqueal HOOD 16/50. O diagnóstico histológico foi de tumor muco-epidermóide da traqueia de baixo grau. Após discussão clínica multidisciplinar, o doente foi submetido a ressecção segmentar da traqueia com anastomose topo-a-topo por toracotomia, sem intercorrências. As broncofibroscopias de reavaliação demonstraram boa cicatrização e patência da traqueia. As margens da peça estavam livres de tumor. **Conclusão:** A correta e atempada referenciação a um hospital terciário possibilitou o tratamento combinado por broncoscopia rígida e cirurgia convencional de neoplasia da traqueia. Salienta-se ainda a necessidade da correta avaliação e categorização dos doentes com “pieira”, especialmente se na presença de sintomatologia atípica, dada a implicação diagnóstica daí decorrente.

Palavras-chave: *Tumor muco-epidermóide da traqueia. Broncoscopia rígida. Laser YAG. Toracotomia.*

OS TUMORES DE CÉLULAS GERMINATIVAS SUPORTAM A CLASSIFICAÇÃO TUMORAL ATRAVÉS DA LINHAGEM CELULAR: ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICA

L. Carvalho^{1,2}, M.J. Martins^{1,2}, S. Simões², M.J. d’Aguiar², A.F. Ladeirinha², T. Ferreira², A. Alarcão², J. Ramalho-Santos^{3,4}

¹Serviço de Anatomia Patológica, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra. ²Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina. ³Faculdade de Ciências e Tecnologia.

⁴CNC, Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra, Coimbra.

A morfologia dos tumores de células germinativas (TCG) pode ser correlacionada com a embriogénese, organogénese e maturação tecidual. Estudos que baseiam a carcinogénese na diferenciação celular podem ser explorados nos tumores das células germinativas para identificar as linhas celulares implicadas no desenvolvimento neoplásico. Novas classificações de acordo com um painel imunohistoquímico específico podem incluir células estaminais pluripotentes, células estaminais adultas e prever a morfologia. Os seguintes anticorpos de maturação celular: AE1/AE3, CK7 e LP34, de organogénese: CDX2, TTF1, CK7 e PLAP e de embriogénese: Oct 3/4, Nanog e Vimentina, foram aplicados a 34 TCG, cujo tecido fora fixado em formol e incluído em parafina, benignos e malignos, relativos a 17 homens e 17 mulheres, com idades compreendidas entre 16 e 73 anos. Os resultados imunohistoquímicos foram graduados quantitativamente pela percentagem de células positivas como 0% (0), < 10% (1+), 10-50% (2+) e > 50% (3+), considerando a positividade da expressão nuclear ou citoplasmática. A expressão da Oct 3/4 no núcleo das células do seminoma é diferente da expressão nas células do carcinoma embrionário as quais mostram positividade nuclear e citoplasmática; a expressão do gene Nanog foi observada apenas em 3, indicando mesênquima não diferenciado. A Vimentina mostrou-se como um anticorpo particular

entre a expressão do Oct 3/4 e a maturação celular CDX2/TTF1/CK7, indicando o seu valor na transição entre a organogênese e a maturação das células estaminais adultas. A diferenciação intestinal revelada pela expressão CDX2 e sensibilidade do epitélio alveolar pulmonar para TTF1 foram consistentemente ausentes em todos os quistos epidermóides do ovário. A glicoproteína PLAP mostrou expressão positiva na maioria dos carcinomas embrionários e também foi identificada nas células musculares lisas. A citoqueratina AE1/AE3 não é discriminatória porque foi expressa por todos os casos e corresponde a um marcador epitelial não específico. Podemos salientar que o espectro de maturação celular visto desde a embriogênese até às células estaminais adultas no TCG é semelhante ao desenvolvimento das linhas celulares malignas na carcinogênese, de acordo com os actuais graus de diferenciação, e também válida a transição epitélio-mesênquima observada nos tumores/ carcinomas menos diferenciados em todos os órgãos, incluindo os carcinomas bronco-pulmonares.

Palavras-chave: Classificação tumoral. Tumor de células germinativas. Imunohistoquímica.

TUMORES CARCINÓIDES DO PULMÃO: REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE TC ATÍPICO N1

M.C.V. Alvoeiro, P.J.A. Calvino, C.I.C. Rodrigues, I.A. Mendes, F.J.P. Félix

Unidade de Cirurgia Torácica, CHLN, Hospital Pulido Valente.

Os tumores carcinóides (TC) são de origem neuroendócrina e cerca de 25% broncopulmonares. Apesar do comportamento indolente são considerados tumores malignos e classificados como típicos (CT) e atípicos (CA) de acordo com características histológicas. De acordo com a literatura, os CA demonstram um curso clínico mais agressivo e maior capacidade metastática. Dos carcinóides centrais, 90% dos N0 são CT e 40% dos N1 ou N2, são CA na apresentação, independentemente do estadio T. O potencial metastático reflete-se na taxa de sobrevida aos 10 anos para os CT e CA (88% versus 49%), sendo que a morte por recorrência da doença é mais frequente nos doentes com CA (71% versus 16%). A cirurgia é a terapêutica de eleição, enquanto a quimioterapia tem revelado uma baixa taxa de resposta.

Caso clínico: doente 21 anos, sexo masculino, admitido por hemoptises moderadas. O diagnóstico de CA foi feito por biópsia endobrônquica de massa do brônquio principal esquerdo (BPE). A TAC de tórax mostrava áreas de atelectasia/condensação do lobo superior esquerdo e massa parcialmente oclusiva do BPE.

Cirurgia: Após broncotomia constatou-se a presença do tumor pediculado ao BLIE. Realizada lobectomia inferior esquerda com broncoplastia após obtenção de margem livre de tumor, e linfadenectomia. O exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico e mostrou uma metástase ganglionar N1. O diagnóstico diferencial histopatológico de CT e CA é difícil, justificando as diferenças constatadas para a sobrevida e curso clínico dos TC. Estudos multicêntricos são necessários para esclarecer a realidade portuguesa.

Palavras-chave: Carcinóides. Metástases.

UMA EXCEÇÃO AO SINAL DA SILHUETA. CASO CLÍNICO

H. Dabó¹, M. Vaz¹, N. Teixeira¹, J.C. Winck³, I. Belchior²

¹Interno Complementar, Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João EPE. ³Assistente Hospitalar Graduado, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João EPE/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Os autores apresentam o caso de uma paciente de 28 anos, fumadora desde os 21 (cerca de 7 cigarros por dia), com sinusite crónica, sem outras doenças conhecidas, nomeadamente do foro

respiratório. Foi observada no Serviço de Urgência por um quadro de tosse com expectoração mucopurulenta, dispneia, mialgias, toracalgia pleurítica à direita e febre (39 °C). À observação do tórax destaca-se pectus excavatum e auscultação pulmonar com sons respiratórios presentes e simétricos, sem ruídos adventícios. Analiticamente com leucocitose e elevação da PCR. A radiografia do tórax mostrou hipotransparência homogénea no terço inferior direito, com sinal da silhueta cardíaca. Gasometria arterial (21%) - ph 7,42, pCO₂ 29,6, pO₂ 72,9, HCO₃ 20,9, Sat 95,1%. Foi feito o diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade e medicada com amoxicilina/ác.clavulânico e azitromicina em ambulatório. Foi reavaliada após curso de antibioterapia, apresentando melhoria clínica e analítica, no entanto sem melhoria radiológica, motivo pelo qual foi enviada a consulta de Pneumologia para investigação. Nessa consulta realizou TC tórax que mostrou: atelectasia subsegmentar com ligeiras densificações lineares e bronquiectasias cilíndricas no lobo inferior esquerdo; próteses mamárias bilaterais; sem consolidação a direita. Atualmente mantém-se em seguimento em consulta de Pneumologia para estudo e tratamento das bronquiectasias. Desde a sua disponibilização em 1960, a prevalência dos implantes mamários tem crescido, sobretudo na última década, por razões cosméticas e cirurgia de reconstrução mamária após mastectomia por neoplasia. Sendo uma nova interface entre a parede torácica e o pulmão, as próteses podem interferir no padrão da radiografia do tórax, tornando-se assim um desafio clínico na sua interpretação. Este caso mostra a importância de se obter uma história clínica e exame objetivo completos, bem como a obtenção de Rx tórax PA e de perfil sempre que possível. Assim, o conhecimento da presença de próteses mamárias nesta paciente poderia ajudar na interpretação do quadro clínico e na elaboração de outros diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Implantes mamários. PAC. Bronquiectasias.

ASPIRAÇÃO CORPO ESTRANHO NO ADULTO

G. Cerullo, P. Reais, K. Cardoso, A. Silva, R. Carmo, A.C. Duarte

Hospital Jose Joaquim Fernandes, Beja.

A aspiração de corpo estranho (ACE) é um acidente grave e potencialmente fatal que pode ocorrer em qualquer fase da vida, mas é muito mais frequente em crianças. O diagnóstico precoce de ACE é essencial, pois o atraso no seu reconhecimento e tratamento pode incorrer em sequelas definitivas ou dano fatal. O quadro clínico pode ser característico de ACE ou então pode ser inespecífico, com ausência de sinais ao exame físico, o que torna necessário um alto grau de suspeição para evitar o seu atraso. Os autores apresentam o caso clínico de um utente de 27 anos de idade, que recorre ao serviço de urgência (SU) após um procedimento dentário. À chegada ao SU referia ligeiro desconforto ao nível da orofaringe, negava tosse, dispneia, disfagia e dores. Hemodinamicamente estável, saturação periférica normal, auscultação pulmonar sem alterações, orofaringe sem alterações. Neste contexto, realizou radiografia do tórax posteroanterior (PA) que evidenciou a presença de corpo estranho aparentemente a nível esofágico tendo alta com a indicação de voltar se agravamento dos sintomas. Após 2 dias e, continuando com a sensação de desconforto a nível torácico, agravado pela tosse, recorreu ao SU onde realizou novo radiografia do tórax (PA), semelhante ao precedente. Sem alterações no exame objetivo. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que não relevou presença de corpos estranhos colocando a hipótese de o mesmo estar localizado na traqueia. Foi realizado nova radiografia de tórax (PA e perfil), após endoscopia que mostrou a progressão do corpo estranho até o Brônquio Principal Esquerdo (BPE) pelo que foi submetido a broncoscopia. Foi retirado o corpo estranho (broca de dentista) da língua. Tratando-se de um corpo estranho com ponta extremamente aguçada o paciente foi internado iniciando tratamento antibiótico com piperacilina e tazobactam no sentido

de prevenir eventual mediastinite. Após 5 dias de tratamento e por não apresentar alterações analíticas e clínicas o doente teve alta e foi encaminhado para a consulta de Pneumologia.

Palavras-chave: *Corpo estranho. Broncofibroscopia. Mediastinite.*

PNEUMOTORAX ESPONTÂNEO E HIPERSINSUFLAÇÃO UNILATERAL: UMA CAUSA INÉDITA

R. Reis, A. Fernandes

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

Introdução: A associação de pneumotorax espontâneo e cancro de pulmão é rara e os seus mecanismos fisiopatológicos não são claros. **Caso clínico:** Relatamos o caso de uma mulher de 30 anos de idade, sem história de consumo tabágico, que se apresentou com queixas de dor torácica esquerda recente e história de tosse com 2 meses de evolução. Radiografia do tórax mostrou pneumotorax à esquerda que foi resolvido com a inserção de dreno torácico. Dois meses mais tarde volta com hemoptises de novo. A tomografia computadorizada do tórax mostrou um pequeno pneumotorax à esquerda e também, aumento do volume do pulmão esquerdo, desvio contralateral do mediastino e aumento da atenuação do pulmão direito. Estas alterações eram mais evidentes com a expiração e mantiveram-se após resolução do pneumotorax. Além disso, era visível uma lesão no brônquio principal esquerdo que a broncoscopia revelou tratar-se de um tumor carcinóide típico. O scan com octeotrido mostrou avidéz somente na lesão do brônquio principal esquerdo e foi realizada cirurgia com excisão do brônquio principal e lobectomia do lobo superior esquerdo. Análise patológica confirmou tumor carcinóide típico e não mostrou sinais de enfisema ou de bolhas pleurais. Um ano após cirurgia a doente está assintomática, não apresentou novo pneumotorax e a tomografia computadorizada do tórax mostra resolução do desvio do mediastino e das diferenças na atenuação pulmonar.

Discussão: O pneumotorax espontâneo como complicação do cancro do pulmão é raro, compreendendo somente 0,05 a 1,4% de todos os pneumotoraxes e ocorrendo em só 0,05 a 0,46% de todos os doentes com neoplasia do pulmão. Além disso, no nosso conhecimento não existe descrição prévia de um tumor carcinóide brônquico apresentar-se, ou ser complicado, com pneumotorax. Os mecanismos propostos em doentes com cancro têm sido a formação de fístula broncopleurale secundária a invasão ou pleural ou necrose e, menos frequentemente, a rotura de alvéolos, bolhas enfisematosas ou blebs subpleurais devido à hiperinsuflação das vias aéreas periféricas causada pelo tumor que age como válvula unidireccional. No caso apresentado, o tumor do brônquio principal esquerdo funcionava como obstrução variável levando a retenção de ar e a hiperinsuflação unilateral esquerda, o que associado com as manobras expiratórias causava um aumento na pressão alveolar com eventual rotura alveolar e pneumotorax. Este é um caso muito raro, sem descrição prévia, de tumor carcinóide brônquico que se apresenta com pneumotorax espontâneo recorrente associado a hiperinsuflação unilateral, explicado por um mecanismo de válvula unidireccional.

Palavras-chave: *Pneumotórax. Neoplasia do pulmão. Tumor carcinoide.*

QUANDO A VENTILAÇÃO INVASIVA FALHA

L. Santos, H. Liberato, R. Melo, C. Pardal, F. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

A oxigenação extra-corpórea por membrana é uma técnica de suporte cardiopulmonar prolongado, com finalidade de auxiliar o

pulmão e/ou o coração, quando os mesmos entram em falência sem resposta aos tratamentos convencionais. Os autores descrevem um caso clínico de um homem caucasiano de 42 anos, saudável, não fumador, polícia. Internado por tosse produtiva, dispneia e vômitos com 4 dias de evolução. Previamente medicado com amoxicilina e ácido clavulânico sem melhoria. Ao exame objectivo, destacavam-se aumento da frequência respiratória e prolongamento do tempo expiratório. Analiticamente, elevação de parâmetros de fase aguda positivos, exames culturais, serologias de HIV e pesquisa de H1N1 negativos. Gasometricamente: insuficiência respiratória parcial. Radiologicamente: infiltrados pulmonares intersticiais bilaterais. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e claritromicina com agravamento, pelo que foi entubado orotraquealmente e transferido para a UCIP deste hospital. Continuou a evoluir desfavoravelmente com hipoxémia refractária pelo que foi transferido para a UCIP do Hospital de Santa Maria para oxigenação extra-corpórea (ECMO). Desenvolveu eosinofilia periférica e no lavado bronco-alveolar. Atendendo às hipóteses diagnósticas de pneumonia eosinofílica ou síndrome hipereosinofílica, iniciou metilprednisolona com resposta favorável. Desenvolveu várias complicações relacionadas com a ECMO e necessidade de traqueostomia. Foi transferido para o hospital de origem, onde iniciou programa de reabilitação respiratória e motora com melhoria progressiva e encerramento da traqueostomia.

Palavras-chave: *Oxigenação extracorpórea. Ventilação mecânica invasiva. Pneumonia eosinofílica.*

SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN. A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

A.F. Gonçalves, D. Coutinho, A. Vale, N. Taveira, S. Neves

Serviço de Pneumologia, CHVNG/Espinho.

Introdução: A síndrome de Mounier-Kunh (MK) ou traqueo-broncomegália constitui uma entidade clínica e radiológica rara. Pensa-se estar relacionada com uma deficiência congénita da camada elástica e muscular da traqueia e brônquios principais, conduzindo à sua dilatação e até mesmo à formação de divertículos entre os anéis cartilagosos. Caracteristicamente tem formas clínicas de apresentação distintas.

Casos clínicos: *Caso clínico 1.* Doente do sexo masculino de 45 anos, não fumador. Queixas de dispneia, tosse produtiva e por vezes hemoptoica com alguns anos de evolução e infeções respiratórias recorrentes. Na telerradiografia torácica apresentava alargamento do diâmetro da traqueia e padrão sugestivo de bronquiectasias bilaterais. A TAC-torácica mostrava aumento do calibre e alteração da configuração habitual da traqueia e brônquios principais, assim como bronquiectasias do tipo varicosa, difusas. A broncofibroscopia identificou dilatação da traqueia com divertículos e recessos, sugestiva de traqueobroncomegalia, colapso dinâmico da traqueia e brônquios principais com abundantes secreções purulentas. O estudo funcional respiratório demonstrou aumento do volume residual (2.94 L-162.59%) com um padrão obstructivo e broncodilatação positiva: FEV₁ de 2,11 L (67,2%- pós-broncodilatação), FVC de 2,77 L (73,8% pós-BD) e FEV₁/FVC de 76,16% (pós-BD). O doente evidenciou melhoria da sintomatologia e do número de exacerbações com a introdução da terapêutica broncodilatadora e integração em programa de reabilitação respiratória. *Caso clínico 2.* Doente do sexo masculino de 62 anos, fumador e com antecedentes de doença de Peyronie, úlcera gástrica com gastrectomia parcial e Gamapatia monoclonal. Apresentava sintomas de dispneia, tosse produtiva e pieira ocasional. Na telerradiografia torácica apresentava alargamento do diâmetro da traqueia e sinais sugestivos de enfisema pulmonar. A TAC torácica evidenciava dilatação traqueal e dos brônquios

principais, enfisema centriacinar predominantemente paraseptal, bronquiectasias cilíndricas basais nos lobos superiores, médio e basais. A broncofibrosia demonstrou a presença de aumento do calibre da traqueia e protusão da cartilagem mais evidente na parede lateral esquerda do 1/3 inferior. Funcionalmente apresentava defeito ligeiro da difusão alvéolo-capilar do CO (DLCO-SB: 65,1 e DLCO/VA: 62,7). Iniciou terapêutica broncodilatadora e foi enviado para consulta de desabilitação tabágica. Abandonou hábitos tabágicos, com melhoria dos sintomas.

Conclusão: Este síndrome pode ser um achado ocasional em indivíduos assintomáticos mas quando sintomático é caracterizado por pneumonias de repetição, com eventual progressão para tosse crónica produtiva, hemoptise ocasional ou dispneia progressiva. Outras complicações incluem hemoptise maciça, pneumotórax espontâneo, hipocratismos digitais e falência respiratória. O Síndrome de MK pode cursar com bronquiectasias, enfisema e fibrose pulmonar como forma de apresentação. Embora raro deve ser sempre suspeitado em pacientes com bronquiectasias e infeções respiratórias recorrentes com produção crónica de expectoração. Uma avaliação da anatomia das vias aéreas através da TAC torácica é importante para o seu diagnóstico.

Palavras-chave: *Traqueobronqueomegália. Bronquiectasias. Enfisema.*

HEMOPTISES, ETIOLOGIA E TRATAMENTO

A. Bugalho de Almeida, A. Manique, I. Correia, E. Fragoso, F. Freitas, L. Martins

Serviço de Pneumologia I, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Objectivo: Estudar a etiologia, diagnóstico e tratamento dos doentes admitidos por hemoptises num serviço de Pneumologia.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos por hemoptises no Serviço de Pneumologia de um Hospital Central entre 1 de Julho de 2011 e 31 de Julho de 2012. Foram analisadas as variáveis demográficas, a etiologia, os exames complementares de diagnóstico efectuados, as atitudes terapêuticas mais frequentes e a mortalidade.

Resultados: De um total de 893 doentes admitidos, foram avaliados 32 doentes internados por hemoptises. Apresentavam uma idade média de 65±14 anos. Predominou o sexo masculino (81%). A demora média de internamento por hemoptises foi de 13 dias, sendo a média de internamento do serviço no mesmo período de 11 dias. Do ponto de vista etiológico, a neoplasia do pulmão, as bronquiectasias e pneumonia dominaram os diagnósticos (28%, 16% e 16%, respectivamente), seguidas de outras infeções respiratórias (9%), doença pulmonar obstrutiva crónica (6%), doenças do interstício pulmonar (6%), sequelas de tuberculose pulmonar (3%), aspergiloma (3%), ruptura intrabronquial de aneurisma da aorta (3%), neoplasia da tiróide com metastização pulmonar (3%) e iatrogénica (3%). A etiologia ficou por esclarecer em apenas um doente (3%). Para investigação diagnóstica, foi efetuada TC torácica em 72% e broncofibroscopia em 75% dos doentes. Do ponto de vista terapêutico, 94% dos doentes foram medicados com antifibrinolíticos e 9% com somatostatina. Em 12% dos doentes, a hemorragia foi controlada com recurso a soro adrenalinado por via endoscópica. A taxa de mortalidade observada nos doentes internados com hemoptises foi de 16%, sendo as hemoptises causa directa de morte em 9%. A taxa de mortalidade no serviço durante o período de estudo foi 11%.

Conclusão: As hemoptises continuam a ser um sintoma respiratório preocupante representando 3,6% do total de internamentos. As principais causas nos doentes internados no Serviço foram a neoplasia do pulmão, as bronquiectasias e a pneumonia. A mortalidade foi mais elevada nesta população de doentes, em

comparação com a mortalidade global observada no mesmo período.

Palavras-chave: *Hemoptises. Etiologia. Tratamento.*

DISPNEIA: DOENÇA, SINAL OU SINTOMA?

R. Gomes, F. Luís, M. Reis, C. António, S. Correia

Serviço de Pneumologia (Director do Serviço de Pneumologia: Dr. Luís Ferreira), Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: A *American Thoracic Society* define dispneia como uma experiência subjectiva de desconforto ao respirar compreendendo sensações qualitativamente diferentes com intensidade variável. Nos EUA representa um dos 10 principais motivos para recurso ao Serviço de Urgência (SU). A alteração cognitiva na percepção de sintomas, amplia a interacção entre factores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais e pode induzir respostas fisiológicas e comportamentais secundárias, identificadas por terceiros. Sendo um sintoma/sinal inespecífico, a identificação da etiologia é um desafio. A gasimetria arterial (GSA) não permite distinguir a etiologia da dispneia aguda, mas pode ser usada na estratificação do risco.

Objectivo: Compreender o perfil clínico, social e ambiental dos doentes que recorreram ao SU de adultos do Hospital Sousa Martins triados pelo fluxograma da dispneia da Triagem de Manchester, com prioridade muito urgente (laranja).

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo (1/7/2011 a 30/6/2012). Em 869 doentes seleccionaram-se 571 com número de processo consecutivo. Os critérios de exclusão aplicados foram: ausência de registo das variáveis em análise no *Alert*[®], alcalose respiratória com hiperóxia e situações traumáticas. Nos doentes com mais de um recurso ao SU considerou-se o último episódio. Procedeu-se ao enquadramento nos grupos: I- doença aguda de novo; II- agudização de doença crónica; III- sintoma isolado sem diagnóstico de doença específica; IV- sinal referido por terceiros/registado na avaliação do doente, sem diagnóstico de doença específica.

Resultados: Registaram-se 59701 episódios de urgência com 3748 (6,3%) triados pelo fluxograma dispneia. A prioridade muito urgente foi atribuída em 1661 casos (44,3%). Obteve-se uma amostra de 491 doentes, 46,4% homens e 53,6% mulheres, com mediana de idades de 82 anos. A maioria dos doentes reside no domicílio (63%). Em 53% identificou-se um elemento cuidador e 1,2% vive só. Os antecedentes patológicos maioritariamente registados foram: cardiovasculares (67,6%), metabólicos (35%), respiratórios (33,4%) e neurológicos (18,9%). Registaram-se dois ou mais antecedentes em 71% das situações. A ocorrência da dispneia relacionou-se em 40,9% com agudização de doença crónica, e em 38,9% com doença aguda. Não tiveram diagnóstico 21,6% dos doentes. A GSA evidenciou em 15,7% dos doentes insuficiência respiratória global compensada e em 11,6% acidémia respiratória. Procedeu-se ao internamento em 63,9% e a alta em 29,9%. Em 4,5% ocorreu o óbito no SU. Verificou-se alteração de pH em 68,4% das admissões em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e nos falecidos.

Conclusões: O estudo reflecte uma população geriátrica, proveniente na maioria do domicílio, com dependência de terceiros e elevado número de comorbilidades, justificando o aumento da incidência de dispneia face a outros estudos. A etiologia da dispneia esteve na maioria das situações relacionada com agudização de doença crónica. Em 21,6% não foi atribuído diagnóstico, valor similar a outros estudos. A alteração de pH foi um achado frequente nas admissões em UCI e nos falecidos, o que está de acordo com um estudo recente em que esteve associada à mortalidade.

Palavras-chave: *Dispneia. Urgência. Triagem de Manchester.*

UM CASO DE ENDOMETRIOSE TORÁCICA

C. Guerreiro, C. Saraiva, B. Santos, U. Brito

Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, EPE.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma doente com 42 anos de idade, caucasiana, recepcionista. Trata-se de uma doente fumadora, sem hábitos alcoólicos ou toxicómanos. Sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes. Medicada com anticonceptivo que havia decidido suspender há uma semana. Aparentemente bem até ao dia da vinda ao serviço de urgência, altura em que inicia de modo súbito dor no hemitórax direito tipo pleurítica, sem irradiação e sem factores de alívio. Negava história de traumatismo, febre, tosse, expetoração, hemoptise ou dispneia. Negava episódios semelhantes no passado. Apresentava-se hemodinamicamente estável, com murmúrio vesicular diminuído à direita, hiper-ressonância e vibrações vocais diminuídas à direita. Na radiografia de tórax observava-se hipertransparência periférica no campo pulmonar direito compatível com pneumotórax espontâneo primário pelo que foi colocada drenagem torácica com progressiva diminuição da câmara de pneumotórax. Ao 18º dia de drenagem, ainda sem resolução do quadro, a doente foi transferida para o serviço de cirurgia torácica. Foi submetida a videotoracoscopia onde foram visualizadas fenestrações e implantes diafragmáticos que foram biopsados, tendo sido feita pleurectomia e talcagem diafragmática. O exame anatomopatológico mostrou tratar-se de focos de endometriose. Neste contexto a doente foi medicada com goseralina, tendo esta sido interrompida após duas administrações por intolerância. Atualmente encontra-se medicada com contraceptivo oral combinado contínuo, estando assintomática.

Conclusão: A Endometriose é definida como a presença de tecido do endométrio fora da cavidade uterina. A manutenção e crescimento dos implantes de endométrio dependem da presença das hormonas ováricas pelo que esta condição ocorre quase exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva ou em mulheres sob terapêutica hormonal de substituição. A Endometriose Torácica é uma condição incomum que em 70-73% dos casos se manifesta por pneumotórax catamenial.

Palavras-chave: Endometriose torácica. Pneumotórax catamenial.

RARA OU SUB-DIAGNOSTICADA?

M. Grafino, S. Salgado, E. Pestana, J.P. Mata, C. Bárbara

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

A traqueobroncomegalia idiopática ou síndrome de Mounier-Kühn é uma situação rara caracterizada pela dilatação da traqueia e brônquios principais. O espectro de manifestações clínicas é amplo e a sintomatologia inespecífica, no entanto, as infecções respiratórias de repetição são uma apresentação comum. A tomografia computadorizada (TC) do tórax é importante quer no diagnóstico, quer na avaliação de complicações, tais como, divertículos da traqueia e bronquiectasias. O tratamento é, essencialmente, de suporte. O presente trabalho relata o caso clínico de um homem de 76 anos, ex-fumador, com antecedentes pessoais de infecções respiratórias de repetição, bronquiectasias e insuficiência respiratória, internado por pneumonia bilateral necrotizante e insuficiência respiratória crónica agudizada. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, TC do tórax e broncofibroscopia, documentou-se traqueobroncomegalia, divertículo traqueal e múltiplas bronquiectasias bilaterais. Neste contexto, admitiu-se o diagnóstico de síndrome de Mounier-Kühn. Em suma, a síndrome de Mounier-Kühn deve ser considerada no diagnóstico diferencial de infecções respiratórias de repetição e

das bronquiectasias. A sintomatologia inespecífica desta entidade, associada a um número crescente de casos descritos na literatura, leva-nos a questionar se esta síndrome é tão rara como se supõe ou se, por outro lado, se encontra sub-diagnosticada.

Palavras-chave: Síndrome de Mounier-Kühn. Traqueobroncomegalia.

UM CASO RARO DE HEMOPTISE

L. Martins, F. Freitas, A. Manique

Serviço de Pneumologia 1, Hospital de Santa Maria, CHLN.

As hemoptises maciças são um fenómeno pouco comum e podem ser atribuídas a várias causas tais como doenças infecciosas, neoplasia, trauma, doenças cardiovasculares e de origem iatrogénica. Este caso descreve um homem, 88 anos com os diagnósticos prévios de silicose, tuberculose pulmonar tratada, doença coronária isquémica e hipertensão arterial. Foi internado no Serviço de Pneumologia por um episódio de hemoptises de quantidade moderada. A broncofibroscopia revelou uma árvore brônquica com orifícios segmentares permeáveis, sem edema, sem secreções e sem hemorragia. A TAC torácica mostrou no 1/3 médio da aorta torácica descendente aneurisma (4,7 × 3,2 × 5 cm) com lúmen parcialmente trombosado. Adjacente à lesão no LI do pulmão esquerdo, área de consolidação do parênquima pulmonar. Logo após ter efectuado os exames de diagnóstico o doente tem episódio de hemoptise fulminante, com colapso cardiovascular e morte. É pedida autópsia que descreve o aneurisma na aorta torácica a 5cm da crossa da aorta como estando aderente ao brônquio e pulmão esquerdos, com dissecção da parede aórtica e rotura. Impregnação hemática do tecido pulmonar adjacente com abundante conteúdo hemático na árvore traqueo-brônquica. Trata-se de um caso raro de dissecção e rotura de aneurisma da aorta torácica para o pulmão determinando hemoptises fulminantes.

Palavras-chave: Hemoptises. Aneurisma da aorta torácica.

SEQUESTRO PULMONAR EM ADOLESCENTE

C. Saraiva, B. Santos, U. Brito

Hospital de Faro, EPE.

Os autores submetem o caso de um jovem de 15 anos, raça negra, estudante, não fumador, sem antecedentes pessoais conhecidos. Recorreu ao Serviço de Urgência por um quadro com um mês de evolução de tosse pouco produtiva e dispneia de esforço, destacando-se no exame objectivo apenas diminuição do murmúrio vesicular e aumento da transmissão das vibrações vocais na base direita à auscultação pulmonar e sem alterações analíticas. Efectuou radiografia de tórax que demonstrou condensação na base direita e por não resolução da imagem radiológica com antibioterapia efectuou tomografia de tórax que demonstrou condensação irregular com broncograma aéreo no lobo inferior direito (LID) e após injeção de contraste, foi identificado vaso arterial dependente da vertente direita da aorta torácica descendente irrigando parte do lobo inferior do pulmão direito, sugestivo de sequestro pulmonar intra-lobar, de localização pouco frequente. Foi referenciado para a Consulta de Técnicas de Pneumologia, efectuando broncofibroscopia, sem alterações e foi feito contacto com a Cirurgia Torácica, tendo sido submetido a laqueação da artéria anómala e lobectomia LID sem complicações. O sequestro pulmonar é uma malformação broncopulmonar pouco frequente, consistindo numa massa pulmonar não funcionante, que recebe a sua vascularização arterial da circulação sistémica e que não comunica com a árvore traqueobronquica através de um brônquio normal. O diagnóstico pode ser feito no período pré-natal, utilizando técnicas de imagiologia fetal. Um diagnóstico

mais preciso deve ser realizado antes da ressecção cirúrgica da anomalia, que constitui o tratamento consensual das formas sintomáticas de apresentação.

Palavras-chave: Sequestro pulmonar. Adolescente.

QUISTOS PULMONARES MÚLTIPLOS EM DOENTE FUMADOR – CASO CLÍNICO

C. Saraiva, B. Santos, U. Brito

Hospital de Faro, EPE.

Os autores submetem o caso de uma doente de 42 anos, sexo feminino, raça caucasiana, assistente operacional, com antecedentes pessoais de tabagismo (40 UMA), doença de refluxo gastro-esofágico e pólipos uterinos. Tinha sido seguida durante 4 anos por expectoração hemoptoica e inicia quadro com um mês de evolução de dor torácica pleurítica, com emagrecimento de 4 kgs, astenia e anorexia, sudorese nocturna, mantendo tosse com expectoração raiada de sangue. Efetuou TC toraco-abdominal que evidenciou enfisema acentuado e imagens quísticas bilaterais, não calcificadas e aumento das dimensões do lobo esquerdo do fígado, sem outras alterações relevantes. Por persistência do quadro recorreu ao Serviço de Urgência, tendo sido medicada com antibiótico e foi referenciada para Consulta de Técnicas de Pneumologia, tendo realizado broncofibroscopia e provas de função respiratórias sem alterações. A doente iniciou queixas articulares (pequenas e grandes articulações, com carácter inflamatório e migratório), com agravamento marcado do cansaço, tendo realizada nova TC, que era sobreponível, pelo que iniciou corticoterapia e foi então proposta para biópsia pulmonar cirúrgica, obtendo-se o diagnóstico histológico de histiocitose de células de Langerhans. Foi aconselhada desabitação tabágica (que a doente não cumpriu) e iniciou corticoterapia transitoriamente em dose baixa com melhoria clínica, mantendo seguimento habitual em Consulta de Pneumologia e encontrando-se clinicamente estável (sem corticoterapia) e sem agravamento funcional e imagiológico. Os autores apresentam este caso, pela raridade e dificuldade do diagnóstico, sendo este apenas obtido por biópsia pulmonar, e porque apesar de não haver tratamento curativo, é possível minimizar os sintomas e evolução da doença com corticoterapia, cessação tabágica e agentes citotóxicos, pelo que se deve investir activamente no seu diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Quistos. Fumador. Artralgia.

ROTURA ESOFÁGICA – UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

G. Reis¹, F. Godinho², M.J. Simões¹, J. Granadeiro³, F. Félix⁴, J. Raposo⁵, H. Bento⁶, A. Pinto Saraiva¹

¹Serviço Pneumologia, CHBM. ²USF Quita da Lomba.

³Serviço de Imagiologia, CHBM. ⁴Serviço de Cirurgia Torácica;

⁵Serviço de Cirurgia Geral e Digestivo; ⁶Unidade de Cuidados Intensivos, HPV CHLN.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 83 anos, caucasiano, não fumador, autónomo nas atividades diárias. Previamente assintomático, recorre ao SU de um hospital por quadro de náuseas e vômitos, seguidos de epigastralgias com 8 dias de evolução. Foi efetuado o diagnóstico de gastroenterite e medicado sem melhoria sintomática. Associou-se febre, dificuldade respiratória, tosse produtiva e toracalgia anterior direita com irradiação à região dorsal nos 2 dias anteriores ao recurso ao SU de outro hospital. À observação encontrava-se vigil, colaborante e orientado. Eupneico e acianótico em repouso. A auscultação pulmonar revelava diminuição do murmúrio vesicular e ferveores crepitantes no 1/3 inferior do hemitorax direito.

Analicamente destacava-se leucocitose discreta com marcada neutrofilia e elevação da PCR. A gasimetria arterial apresentava uma insuficiência respiratória parcial e na telerradiografia de tórax visualizava-se hipotransparência homogénea do 1/3 inferior do hemicampo pulmonar direito. Foi internado em serviço de Medicina, sob a hipótese diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade hipoxemiante, tendo iniciado antibioterapia empírica. Assiste-se ao desenvolvimento de derrame pleural homolateral e agravamento progressivo da insuficiência respiratória, motivando a transferência para a Unidade de Cuidados Intermediários. Da tentativa de inserção de cateter venoso central na veia jugular interna direita resulta hidropneumotórax homolateral, com necessidade de colocação de drenagem torácica, cujo conteúdo se revelou purulento. A avaliação citoquímica foi compatível com empiema, apresentado inesperadamente franca elevação da amilase e glicose. Contudo, o doente adquiriu estabilidade clínica e hemodinâmica que permitiu transferência para Serviço de Pneumologia. A desfavorável evolução clínica e laboratorial, associada à constante alteração do aspecto macroscópico do conteúdo drenado, conduziu à repetição do seu estudo citoquímico, com elevação da amilase de 17000 para 29700 UI/L. Foi pedida tomografia computadorizada torácica que revelou presença de piopneumotórax septado e a presença de pneumomediastino sugerindo rotura esofágica, confirmada após contraste. O doente foi transferido para a UCI do HPV e submetido a intervenção cirúrgica conjunta pela cirurgia geral e torácica, tendo-se identificado e encerrado fistula esofágica, a nível do esófago distal. A fistula esofago-pleural é uma situação rara que se associa a elevada morbimortalidade, particularmente quando diagnosticada tardiamente. O caso ilustra, a relevância da anamnese enquanto elemento fundamental da raciocínio diagnóstico, a importância do estudo de um derrame pleural e a evolução favorável de uma situação clínica grave.

Palavras-chave: Rotura esofágica. Piopneumotorax.

O TREINO DE EXERCÍCIO INFLUENCIA A PERCEÇÃO DA DISPNEIA?

A. Vale¹, R. Monteiro², S. Campaíha², M. Guimaraes², N. Taveira².

¹Serviço de Pneumologia, CHTMAD. ²Unidade de Reabilitação Respiratória, Serviço de Pneumologia, C.H. Gaia/Espinho.

Introdução: A dispneia é o sintoma dominante nos doentes com doença respiratória crónica, causando limitação da capacidade de exercício e condicionando a sua qualidade de vida. Nestes doentes, o treino de exercício (TE) tem demonstrado ser eficaz na readaptação da sua funcionalidade.

Objetivo: Avaliar o impacto de um programa de TE na percepção da dispneia e fadiga no esforço.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu doentes que cumpriram programa de TE, com obstrução moderada a grave e limitação ventilatória da capacidade de exercício documentada em teste de exercício cardiorrespiratório. O TE combinado consistiu em 20 sessões em bicicleta (4 ciclos de 3 minutos a intensidade igual ou superior ao limiar anaeróbico, intervalados por períodos de 2 minutos de intensidade menor) e 10 minutos em ergómetro de braços. No início e final de cada sessão, incluiu exercícios de treino aeróbico. A dispneia foi avaliada pelas escalas mMRC antes e após o treino e Borg modificada no início e final de cada sessão do TE e prova de 6 minutos de marcha, efetuada antes e após o programa de TE. Na análise estatística foi utilizado o teste de Wilcoxon no programa IBM SPSS 20.

Resultados: Concluíram o treino 13 doentes, 12 do sexo masculino, com idade de 57,7 ± 9,4 anos. Onze doentes apresentavam DPOC, um Fibrose Pulmonar Idiopática e outro Bronquiectasias. Do estudo funcional constam: %FEV₁ 45,2 ± 13,6, %DLCO 59,2 ± 17,5, e em condições basais, PaO₂ 70,5 ± 10,7 e PaCO₂ 41,3 ± 5,6.

	mMRC	Borg PM6m	
		Dispneia	Fadiga
Antes TE	2,2 ± 1,1	1,7 ± 1,5	1,2 ± 1,5
Após TE	1,8 ± 0,8	1,1 ± 1,3	0,5 ± 0,8
P	0,16	0,04	0,26
		Borg dispneia	Borg fadiga
1ª sessão treino		1,3 ± 1,1	2,0 ± 1,6
20ª sessão treino		0,8 ± 0,7	0,8 ± 0,6
p		0,03	0,04

Conclusões: O programa de TE influenciou positivamente a percepção de dispneia e fadiga com o esforço. Outros estudos poderão enquadrar estes resultados numa percepção mais positiva da cronicidade da doença e melhorar expectativas em saúde.

Palavras-chave: Treino de exercício. Dispneia. Impacto.

HÁBITOS TABÁGICOS NOS DOENTES COM PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO E PNEUMONIA BACTERIANA: O IMPACTO DO INTERNAMENTO HOSPITALAR

I. Franco, R. Monteiro, I. Pascoal

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

Introdução: O pneumotórax espontâneo primário (PEP) e a pneumonia bacteriana (PB) são patologias respiratórias agudas que acometem frequentemente doentes jovens, apresentam sintomas incapacitantes, necessidade de internamento hospitalar e tratamentos invasivos. Os fumadores apresentam maior risco de PEP e de PB mais graves. O internamento representa uma oportunidade única de abordagem e tratamento do tabagismo.

Objetivo: Analisar e comparar o impacto do internamento hospitalar por PEP e PB nos hábitos tabágicos.

Métodos: Entre 2007 e 2010 foram internados num serviço de Pneumologia 132 doentes com PEP e 254 doentes com PB com idade ≤ 55 anos, dos quais foram selecionados 90 e 96 doentes, respetivamente, de acordo com os seguintes critérios: fumadores, sem patologia pulmonar prévia ou história de toxic dependência. Aplicado um questionário telefónico confidencial associado a análise retrospectiva dos dados clínicos, de modo a avaliar os hábitos tabágicos, o reconhecimento por parte dos fumadores da relação do tabagismo com as patologias em causa, o tratamento realizado e a orientação durante e após o internamento.

Resultados: Foi possível realizar o questionário a 43 (53%) doentes com PEP e 38 (47%) doentes com PB. À data da entrevista, 29 (35,8%) doentes não fumavam, 16 (55,2%) nunca mais fumaram após o internamento. Dos 61 (75,3%) doentes que mantiveram abstinência após a alta, 45 (73,7%) recaíram, em média, 4 meses (0,25-18 meses) após a alta. O consumo, à data do inquérito, dos 52 (64,2%) que fumavam, era 14+8 cigarros/dia (CD), significativamente menos que antes do internamento (20 + 9 CD) ($p < 0,001$). 71 (87,7%) referiram ter sido aconselhados a deixar de fumar durante o internamento e 48 (59,3%) afirmaram reconhecer relação entre o tabaco e a sua patologia. Foi prescrita terapêutica com substitutos da nicotina a 8 (9,3%) doentes; 15 (18,5%) foram orientados para consulta de desabitucação tabágica dos quais 7 (46,6%) faltaram. Os doentes com PB apresentaram idade superior (40,4+9,7 vs. 28,5 + 8,6 anos, $p < 0,001$), maiores cargas tabágicas (30 + 18 vs. 12 + 10 UMA; $p < 0,001$) e maior tempo de internamento (11,9 + 6,8 vs. 5,5 + 2,3 dias; $p < 0,001$), não existindo diferenças significativas em relação à evolução dos hábitos tabágicos, neste grupo, quando comparado com o grupo dos PEP. Tratamentos

invasivos, como a toracoscopia médica ou cirúrgica, e a recidiva do pneumotórax não influenciaram a recaída nos doentes com PEP. Os 3 doentes internados por pneumonia com necessidade de admissão em cuidados intensivos e ventilação invasiva não voltaram a fumar (100 vs. 66,7%; $p = 0,01$).

Discussão: Um número importante manteve abstinência prolongada e ocorreu redução significativa do consumo após o internamento. O impacto do internamento foi independente da patologia, da carga tabágica e da duração do internamento. A modalidade de tratamento do PEP não influenciou os resultados. O internamento em cuidados intensivos parece ser um evento significativo para a cessação. A maioria recebeu aconselhamento e reconheceu a relação do tabaco com a sua patologia. As orientações internacionais propõem um programa estruturado que integre seguimento após alta.

Palavras-chave: Pneumotórax. Pneumonia. Prevenção tabágica.

EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO TABÁGICO APÓS ABANDONO PRECOCE DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA

C. Pacheco, A. Vale, M. Guimarães, I. Pascoal

Hospital de Braga, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introdução: O consumo de tabaco é a principal causa de morbimortalidade evitável. Apesar da reconhecida eficácia dos tratamentos atualmente disponíveis, os resultados ficam aquém do desejável. A má adesão aos programas de tratamento compromete consideravelmente o sucesso terapêutico. Intervenções repetidas em fumadores não preparados para a cessação, aumentam a probabilidade de tentativas futuras bem-sucedidas. Aos fumadores que abandonam os programas de tratamento é atribuída a classificação de insucesso. Não é conhecida a evolução do comportamento tabágico dos fumadores que abandonam as Consultas de apoio intensivo.

Objetivo: Caracterização epidemiológica e clínica dos fumadores que abandonam precocemente um programa de cessação tabágica. Avaliação do consumo e motivação dos fumadores após 6 ou mais meses de terem frequentado a consulta.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado em consulta do processo clínico e aplicação de um questionário telefónico a fumadores que iniciaram um programa de desabitucação tabágica no CHVNG em 2010 e 2011, tendo, no entanto, abandonado o mesmo até um máximo de 3 intervenções.

Resultados: No período considerado foram efetuadas 417 primeiras consultas. Foram incluídos 191 fumadores (67% homens), com idade média de 46,3 ± 12 anos. O tempo médio de espera para a integração no programa foi de 3,6 ± 2,9 meses. As principais comorbilidades foram a patologia respiratória, cardiovascular e psiquiátrica. A maioria dos fumadores (59%) tinha história de tentativa prévia de cessação tabágica. A carga tabágica média era de 38 ± 26 UMA. A motivação para a cessação era de 7,4 ± 2 (escala numérica analógica) e 8 ± 1,5 (escala de Richmond) e a dependência de 5,3 ± 2,2 (teste de Fagerström). A entrevista telefónica foi concretizada a 124 indivíduos, 82 (66%) do sexo masculino. A idade média é 47 ± 11 anos. Quinze (12%) dos fumadores contactados deixaram de fumar, 10 no primeiro mês após a última consulta e nenhum com acompanhamento. O aumento da motivação foi a razão apontada por 2/3 dos inquiridos para o sucesso na cessação tabágica. Cerca de 40% do total dos inquiridos refere cessação ou redução temporária do consumo após abandono da consulta. Cerca de 88% (109) dos inquiridos continua a fumar à data do inquérito. Aproximadamente metade destes não alterou o consumo, um terço diminuiu quantidade de cigarros por dia e os restantes aumentaram. Entre os atuais fumadores, 37 mostraram interesse em deixar de fumar, reconhecendo que seria necessário acompanhamento especializado.

Conclusão: O abandono precoce do programa de tratamento é preocupante e constitui um dos principais fatores de insucesso. Apesar de não confirmada, a abstinência prolongada não é desprezível. Cerca de 30% quer deixar de fumar e reconhece necessidade de apoio especializado. Parece ser aparente o impacto da Consulta nestes resultados, embora não seja possível quantificá-lo. Melhorar a informação acerca do caráter crónico e da necessidade de tratamento e acompanhamento da dependência tabágica poderá reduzir o número abandonos e recaídas. É também recomendável aperfeiçoar a referência e acessibilidade aos programas de tratamento.

Palavras-chave: Tabaco. Fumadores. Abandono. Consulta.

PERFIL DE UTILIZADORES DE CONSULTAS DE CESSAÇÃO TABÁGICA: ABSTINENTES VERSUS FUMADORES AOS 6 MESES

M.H.P. Ferreira, M.T.M. Veríssimo, L.X.M. Sousa

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Universidade de Aveiro.

As consultas de Cessação Tabágica existem desde 2002 em muitos Centros de Saúde portugueses, disponibilizando um aglomerado de registos que pouco tem sido explorado. Este estudo compara utilizadores da consulta que deixaram vs não deixaram de fumar após 6 meses de consultas, considerando: dados sociodemográficos, história de hábitos tabágicos, comportamentos tabágicos atuais e perspetiva futura de cessação. A amostra compreende 395 participantes, com média etária de 41,58 anos ($\pm 12,68$); 35,7% do género feminino. Os dados foram obtidos a partir dos registos clínicos de consultas de cessação tabágica.

Os principais resultados indicam que 12,9% dos participantes estão sem fumar aos 6 meses. A comparação entre os que deixaram e não deixaram de fumar revela que o perfil do utilizador com mais sucesso é: tem mais idade; consome menos cigarros por dia; assume menor capacidade para reduzir o número de cigarros/dia; percebe menos apoio familiar para a cessação tabágica. Estes dados fornecem indicações/orientações aos profissionais de saúde envolvidos nas Consultas de Cessação Tabágica, indicando elementos do perfil dos utilizadores com (in)sucesso na cessação tabágica.

Palavras-chave: Fatores epidemiológicos. Ajuda. Abandono do uso de tabaco.

ABANDONO DE PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA: A PERSPETIVA DO FUMADOR

A. Vale¹, C. Pacheco², M. Guimarães³, I. Pascoal³

¹Serviço de Pneumologia, CHTMAD. ²Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ³Assistente Hospitalar de Pneumologia, CHVNG/E.

Introdução: O ato de fumar é um comportamento que se explica pela associação de fatores fisiológicos, psicológicos, cognitivos e sociais. A intervenção intensiva é aquela que se associa a maior taxa de eficácia na alteração do comportamento do fumador. A motivação é o principal determinante do sucesso e constitui o primeiro critério de referência à Consulta de apoio intensivo. A não adesão ao programa de cessação tabágica é um dos principais fatores associados ao seu insucesso. Conhecer o ponto de vista do doente poderá contribuir para melhorar a resposta às suas expectativas.

Objetivo: Determinação dos motivos invocados pelo fumador para o abandono precoce do programa de cessação tabágica.

Métodos: Estudo baseado na consulta do processo clínico e em entrevista telefónica a fumadores que, tendo iniciado programa

de cessação tabágica no CHVNG/E durante 2010 e 2011, o abandonaram precocemente, tendo realizado, no máximo, três consultas médicas. Foram apenas incluídos fumadores que responderam ao inquérito telefónico.

Resultados: Foram entrevistados 124 fumadores, 82 do sexo masculino. A idade média é 47 ± 11 anos. Cerca de 48% dos fumadores refere a falta de motivação como o principal responsável para o abandono do programa; em 21% o programa não correspondeu às expectativas e 18% invoca motivos sociais. A integração do programa por imposição médica foi frequentemente identificada por fumadores que abandonaram por falta de motivação pessoal. No grupo de doentes cujo programa não correspondeu às expectativas, o desconhecimento do processo de cessação tabágica, a necessidade de calendarização das intervenções, o papel e limitações da terapêutica farmacológica, a necessidade de intervenção psicológica e mudança de comportamento foram apontados como fatores associados ao insucesso. A mudança de residência, a impossibilidade de comparecer nas consultas por motivo laboral, os custos da taxa moderadora, das deslocações e da medicação proposta foram os motivos mais referidos entre aqueles que invocaram motivo social para abandono do programa.

Conclusões: A falta de motivação foi o principal motivo apontado como responsável pelo abandono precoce do programa de cessação tabágica. As falsas expectativas nomeadamente em relação ao papel dos fármacos e o desconhecimento em relação ao programa de tratamento constituem outro obstáculo à adesão e ao sucesso. Não é insignificante o peso das questões sociais, que ultrapassam a capacidade de intervenção direta da equipa da Consulta. É necessário melhorar a informação dos fumadores e a formação de todos os intervenientes no processo. Qualquer modalidade de terapêutica falhará se não integrada num Programa de prevenção e controlo do tabagismo que garanta a acessibilidade ao tratamento. A eficácia de qualquer Programa será comprometida num contexto pessoal e social não favorecedor da cessação.

Palavras-chave: Desabitação tabágica. Abandono. Motivação.

IMAGIOLOGIA TORÁCICA E CO-MORBILIDADES CARDIOVASCULARES NA DPOC

A.F. Gonçalves¹, C. Ribeiro¹, I. Ladeira¹, I. Gonçalves¹, M. Soares², N. Taveira¹

¹Serviço de Pneumologia, CHVN Gaia/Espinho-EPE.

²CIDES, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: A DPOC é uma doença com envolvimento sistémico, associada a co-morbilidades que são responsáveis por elevados índices de morbimortalidade. A doença cardiovascular é responsável por cerca de 30% das mortes nestes doentes.

Objectivo: Determinar o papel da imagiologia torácica na avaliação das co-morbilidades cardiovasculares em doentes com DPOC.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo (2009-2010) incluindo doentes com DPOC sem internamentos ou com 3 internamentos por exacerbação da doença. Consideraram-se dados demográficos, registo das co-morbilidades, alterações no ecocardiograma e TAC tórax (cardiomegalia, sinais de hipertensão pulmonar, alterações vasculares). A análise estatística foi efetuada em programa SPSS v 20, assumindo um nível de confiança de 95%.

Resultados: Analisamos 39 doentes com pelo menos 3 internamentos no período em estudo e 50 doentes sem qualquer internamento. A média do índice de Charlson é significativamente mais elevada nos doentes com > 3 internamentos (2,71 VS 1,92, $p < 0,05$). Da população em estudo ($n = 89$), 70 (78,7%) dos doentes apresentavam co-morbilidades cardiovasculares. Do total de doentes com co-morbilidades ($n = 70$) a TAC torácica identificou cardiomegalia em 7%, HTP em 24,6% e alterações vasculares em 45,6%. A diferença na ocorrência de co-morbilidades cardiovasculares entre os dois grupos foi mais relevante para a cardiopatia isquémica (37,5%

Tabela 1

	> 3 internamentos	Sem internamentos	
Total	39	50	
Sexo masculino	89,7%	86%	
Idade Média	64,6 (±10,6 anos)	68,1 (±10,0 anos)	
FEV ₁ Médio (% pós BD)	33,3 (±12%)	32,9 (±9%)	
Estadio GOLD III/IV	25,7%/74,3%	28%/72%	
	> 3 internamentos	Sem internamentos	Diferença
Co-morbilidades CV			
DC isquémica	37,5%	15,7%	21,8% (p = 0,016)
IC	70%	56,9%	13,1% (p = 0,18)
Disritmia cardíaca	25%	17,6%	7,4%
HTA	55%	47,1%	7,9%
TAC- torácica			
HTP	8,2%	4,1%	4,1% (p = 0,318)
Cardiomegalia	4,1%	1,4%	2,7% (p = 0,218)
Alterações vasculares	20,5%	17,8%	2,7% (p = 0,257)
Ecocardiograma			
HTP	10,3%	9,1%	6,2% (p = 0,361)
Cardiomegalia	15,6%	19,5%	(p = 0,836)
FE prejudicada	23,6%	5,6%	18% (p = 0,0001)

Vs 15,7% p = 0,016). Quando se comparam as alterações na TAC-torácica entre os dois grupos de doentes não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A fração de ejeção do ventrículo esquerdo apresentou variação com significado estatístico no grupo de doentes com 3 internamentos (p = 0,0001). Na identificação de HTP a TAC torácica e o ecocardiograma apresentaram uma concordância de 74%. (Tabela 1).

Conclusões: Neste estudo as alterações cardiovasculares identificadas na TAC-torácica, mostraram ser um contributo importante e complementar de outros achados na avaliação das co-morbilidades cardiovasculares da DPOC.

Palavras-chave: *Imagiologia. DPOC. Co-morbilidades cardiovasculares.*

DECLÍNIO DO FEV₁: UM MECANISMO HETEROGÊNIO NA DPOC?

M. Rocha, P. Pinto, C. Bárbara

CHLN, Hospital Pulido Valente.

Introdução: O parâmetro FEV₁ tem sido utilizado como um marcador da história natural da DPOC, estando descrita uma heterogeneidade da taxa do declínio anual do FEV₁ nos doentes com DPOC.

Objectivo: Avaliar a variabilidade anual do parâmetro FEV₁ em doentes com DPOC.

Métodos: Efectuou-se um estudo retrospectivo que incluiu 103 doentes com DPOC (78 % do género masculino; média etária de 62,5 ± 9,7 anos) que realizaram múltiplas avaliações espirométricas por um período de 10 anos. Para cada doente analisaram-se as variáveis IMC, Idade, FEV₁ inicial, Estadio GOLD e procedeu-se ao cálculo da taxa de declínio anual do FEV₁ (*software SPIROLA - Spirometry Longitudinal Data Analysis Versão 3.0*).

Resultados: A taxa média de declínio do FEV₁ variou significativamente consoante a gravidade da obstrução, observando-se médias mais elevadas nos estadios GOLD I e II, relativamente aos estadios III e IV (-48,4 ± 39,7 mL/ano; -16,6 ± 64,7 mL/ano; -12,7 ± 31,8 mL/ano; 3 ± 14,6 mL/ano respectivamente). Os coeficientes de regressão padronizados mostraram que a variável FEV₁ inicial influenciou significativamente a taxa de declínio anual do FEV₁ (P-value = 0,00;

α = 0,05). A análise dos doentes com declínio acentuado (≥ 40 mL/ano vs < 40 mL/ano) revelou médias de FEV₁ inicial significativamente mais elevadas nos doentes com maiores taxas de declínio do FEV₁ (≥ 40 mL/ano: 1,9 ± 0,7 L).

Conclusão: A taxa de declínio do FEV₁ nos doentes com DPOC é muito variável, observando-se o maior declínio nos estadios mais precoces da doença. Este estudo vem reforçar a importância da realização seriada da espirometria para detectar atempadamente os doentes com um declínio acentuado.

Palavras-chave: *Espirometria. DPOC. FEV₁.*

REFERENCIAÇÃO ORGANIZADA ENTRE UNIDADES DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA PARA A REALIZAÇÃO DE ESPIROMETRIA

A. Segorbe Luís, C. Bárbara, P. Monteiro, B. Parente, M. Guimarães, C. Oliveira, J. Gomes, M. Marques

Projecto "Criação de Unidades Operacionais Móveis de Espirometria", Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (2006-2010). Direcção-Geral de Saúde e SPP.

Introdução: Uma maior cobertura nacional de realização de espirometria, terá grande alcance em ganhos de saúde, face ao previsto incremento no País da morbilidade e mortalidade associadas ao tabagismo.

Objectivo: Diagnóstico mais precoce de DPOC para intervir e contrariar a sua tendência evolutiva e melhorar a funcionalidade e o estado de saúde dos portadores da doença.

Material e métodos: Indivíduos referenciados por Unidades de Cuidados Primários de Saúde para a realização de Espirometria. Destes, foram seleccionados aqueles que: Idade ≥ 40 anos com história de tabagismo > 10 UMA e/ou actividade profissional de risco respiratório comprovado e/ou referência a sintoma(s): tosse ou expectoração crónicas ou dispneia de esforço (descritivos: cansaço, falta de ar). Recolha de dados demográficos, actividade profissional, história tabágica, diagnósticos e terapêuticas por Técnico Cardiopneumologista. Foi utilizado o equipamento de espirometria VITALOGRAPH com software SPIROTRAC IV/V. Valores

preditos ou teóricos obtidos de equações de referência europeias. Três registos espirométricos com coeficiente de variação inferior a 5%. Registo dos valores mais elevados de FVC e FEV₁. Considerou-se obstrução brônquica se a espirometria basal registou FEV₁/FVC < 0,70 e DPOC se após broncodilatador agonista beta 2 de acção curta FEV₁/FVC < 0,70 (Critério GOLD de DPOC). Análise estatística mediante a validação dos registos e análise de dados com base no software SPSS. Os resultados são expressos pelo seu valor absoluto e percentual e pelo seu valor médio e respectivo desvio padrão (dp). Como testes de comparação de médias recorreu-se na análise paramétrica ao “t de Student” e “Anova de 1 factor”, no caso de dados qualitativos ao χ^2 (Qui Quadrado), sempre com limiar de significância para valores inferiores a 0,05.

Resultados: Subgrupos analisados segundo a carga tabágica

	NF	UMA < 10	UMA ≥ 10	UMA ≥ 30
n	1.245	156	3.353	1.376
Idade (≥ 40A)	65,8 ± 12,0	57,2 ± 12,1	61,0 ± 11,9	60,3 ± 10,2
sexo M	25,7%	45,5%	55,4%	80,7%
UMA	0	4,8 ± 2,7	39,8 ± 21,7	50,3 ± 19,6
Obstruídos	24,4%	23,1%	32,6%	44,5%
DPOC	20,3%	15,4%	27,5%	38,5%

Conclusões: A leitura dos resultados deverá ter em conta o facto do estudo não ter sido um rastreio, mas sim o resultado de referenciação programada entre o Médico de Família e o Serviço de Pneumologia, para a realização de espirometria em doentes em risco. É consensual que, com a realização de espirometria, a prevalência obtida de DPOC excede a prevalência fundamentada apenas em dados clínicos. A limitação ventilatória não totalmente reversível, definidora de DPOC - “FEV₁/FVC pós BD < 0,70, com ou sem sintomas - tal como tem sido defendido pelo GOLD, tende a sobrestimar a prevalência de DPOC nos mais idosos, inclusive não fumadores. Todavia, o estudo não deixa de confirmar, claramente, que a DPOC está subdiagnosticada no País Apoio NOVARTIS na concepção gráfica.

Palavras-chave: DPOC e Espirometria nos cuidados de saúde primários.

A REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PARA DOENTES COM DPOC EM PORTUGAL

S. Machaqueiro

Escola Nacional de Saúde Pública.

Contexto: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença de elevada prevalência a nível nacional e internacional, mas encontra-se presentemente subdiagnosticada e inadequadamente tratada. A reabilitação respiratória (RR), embora seja uma intervenção-padrão no tratamento da DPOC, é ainda pouco conhecida pelos profissionais e pelos doentes. Em Portugal existem doze instituições com programas de RR, mas terão os médicos de família conhecimento dos mesmos e do tratamento definido pelas *guidelines* para o doente com DPOC? Terão estes programas capacidade para dar resposta a todos os doentes que beneficiariam de RR?

Objectivos: Perceber como participam os doentes com DPOC em RR actualmente em Portugal; conhecer as percepções dos profissionais de saúde acerca da intervenção; identificar os factores que condicionam a acessibilidade do doente com DPOC a RR.

Métodos: Neste estudo observacional e transversal foi desenvolvido e aplicado um questionário a uma amostra de 79 coordenadores de USF – para avaliar o conhecimento, comportamentos e percepções dos médicos de família (MF) relativamente ao tratamento e gestão do doente com DPOC – e um outro questionário a 6 dos

12 responsáveis pelos programas de RR – para avaliar a capacidade instalada de cada programa de RR, dificuldades de resposta e de participação de doentes com DPOC no mesmo. A informação obtida foi tratada recorrendo a estatística descritiva e a testes de correlação entre variáveis.

Resultados: Menos de metade dos MF estiveram presentes em actividades de formação sobre a DPOC e parece existir um baixo nível de conhecimento dos MF acerca da RR, em geral, o que se verificou estar fortemente correlacionado ($p = 0,000$) com a baixa referenciação de doentes com DPOC para RR (9%). A oferta de RR é considerada pela maior parte dos MF e responsáveis por programas como *Insuficiente* ou *Muito insuficiente* e o número de doentes com DPOC com recurso a RR anualmente nas instituições participantes é, geralmente, reduzido (< 80 doentes). Existe, além disso, um conjunto de importantes determinantes estruturais associados ao profissional e ao doente que constituem barreiras à referenciação e participação dos doentes em RR.

Conclusões: Verifica-se uma diferença significativa entre o número de doentes com DPOC registados nos cuidados de saúde primários (CSP) e o número de doentes com recurso a RR anualmente e apenas uma pequena percentagem de doentes com DPOC que beneficiariam da participação em RR está, actualmente, a ter acesso a esta intervenção em Portugal, o que pode ser justificado por diversos aspectos, como o grau de conhecimento do médico, dificuldades económicas do doente, entre outros.

Palavras-chave: DPOC. Reabilitação respiratória. Participação.

BRONQUIECTASIAS – PORQUE NÃO FIBROSE QUÍSTICA?

C. Cruz, P.S. Santos, F. Fradinho, F. Gamboa, B. Paiva, C. Santos
Serviço de Pneumologia (Director: Mário Loureiro), CHUC /HUC.

Introdução: Nos países desenvolvidos, a Fibrose Quística (FQ) é a causa mais comum de bronquiectasias (BQ) em crianças e deve ser um diagnóstico a considerar na avaliação dos adultos com esta patologia. Apesar de, na sua forma clássica, a FQ ser geralmente diagnosticada na infância devido aos sintomas respiratórios e de má absorção crónicos com início precoce, esta doença genética apresenta uma grande heterogeneidade clínica que resulta não só da gravidade das mutações envolvidas mas também da influência de genes modificadores e de factores ambientais. A FQ atípica pode ter manifestações subtis, por vezes limitadas a apenas um órgão, como por exemplo, infeções pulmonares de repetição e BQ, e apresentar níveis de cloro no suor normais ou *borderline*.

Relato do caso: Os autores apresentam o caso de dois irmãos a quem foi diagnosticada FQ na 5ª década de vida. Este processo teve início em Abril de 2012, quando um doente do sexo masculino, 58 anos, ex-fumador de 20UMA, recorreu ao serviço de urgência por quadro de hemoptises referindo expectoração mucopurulenta com início dois dias antes. Apresentava ferveores crepitantes bibasais à auscultação pulmonar e gasometricamente parâmetros de insuficiência respiratória parcial. A radiografia do tórax mostrava reforço broncovascular bilateral e a broncofibroscopia revelou secreções purulentas e hemoptóicas na árvore brônquica esquerda, sem hemorragia ativa, tendo o exame bacteriológico do aspirado brônquico identificado *Staphylococcus aureus* oxacilina-sensível. A Tomografia Computorizada do tórax revelou BQ nos segmentos anteriores de ambos os lobos superiores. Dado que tinha antecedentes de infertilidade e história familiar de irmão com BQ, foi equacionada a hipótese de FQ, pelo que foi pedido teste do suor. Entretanto, neste contexto, foi reavaliado o referido irmão, actualmente com 52 anos, seguido em consulta de Pneumologia desde 1995 por BQ e já submetido a embolização das artérias brônquicas por hemoptises. Referia tosse com expectoração mucopurulenta diária com infeções respiratórias de repetição embora sem necessidade de internamento hospitalar. Apresentava colonização brônquica por *Staphylococcus aureus*. O estudo

funcional ventilatório revelava ligeira obstrução das pequenas vias aéreas e a TAC torácica extensas BQ bilaterais nos lobos superiores. Quando questionado, referiu igualmente infertilidade, tendo também sido pedido teste do suor. Em ambos os casos os testes do suor foram positivos, confirmando o diagnóstico de FQ, e foi pedido o estudo genético para identificação das mutações.

Discussão: A FQ é uma patologia com estratégias de vigilância clínica e microbiológica bem como de terapêutica muito bem definidas e cujo cumprimento se traduz em importantes benefícios para o doente, nomeadamente em termos de sobrevivência. Assim, apesar de os doentes com o diagnóstico em idade adulta terem geralmente um melhor prognóstico por apresentarem, na sua maioria, suficiência pancreática e doença pulmonar de menor gravidade, é importante estabelecer o diagnóstico o mais precocemente possível não só para a instituição do tratamento adequado mas também pelas implicações em termos de aconselhamento genético. O teste do suor deve, pois, ser incluído na investigação etiológica de BQ mesmo em doentes adultos.

Palavras-chave: Bronquiectasias. Fibrose quística.

DIAGNOSTICAR A FIBROSE QUÍSTICA – AINDA UM DESAFIO

D. Coutinho¹, A. Vale², N. Taveira¹, A. Amorim³

¹Serviço de Pneumologia, CHVNG/Espinho, EPE. ²Serviço Pneumologia, CHTMAD. ³Serviço Pneumologia, Hospital S. João.

Introdução: A Fibrose Quística (FQ) é uma doença autossômica recessiva e multiorgânica. A mutação mais frequente, entre os caucasianos, é a delta-F508. Cerca de 70% dos diagnósticos são realizados antes dos 2 anos de idade. A doença pulmonar constituiu a principal causa de morbimortalidade.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 23 anos, sem antecedentes conhecidos. Tosse produtiva desde os 13 anos. Assumiu-se diagnóstico de asma e bronquiectasias (2007 – tabela 1). Em 2010, apresentou evolução desfavorável (2010 – tabela 1) e realizou 2 testes de suor, que foram positivos (77/82 mmol/L). O estudo genético revelou mutação delta F508 em homocigotia (confirmando a suspeição clínica) e heterocigotia nos progenitores. O doente foi referenciado para consulta de FQ no Hospital São João, tendo apresentado evolução favorável (2012 – tabela 1) com tratamento adequado.

Conclusão: Na idade adulta o diagnóstico de FQ exige um elevado grau de suspeição, dado que hoje em dia, a FQ não é mais uma doença exclusivamente pediátrica. Na prática clínica continua a ser um desafio para as especialidades médicas em geral e a Pneumologia em particular.

Palavras-chave: Fibrose quística. Diagnóstico. Idade adulta.

FIBROSE QUÍSTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Guerreiro, V. Areias, I. Ruivo, U. Brito

Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, EPE.

Introdução: A Fibrose Quística (FQ) é a doença autossômica recessiva mais comum e fatal entre a população caucasiana, com uma frequência de 1 caso em cada 2000 a 3000 nascimentos. As principais manifestações incluem infecção respiratória recorrente, insuficiência pancreática e níveis elevados de cloro no suor. Contudo, muitos doentes apresentam sintomas ligeiros ou atípicos e os profissionais de saúde devem estar alerta para a possibilidade de se tratar de FQ mesmo quando estão presentes apenas alguns dos sintomas ou sinais.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente de 44 anos de idade, caucasiana, não fumadora, funcionária em caixa de supermercado seguida em consulta externa de Pneumologia, no ano de 2004, por bronquiectasias do Lobo Superior Direito com consequentes infecções respiratórias de repetição. Neste contexto a doente foi submetida a pneumectomia direita complicada de empiema a *S. aureus* metilina sensível, tendo mantido seguimento em consulta externa. Manteve-se assintomática até ao ano de 2009, altura em que comparece na consulta com queixas de cansaço fácil, dispnéia para pequenos esforços e tosse mucopurulenta com 4 meses de evolução. Negava febre, toracalgie, hemoptise, ortopneia e dispnéia paroxística nocturna. Ao exame objectivo apresentava-se com índice de massa corporal de 13 kg/m², hemodinamicamente estável, apirética e com roncospasmos dispersos à auscultação. Apresentava insuficiência respiratória global com hipoxemia grave (pO₂: 50 mmHg; pCO₂: 54 mmHg) pelo que iniciou Oxigenoterapia de Longa Duração (OLD). Realizou Ecocardiograma transtorácico que revelou hipertensão pulmonar secundária (PSAP = 53 mmHg) bem como Provas de Função Respiratória que demonstravam padrão restritivo grave. É pedida ainda Tomografia Computorizada do Tórax onde se detectaram bronquiectasias residuais à esquerda. Como forma de esclarecer a etiologia das bronquiectasias é pedido doseamento e fenotipagem de Alfa1 Antitripsina e prova de suor sendo esta última positiva em duas ocasiões. Para confirmar o diagnóstico de Fibrose Quística pediu-se a pesquisa de mutações no gene regulador da condutância transmembranar da Fibrose Quística (CFTR), tratando-se a doente de um composto genético da mutação F508del e da mutação 3272-26A > G.

Conclusão: Existem mais de 1300 mutações diferentes no gene CFTR com potencial de causar doença. A mutação F508del constitui uma mutação grave e a mutação 3272-26A > G é suave estando o conjunto destas mutações associado a um fenótipo de gravidade intermédia o que explica o diagnóstico tardio neste caso.

Palavras-chave: Fibrose quística. Adulto. Bronquiectasias.

Tabela 1.

	2007	2010	2012
Sintomas (tosse, dispnéia, limitação atividades, infeções recorrentes e RGE)	+	+++	IMC 16,0 Aumento de tolerância ao esforço Sem sintomas digestivos/nasais
%VEMS/%TLC/%RV	67,3/81,6/252,7	42,2/65,0/264,0	45,9/96,3/267,9
Gasimetria	N	PaO ₂ : 73	PaO ₂ : 67,8
Bacteriologia	SAMS	SAMS	SAMR + SAMS + Achromobacter + Aspergillus
TCAR Torácica	Bronquiectasias cilíndricas no LM	Bronquiectasias cilíndricas no LM, LID e LIE	Bronquiectasias difusas bilaterais Infiltração adiposa pâncreas
Ecocardiograma	Não realizado	Disfunção ventricular direita	Não realizado
Ecografia abdominal	Normal	Esteatose hepática ligeira	Não realizada
Outros	Testes Prick + para ácaros	Alfa1- Antitripsina normal Pansinusite (TC)	Osteopenia Insuficiência pancreática Défice vitamínico (D, A, E)

QUALIDADE DE VIDA EM REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA: ANÁLISE DE UM PROGRAMA

T.M. Alfaro¹, C. Dias², C. Lares dos Santos², C. Rodrigues³, J. Moita³

¹Interno de Pneumologia do CHUC-HUC, Serviço de Pneumologia;

²Interno de Pneumologia do CHUC-HG, Serviço de Pneumologia;

³Pneumologista do CHUC-HG, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral.

Introdução: As doenças respiratórias crónicas associam-se frequentemente a uma perda significativa e mensurável de qualidade de vida, particularmente nas formas sintomáticas e incapacitantes. A reabilitação respiratória é uma intervenção global e multidisciplinar, dirigida a esta população, com benefícios demonstrados na melhoria da sintomatologia e qualidade de vida, assim como na diminuição do tempo de médio de hospitalização destes doentes.

Objectivos: Avaliação dos benefícios em qualidade de vida obtidos no final de um programa de reabilitação realizado num serviço de pneumologia.

Métodos: Foi realizado um estudo prospectivo com a duração de um ano, incluindo doentes sujeitos a um programa de reabilitação respiratória num Serviço de Pneumologia. O Programa incluía pelo menos 12 semanas, com duas sessões semanais acompanhadas incluindo treino de exercício em tapete, cicloergómetro e cicloergómetro de braços, treino de força muscular, ensino e intervenção psicossocial e nutricional. A qualidade de vida foi avaliada no início e no final do mesmo, através dos questionários Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ), EuroQuol e a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), nas correspondentes versões portuguesas. Paralelamente e de acordo com o protocolo do programa, foram também avaliadas a capacidade de exercício, estado nutricional e função ventilatória de todos os doentes, antes e após o programa.

Resultados: Foram incluídos 23 doentes (22 homens), com uma idade média de 67,8 anos (47 a 80). O diagnóstico mais frequente foi a DPOC (92%), incluindo 5 doentes em estadio GOLD II, 8 GOLD III e 8 GOLD IV. No início do programa observou-se uma pontuação média de $51,8 \pm 6,0$ no SGRQ, a qual não se modificou significativamente no final do programa ($51,0 \pm 10,5$). Esta ausência de variação significativa foi observada em todas as componentes do questionário, embora tenha havido uma tendência decrescente na componente sintomas ($56,6 \pm 20,4$ no início e $48,6 \pm 26,1$ no final). Relativamente ao questionário EuroQuol, também não foram observadas variações significativas com o programa de reabilitação ($10,1 \pm 2,0$ no início e $10,0 \pm 2,1$ no final). Os resultados do questionário HADS também não variaram com o programa (componente ansiedade – $7,76 \pm 3,9$ no início e $7,9 \pm 3,8$ no final; componente depressão – $6,45 \pm 3,5$ no início e $7,1 \pm 3,8$ no final). Finalmente, não se observou uma correlação significativa entre os resultados dos questionários de qualidade de vida e a função ventilatória prévia ao programa. Estes resultados contrastaram com os ganhos observados em capacidade de exercício, onde se observou um aumento significativo do tempo de endurance antes e após o programa de reabilitação (de $07:03 \pm 03:54$ para $21:8 \pm 09:03$ – $p < 0,05$).

Discussão: Os resultados do nosso estudo dos efeitos da reabilitação respiratória na qualidade de vida contrastam com os resultados existentes na literatura e com os resultados da avaliação da capacidade de exercício da mesma população. Este facto pode dever-se a uma menor sensibilidade e objectividade dos questionários face à avaliação funcional, assim como a uma dificuldade no preenchimento dos inquéritos pelos doentes. Estudos futuros deverão testar questionários de qualidade de vida com maior sensibilidade e facilidade de preenchimento.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. Qualidade de vida. Questionários.

AValiação DOS BENEFÍCIOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA: ANTES, APÓS E UM ANO DEPOIS...

C. Lares dos Santos¹, C. Dias¹, T. Alfaro², C. Rodrigues¹, J. Moita¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Geral, Coimbra. ²Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção multidisciplinar e holística dirigida ao doente com patologia respiratória crónica. A evidência tem demonstrado os seus múltiplos benefícios. No entanto, atualmente, sabe-se que estes diminuem uma vez findo o programa.

Objetivos: Avaliar a atividade física, a função respiratória e o estágio nutricional dos doentes que integraram um programa de RR, em 3 momentos: no início, após a conclusão e ≥ 12 meses depois do seu término. Quantificar, caracterizar e discriminar a manutenção ou perda de benefício após 12 ou mais meses do término do programa.

Material e métodos: O programa foi realizado em ambiente hospitalar, findo o qual os doentes foram encorajados, periodicamente, a manter o nível de atividade física. No início, os doentes foram submetidos a uma apreciação global que incluiu, entre outros: avaliação da atividade física (AAF) – teste de endurance específico (TEE*) e prova da marcha dos 6 minutos (PM6M); avaliação funcional respiratória; avaliação da dispneia; avaliação nutricional. Essa avaliação foi repetida no fim do programa e ≥ 12 meses depois do término, procedendo-se à comparação dos resultados nos 3 momentos. *O TEE (Cooper CB, ATS, 2007) consiste numa prova de exercício constante, realizada em passada, com a carga previamente calculada em prova incremental.

Resultados: Dezanove doentes concluíram o programa há ≥ 12 meses (média: 18; mín: 12; máx: 27 meses), com média etária de $69,1 \pm 9,9$ anos de idade; 15 homens, 10 ex-fumadores e 15 com o diagnóstico de DPOC. No fim do programa de RR verificou-se benefício na AAF, traduzido no aumento do tempo de endurance (mediana: $7'35''$ vs $23'20''$; $p < 0,005$). Volvidos ≥ 12 meses após o fim da RR o tempo de endurance diminuiu significativamente (mediana: $23'20''$ vs $5'30''$; $p < 0,005$), para valores sobreponíveis aos do período pré-reabilitação. A PM6M não traduziu os benefícios obtidos com o programa. Na avaliação comparativa verificou-se tendência, estatisticamente não significativa, ao benefício na quantificação da dispneia e na composição corporal, também perdida ≥ 12 meses após a conclusão do programa.

Conclusões: Os benefícios do programa de RR reflectem-se no tempo de endurance, o que sugere que o teste de endurance de Cooper possa ser uma forma privilegiada da sua avaliação. Decorridos ≥ 12 meses após o término do programa verifica-se a perda do benefício. Têm de ser definidas estratégias eficazes de manutenção dos benefícios.

Palavras-chave: Programa de reabilitação. Reabilitação respiratória. Reavaliação.

CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

C. Dias¹, C. Santos¹, T. Alfaro², C. Rodrigues¹, J. Moita¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Geral, CHUC;

²Serviço de Pneumologia, CHUC, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: Todos os doentes com patologia respiratória crónica parecem beneficiar de reabilitação respiratória (RR), sendo um componente fundamental na abordagem destes doentes. As comorbilidades são comuns, interferindo na evolução da doença e eficácia terapêutica.

Objectivos: Caracterizar a população integrada em Programa de Reabilitação Respiratória (PRR), com avaliação demográfica, nível de escolaridade, situação socioeconómica, acessibilidade ao programa, comorbilidades e estado nutricional.

Material e métodos: Análise retrospectiva de 34 doentes integrados em PRR, no período compreendido entre Março de 2010 e Maio de 2012, no CHUC-Hospital Geral. Analisaram-se as principais comorbilidades com base na avaliação cardíaca (através de electrocardiografia, ecocardiografia transtorácica e índice SCORE), perfil lipídico, estado nutricional com balanço de bioimpedância (TANITA, BC-545) e índice de ansiedade e depressão com o questionário HADS.

Resultados: Os doentes apresentaram uma idade média de $65,8 \pm 1,17$ anos; sendo 91,2% do sexo masculino. A maioria (88,2%) com hábitos tabágicos. No que respeita à patologia respiratória 88,2% tinha doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (16,6% - estadios II GOLD; 30% - III e 53% - IV). O índice de BODE médio foi de $4,7 \pm 1,9$. Relativamente às habilitações literárias: 63% concluiu o 1º ciclo, 29,6% o 2º ciclo, 3,7% (n = 1) a licenciatura, apenas um doente analfabeto. Relativamente à situação socioeconómica, 48,2% dos doentes tem rendimento inferior ao indexante mensal de apoio social (419,20€). Os doentes residiam em média a 38,7 Km do centro de reabilitação, e em 27,6% dos casos a uma distância superior a 50 km. Foram identificadas comorbilidades em 94% dos doentes. A dislipidemia em 53% dos doentes, com valor médio de colesterol total de $5,1 \pm 1,1$ mmol/L (N < 5,2mmol/L). No que respeita a patologia cardiovascular, 47,8% com referencia a HTA, controlada farmacologicamente. Disritmia identificada em 14,7% dos casos, 32,4% com alterações a nível ecocardiográfico, sendo a média do SCORE (*European Cardiology Society*) de mortalidade aos 10 anos por doença cardiovascular de $2\% \pm 1$. Verificou-se ansiedade e depressão em 11,7% e 8,8% dos doentes, respectivamente. Em consulta do processo clínico, constatou-se ainda 11,8% dos doentes com diabetes mellitus tipo 2, para além de outros antecedentes como SAOS, doença isquémica dos membros inferiores, neoplasia (orofaringe, palato, próstata) e lupus eritematoso sistémico. Na avaliação nutricional, a média de IMC foi de $27,5 \pm 4,4$ kg/m² e IMM (índice de massa magra) foi de $18,5 \pm 2,5$ kg/m²; 44,1% com excesso de peso, 20,6% com obesidade; depleção de massa muscular em 17,6% dos doentes.

Conclusão: Na população estudada verificou-se uma elevada incidência de co-morbilidades, sendo a dislipidemia, o excesso ponderal e a HTA as mais prevalentes. A sua identificação e tratamento são fundamentais na abordagem dos doentes em PRR contribuindo desta forma para o maior sucesso terapêutico. O baixo rendimento socio-económico, baixo nível de escolaridade e a distância ao centro de reabilitação são factores que dificultam a acessibilidade dos doentes ao PRR.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. Comorbilidades. DPOC.

INFLUÊNCIA DO GÉNERO NA DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 ANTITRIPSINA

M. Redondo¹, M. van Zeller¹, A. Freitas², S. Seixas³, M. Sucena¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina; ³Instituto de Patologia e Imunologia Molecular, Universidade do Porto.

Introdução: Estão descritas diferenças relativas ao género no comportamento das vias aéreas e nas manifestações clínicas em algumas doenças respiratórias.

Objectivo: Comparar diferenças de género na apresentação clínica em doentes com deficiência de alfa 1 antitripsina (AAT).

Metodologia: Revisão retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com mais de 18 anos seguidos em consulta externa no

Centro Hospitalar de São João, com deficiência de AAT (fenótipos ZZ e SZ), confirmada pela determinação fenotípica realizada no IPATIMUP, entre 2002 e 2012.

Resultados: Foram incluídos 46 doentes, 69,6% do sexo masculino e 30,4% do sexo feminino. Vinte e dois doentes (47,8%) homocigóticos (ZZ) e vinte e quatro doentes (52,2%) heterocigóticos (SZ). A média de idades ao diagnóstico foi inferior no sexo feminino (38,5 vs 42,3 anos), bem como os hábitos tabágicos (7,1% vs 65,6%, p < 0,05) e o tempo médio de sintomas (7,4 vs 10,4 anos). Para o fenótipo SZ foi encontrado um doseamento médio mais alto de AAT nas mulheres, mas sem significado estatístico (66,6 mg/dL vs 58,1 mg/dL, p = 0,1). O diagnóstico de asma foi mais frequente nas mulheres (28,6 vs 16,1) e o de DPOC nos homens (65,4 vs 21,4, p = 0,007). Nos doentes com fenótipo ZZ verificou-se um predomínio de bronquiectasias no sexo feminino (60% vs 25%) e de enfisema no sexo masculino (87,5% vs 20%, p = 0,011). Nos doentes com fenótipo ZZ a função pulmonar, na altura do diagnóstico, foi significativamente melhor nas mulheres: FEV₁ (79,06 vs 38,8, p = 0,026), IT (68,7 vs 43, p = 0,017), DLCO/VA (92,6 vs 46,4, p = 0,021) e saturação mínima na prova da marcha de 6 minutos (91,8 vs 81,6, p = 0,009).

Conclusões: Na população de doentes estudada com deficiência de AAT foram encontradas diferenças de género relativamente à apresentação clínica, função respiratória e alterações radiológicas. No entanto, as diferenças encontradas podem ser explicadas pelos antecedentes tabágicos mais significativos nos doentes do sexo masculino. São necessários mais estudos que permitam determinar a verdadeira contribuição do género neste patologia bem como a sua implicação em termos de abordagem diagnóstica e estratégia terapêutica.

Palavras-chave: Alfa 1 antitripsina. Género.

ANTICORPOS HUMANOS ANTI-RATO: PROCURANDO O TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ONDE NÃO EXISTE

P.G. Ferreira, J. Viana, R. Bártolo, M. Lourenço, A.J. Ferreira

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

Introdução: O teste de d-dímeros é uma ferramenta importante na abordagem do tromboembolismo pulmonar (TEP) de baixa/moderada probabilidade pré-teste, no serviço de urgência. Reportamos o segundo caso reportado de um doente que foi repetidamente submetido a realização de Angio-TC após doseamento de d-dímeros falsamente elevado, fruto de interferência imunológica mediada pela provável presença de anticorpos humanos anti-rato (HAMA).

Caso clínico: Homem que recorreu por três vezes ao serviço de urgência por clínica respiratória de dispneia grau II, tosse e toracalgia. Na primeira ida, o doseamento de d-dímeros veio extremamente elevado com normofibrinogenémia e sem alterações confundentes de eritrocitose, hiperbilirrubinémia ou elevação marcadores inflamatórios. Realizou angio-TC que foi negativa para TEP embora documentando enfisema grave. Após novo recurso à urgência e novo valor elevado de d-dímeros, realizou outra angio-TC com resultado sobreponível. Por altura da sua terceira vinda, foi ponderada a existência de fenómeno imunológico mediado por anticorpo heterófilo, tendo o doente vindo a completar estudo em consulta. Não apresentava hipertrigliceridemia, terapêutica com heparina/dicumarínico ou elevação de factor reumatóide. O caso foi discutido com laboratório de hematologia, tendo sido realizado estudo imunológico aprofundado.

Conclusões: A possibilidade de falsos-positivos na interpretação do teste de d-dímeros deve ser realçada. Embora rara, a presença de anticorpos específicos anti-animais pode interferir no diagnóstico destes doentes, perpetuando a realização de Angio-TC expondo o doente a elevadas doses de radiação electromagnética, bem como elevando os custos. Tais anticorpos podem surgir após terapêuticas

com imunoglobulinas animais ou por contacto ambiental com animais específicos.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar. Anticorpos heterófilos. D-dímeros.

TROMBOEMBOLIA PULMONAR COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE DOENÇA DE BEHÇET

J. Neves, L. Andrade, G. Teixeira, A. Saraiva

Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE.

Introdução: A doença de Behçet é uma doença crónica inflamatória multissistémica caracterizada pela presença de ulcerações orogenitais recorrentes, lesões oculares e cutâneas, entre outras, nomeadamente manifestações cardiovasculares. A prevalência do envolvimento cardiovascular varia entre 7,7% e 43%, incluindo a presença, entre outras, de tromboembolia pulmonar, trombo intracardiaco e aneurismas da artéria pulmonar.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino com 38 anos com vários internamentos por infecção respiratória em 2008, com toracalгия, dispneia, febre, tosse com expectoração, por vezes hemoptóica e eritema nodoso. A telerradiografia torácica tinha predominio de lesões hipotransparentes periféricas vagamente triangulares de base externa subpleural, que levantaram a suspeita de tromboembolismo, confirmado por Angio-TAC num dos internamentos. Este detectou ainda uma massa com 30 x 22 mm, aderente à parede livre do ventrículo direito, compatível com trombo intracavitário, confirmado mais tarde por RM cardíaca. Os exames complementares de diagnóstico (ECD) iniciais para pesquisa etiológica revelaram: Ecodoppler dos membros inferiores sem alterações; estudo do sangue periférico para doenças auto-imunes ou alterações trombofílicas negativa. Foi prescrita anticoagulação oral mas o paciente faltou às consultas de seguimento. Em 2010 voltou a ser internado através do serviço de urgência com clinica de infecção respiratória, eritema nodoso e ulcerações orais recorrentes e exuberantes no último ano, confessando não ter cumprido a terapêutica proposta. Os ECDs revelaram: VS de 93 mm/1.^ª h, proteinúria (< 1 g/24 h) sem alterações da função renal, anticorpos antifosfolipídicos, ANCA's e ANA's negativos, com outros autoanticorpos negativos para doenças do colagénio; hiperhomocisteinemia moderada de 18 µmol/l; HLA-B51. O ecocardiograma revelou diminuição do trombo para 22 x 10 mm e a TAC torácica fenómenos tromboembólicos nas artérias pulmonares que apresentavam dilatações aneurismáticas no segmento apical do lobo inferior direito. O ecodoppler dos membros inferiores com evidência de tromboes anteriores com recanalização. Foi realizado o teste de patergia que foi positivo e detectaram-se flebites superficiais dos membros superiores secundárias a venopunção. Foi medicado com 60mg prednisolona com melhoria clinica significativa ao fim de 1 mês de tratamento, tendo o paciente entretanto abandonado o seguimento.

Conclusão: Trata-se de um paciente com infecções respiratórias de repetição, secundárias a fenómenos tromboembólicos, em consequência de trombo intracardiaco. Este doente reúne os critérios da The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD) para doença de Behçet: temos ulcerações da mucosa oral recorrentes, eritema nodoso, teste de patergia positivo e manifestações vasculares, cardíacas e pulmonares, com fenotipagem HLA B51 frequente nesta patologia. O trombo intraventricular direito e os aneurismas da artéria pulmonar são sinais raros e de mau prognóstico, podendo estas preceder as restantes.

Palavras-chave: Behçet. Tromboembolia pulmonar. Trombo intracardiaco.

IATROGENIA MEDICAMENTOSA NO TRANSPLANTE PULMONAR

M. van Zeller¹, C. Damas²

¹Serviço de Pneumologia; ²Consulta de Transplante Pulmonar, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O transplante pulmonar constitui uma importante opção terapêutica na doença respiratória grave. O seu sucesso tem como base a imunossupressão, que se mantém de forma indefinida e é responsável pelas principais complicações a médio longo prazo. **Objetivo:** Determinar a prevalência, tipo e gravidade das complicações associadas aos fármacos usados nos doentes transplantados pulmonares.

Métodos: Revisão dos processos clínicos dos doentes submetidos a transplante pulmonar seguidos no Centro Hospitalar de São João desde 2005.

Resultados: Incluídos 32 doentes, 19 (59,4%) do sexo masculino, tempo médio de seguimento pós transplante de 30,78 meses e idade média no transplante de 44,91 anos. O esquema imunossupressor inicialmente usado foi a associação corticoide, ciclosporina e azatioprina. Seis doentes mantêm-no, nos restantes as alterações efetuadas foram por rejeição aguda (n = 16), suspeita de rejeição crónica (n = 4) e efeitos laterais/complicações (n = 14) associadas à imunossupressão. Destas salienta-se o diagnóstico de malignidade em dois doentes (linfoma não Hodgkin e linfoma cutâneo), intolerância gástrica (n = 4), alterações renais (n = 2) e hirsutismo (n = 2). A mudança de imunossupressão por efeitos laterais não se relacionou com o tempo de seguimento nem com a idade dos doentes. Relativamente aos efeitos secundários associados à profilaxia infecciosa, foi detetada leucopenia em 2 doentes mas sem necessidade de suspensão. Foram diagnosticadas 8 infeções víricas, 3 infeções fúngicas. Verificaram-se 17 internamentos para tratamento de infeções bacterianas. Nos doentes que desenvolveram infeções o tempo de imunossupressão era significativamente maior (p = 0,025). Quanto aos efeitos secundários que exigiram tratamento, mas não a suspensão dos fármacos, são de salientar o aparecimento ou agravamento de diabetes mellitus (n = 10, 31,5%), dislipidemia (n = 12, 37,5%) e hipertensão arterial (n = 4, 12,5%).

Conclusão: a prevalência de efeitos secundários e complicações associadas aos fármacos utilizados no pós-transplante pulmonar é elevada. A vigilância contínua destes doentes assegura o seu diagnóstico, tratamento dirigido e a alteração atempada da terapêutica imunossupressora e profilática.

Palavras-chave: Transplante pulmonar. Imunossupressão. Iatrogenia.

TRANSPLANTE PULMONAR: COMO ULTRAPASSAR A INCOMPATIBILIDADE ANATÓMICA?

F. Palma Martelo, I. Bravio, P. Baptista, J.E. Reis, L. Semedo, J. Fragata

Serviço de Cirurgia Cardioratórica, Hospital de Santa Marta, CHLC.

No transplante pulmonar, a compatibilidade entre as dimensões do pulmão dador e a cavidade torácica do receptor é um dos principais entraves à transplantação. Nos doentes pediátricos ou jovens adultos com cavidades torácicas de pequenas dimensões, como habitualmente acontece na fibrose quística, este problema é vital, na medida em que existem poucos dadores em idade pediátrica. Já desde os anos 90, num pequeno número de centros a nível mundial são efectuados transplantes lobares, não apenas de dadores cadavéricos mas também a partir de dadores vivos. Apresentam-se dois casos clínicos de doentes com fibrose quística, em lista de espera e situação

de emergência, em que foram implantados lobos pulmonares de dadores cadavéricos adultos após ressecções lobares. Um deles, com 18 anos, com deterioração progressiva da sua situação clínica, sob oxigenoterapia domiciliária de longa duração (OLD) e sob ventilação não-invasiva (VNI). Tinha ainda um pectus carinatum assimétrico, com a cavidade torácica direita muito menor que a esquerda. Foi realizada uma redução do enxerto direito (bilobectomia superior) e implantado o lobo inferior direito do dador e um implante pulmonar completo à esquerda. Foi necessária a utilização de circulação extra-corporal para o segundo implante e o pós-operatório decorreu sem complicações. O doente foi extubado 36 horas após a cirurgia e teve alta ao 31º dia. O VEMS ao primeiro mês foi de 1900 cc e de 2910 cc ao sexto mês. O outro com 13 anos, estava internado há 2 meses, sob OLD e VNI e com agravamento progressivo da situação clínica. Face às dimensões do tórax do doente foi necessária a lobectomia inferior direita e superior esquerda dos enxertos, sendo implantados os lobos superior e médio à direita e o lobo inferior esquerdo à esquerda. Foi igualmente necessária a utilização de circulação extra-corporal para o segundo implante. O doente foi extubado ao 7º dia após a cirurgia e teve alta ao 26º dia. O VEMS ao primeiro mês foi de 1290 cc e de 1750 cc ao quinto mês. Os doentes encontram-se clinicamente bem tendo neste momento, respectivamente, 20 e 8 meses após os transplantes, e sem necessidade de re-internamento.

Palavras-chave: *Transplante pulmonar. Incompatibilidade anatómica. Transplante lobar.*

EXPERIENCIA Y RESULTADOS DEL TRASPLANTE PULMONAR CON DONANTES EN ASISTOLIA NO CONTROLADOS

J. Luis Campo-Cañaverl de la Cruz, S. Crowley Carrasco, D.A. Valdivia Concha, L. Macías Sotuela, D. Gómez de Antonio, F.J. Moradiellos Díez, J.M. Naranjo Gómez, M. Córdoba Peláez, A. Varela de Ugarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Introducción: La escasez de donantes obliga a adoptar estrategias para paliar la creciente demanda de órganos para pacientes en lista de espera de trasplante pulmonar (TxP).

Objetivo: Describir los resultados de los TxP realizados con donantes en asistolia (NHBD, siglas en inglés) tipo II en el HUPHM durante el período 2002-2011.

Material y métodos: Registro prospectivo de los TxP realizados en nuestro centro (Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda) entre 2002 y 2011, a partir de NHBD generados en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid). Variables analizadas: Datos demográficos del donante, tiempos de isquemia, características de los receptores, tipo de TxP, uso de circulación extracorpórea, disfunción precoz del injerto (DPI), rechazo agudo (RA), infecciones, mortalidad a 30 días, supervivencia a 1, 3 y 5 años, y bronquiolitis obliterante (BOS).

Resultados: Entre 2002 y 2011 se han utilizado 38 NHBD (38 varones, edad media 41 años y PaO₂/FiO₂ > 400 mmHg). El tiempo medio de isquemia caliente fue 144 min (SD 36); tiempo medio de preservación 185 min (SD 44,73); los tiempos medios de isquemia fría fueron: 294 min (SD 79,18) y 455 min (SD 121,36) para el primer y segundo injerto respectivamente. El tiempo total de isquemia medio fue 660 min (SD 225,27) para el primer injerto y 840 min (SD 243,45) para el segundo. El diagnóstico más frecuente de los receptores (24 varones, edad media 48 años) fue EPOC (41%), seguido de FPI (31%) y FQ (20%). El 55% tenía hipertensión pulmonar secundaria (HPS). Se realizaron 27 trasplantes bipulmonares y 11 unipulmonares. El 29% precisó circulación extracorpórea. El 37% desarrolló DPI grado 3, RA en el 37% e infecciones no CMV en el 53%. La mortalidad a 30 días fue del 16%. La supervivencia a 1,

3 y 5 años fue del 68%, 57% y 53% respectivamente. En el análisis uni y multivariante, resultaron ser factores de riesgo (RR 4) para mortalidad hospitalaria tanto la HPS moderada-grave como la DPI grado 3. La incidencia de BOS a 1, 3 y 5 años fue del 7%, 23% y 27% respectivamente.

Conclusiones: Los NHBD son una fuente adicional de donantes que ofrece unos resultados aceptables y permite aliviar el tiempo en lista de espera. La elevada incidencia de DPI grado 3 tiene un impacto negativo en la mortalidad hospitalaria. Habría que ser cauteloso con el uso de estos donantes en receptores con HPS moderada-severa, y aplicar criterios más estrictos en cuanto a la evaluación y preservación del injerto para mejorar los resultados (la evaluación ex vivo podría jugar aquí su papel).

AMILOIDOSE RESPIRATÓRIA, DA SURPRESA AO PÂNICO

D. Neves¹, V. Sacramento², C. João⁴, P. Ferreira, A. Szanthon, D. Matias³, J. Dionísio³, M.T. Almodovar³, J.D. Costa³

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro;* ²*Hospital N.ª Sra. do Rosário, CHBM, EPE.* ³*Serviço de Pneumologia;* ⁴*Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE.*

A amiloidose é uma doença rara do metabolismo proteico que cursa com deposição de substância amilóide em vários órgãos, provocando diferentes graus de disfunção orgânica. Pode atingir o pulmão isoladamente ou como órgão alvo em casos de amiloidose sistémica, sendo ambas manifestações raras desta doença. Os autores apresentam três casos com diferentes apresentações clínicas e tratamentos instituídos: Mulher 69 anos, caucasiana, funcionária administrativa, fumadora CT 55UMA. Antecedentes de DPOC ligeira. Inicia quadro de cansaço com 1 ano de evolução, sem perda ponderal, PS ECOG 1. Realizou TAC-torácica “nódulo 2cm no LSD”; Estudo funcional respiratório (EFR) com obstrução brônquica ligeira (BD negativo), DLCO/VA 97%; Broncofibroscopia (BF) sem alterações endobrônquicas; PET “lesão pulmonar LSD (SUV 2.07), não permitindo excluir tecido neoplásico”. Neste contexto foi submetida a lobectomia superior dta cuja histologia revelou “amiloidose nodular do pulmão”. O estudo de envolvimento sistémico ou causas secundárias de amiloidose foi negativo. Mantém-se em vigilância, clinicamente estável. Homem 62 anos, caucasiano, trabalhador da construção civil reformado. Não fumador, antecedentes de HTA medicado e infeções respiratórias de repetição. Em November 2009 enviado à consulta por hemoptises, disфонia e cansaço. Apresentava disфонia e pieira ao exame objectivo. Do estudo efectuado salienta-se: Imunofixação serica com fracção monoclonal IgG Kappa; EFR com obstrução brônquica grave (BD negativo); BF “redução do calibre da glote e cordas vocais espessadas e assimétricas; volumosa massa na parede lateral direita ao nível do 1/3 inferior da traqueia e múltiplas protusões, que condicionam redução de calibre”. Efectuada terapêutica endobrônquica com melhoria. A biopsia revelou depósitos amiloides. Avaliado por ORL cuja biopsia laríngea revelou amiloidose laríngea, tendo realizado microcirurgia laríngea com laser CO₂ com melhoria da disфонia. O doente está proposto para quimioterapia sistémica antimieloma. Mulher, 75 anos, operaria fabril reformada. Não fumadora, Histiocitoma maligno submetida a lobectomia inferior direita em 1963, infeções respiratórias de repetição. Em 2003 tosse, expectoração hemoptoica, cansaço fácil, poliartralgias e cefaleias. Exame objectivo: craneo com múltiplos pontos dolorosos à pressão digital. Do estudo efectuado salienta-se: TAC-torácico “lesões residuais bilaterais”; Rx calote craneana “2 lesões líticas região parietal e frontal esquerda”; BF “placas úlcero equimóticas proximais em ambas as árvores brônquicas”. Biopsia brônquica revelou placas amiloides. A doente manteve-se em vigilância com episódios recorrentes de hemoptises, após recusa de realização de outros exames. Em Janeiro 2012 no contexto de

hemoptises, desenvolve falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica. Realizou biópsia osteomedular revelou “plasmócitos aberrantes dispersos sugestivo de mieloma múltiplo”; imunofixação sérica “presença discreta fracção monoclonal IgM Lambda”. Dado o diagnóstico de Gamapatia monoclonal associada a amiloidose e a presença de complicações clínicas, iniciou terapêutica antimieloma.

Discussão: O tipo mais comum de envolvimento pulmonar é a forma traqueobrônquica. A clínica de apresentação pode variar entre a dispnéia de esforço, pieira, tosse, hemoptises e infecções respiratórias de repetição. O diagnóstico diferencial mais importante é com a patologia neoplásica, sendo por isso importante a realização de um diagnóstico definitivo e de uma abordagem multidisciplinar.

Palavras-chave: Amiloidose. Abordagem terapêutica.

DERRAME PLEURAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ARTRITE REUMATÓIDE – CASO CLÍNICO

R. Rosa, I. Gonçalves, R. Gerardo, S. Coelho, R. Coelho, A.S. Santos, S. Granadeiro, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE.

Introdução: O derrame pleural é uma manifestação extra-articular comum na artrite reumatóide (AR), particularmente em homens de meia-idade, com factor reumatóide elevado e nódulos reumatóides. Os autores apresentam um caso de diagnóstico de AR, num doente com derrame pleural e sem queixas articulares.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 51 anos de idade, caucasiano, fumador (44 UMA) e com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar há 15 anos (tendo cumprido anti-bacilares). Referenciado à consulta de Pneumologia, em 2009, para esclarecimento de derrame pleural direito. A TC torácica documentava também espessamento nodular pleural esquerdo, espessamento intersticial interlobular e micronódulo inespecífico, mas não foi realizada investigação adicional por recusa do doente. Novamente enviado à consulta, em 2012, por derrame pleural direito, sem febre ou outras queixas. Foi realizada toracocentese com saída de líquido espesso, purulento/leitoso e pH 7,0. Admitiu-se o diagnóstico de empiema e o doente foi tratado com drenagem torácica e antibioterapia empírica. A avaliação bioquímica do líquido pleural revelou características de exsudado, com glicose < 10 mg/dL, LDH 2986 U/L, ADA 200 U/L e colesterol 205 mg/dL; exame microscópico com material lipídico e cristalino; microbiologia negativa; exame citológico com raras células mesoteliais e raros linfócitos, sem células neoplásicas. Biópsias pleurais com fibrose acentuada e infiltrado inflamatório, sem granulomas ou tecido de neoplasia. No exame objectivo destacavam-se duas tumefacções volumosas e indolores, uma no punho esquerdo e outra no cotovelo esquerdo. A ecografia mostrou tenossinovite extensa do extensor comum do 2.º, 3.º e 4.º dedos e bursite do cotovelo, com importante espessamento sinovial. O exame radiológico dos membros superiores e inferiores evidenciou aumento dos tecidos moles periarticulares, alteração da forma e da densidade das superfícies articulares e perda das interlinhas articulares. Analiticamente destacava-se anemia ligeira (Hb 12,4 g/dL), leucocitose ($13,3 \times 10,9/L$) sem neutrofilia e elevação da PCR (2,76 mg/dL), VS (34 mm/h), factor reumatóide (31,3 UI/mL) e anticorpos anti-citrulina (> 250 UA/mL). De acordo com o estabelecido pelo American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (2010), considerou-se o diagnóstico de AR – pontuação 9/10 (envolvimento de mais de 10 articulações, elevação acentuada do factor reumatóide/anticorpos anti-citrulina e aumento da VS/PCR). O facto do líquido pleural apresentar um aspecto purulento, pH e glicose muito baixos e LDH muito elevada, na ausência de isolamentos microbiológicos, era muito sugestivo de derrame pleural empiematoso estéril reumatóide.

Conclusão: Trata-se de um caso de apresentação invulgar de AR, ilustrativo da importância de considerar o seu diagnóstico num doente com derrame pleural com características não habituais.

Palavras-chave: Derrame pleural. Derrame pleural empiematoso estéril. Artrite reumatóide.

SÍNDROMA ANTI-SINTETASE

G. Reis, C. Alves, M.J. Simões, A. Pinto Saraiva

Serviço de Pneumologia, CHBM, EPE.

A síndrome anti-sintetase (SAS), pertence às miopatias Inflamatórias Idiopáticas (MI), caracterizando-se clinicamente por polimiosite ou dermatomiosite de início agudo, podendo haver febre no início do quadro, artrite simétrica não erosiva, fenómeno de Raynaud e doença pulmonar intersticial (DPI) com a presença de anticorpos anti-aminoacil-tRNA sintetase (anti-ARS). A identificação destes anticorpos correlaciona-se com o envolvimento pulmonar, apresentando importantes implicações clínicas e prognósticas. Os autores apresentam o caso clínico de uma enfermeira de 44 anos, previamente assintomática, que desenvolve um quadro de mialgias, artralhas, tosse e grande intolerância a esforços que, após investigação, veio a revelar tratar-se de um síndrome anti-sintetase, anti-Jo1 positivo. O diagnóstico atempado e a instituição de tratamento imunossupressor com corticoide e azatioprina conduziu a favorável evolução clínica, regressão das alterações imagiológicas e franca melhoria da função pulmonar. Este caso ilustra a importância de um índice de suspeição elevado para a SAS, nos doentes com DPI. A importância do diagnóstico prende-se com as suas implicações prognósticas e terapêuticas. A pesquisa de anticorpos anti-sintetase, nomeadamente anti-Jo1 e a determinação dos níveis de CK, são procedimentos úteis nos doentes com DPI. O tratamento com corticoides e imunossupressores é necessário na maioria dos doentes.

Palavras-chave: Síndrome anti-sintetase. Patologia do interstício pulmonar. Doença auto-imune.

PNEUMOCONIOSE MISTA E PULMÃO DE METAIS DUROS, COM SÍNDROME DE SJOGREN RELACIONADO COM A SÍLICA

P.G. Ferreira, A. Segorbe-Luís

Serviço de Pneumologia e Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC.

Introdução: A actividade de soldador acarreta exposição inalatória importante a variados fumos e partículas, mais comumente a metais duros, sílica cristalina e ferro. Sabe-se que longas exposições a sílica podem, raramente, associar-se à emergência de Síndrome de Gougerot-Sjogren. Apresentamos um caso clínico de um soldador com longa exposição a metais pesados, sílica e asbesto, diagnosticado com doença parenquimatosa subsidiária de pulmão de metais duros, silicose, doença pleural pelo asbesto e provável envolvimento pulmonar por Sjogren primário.

Caso clínico: Homem de 75 anos, soldador durante 35 anos tendo realizado solda de ligas metálicas, polimento das peças com jateamento de areia, e prática regular de isolamento de utensílios fixos com amianto. Iniciou dispnéia de esforço grau II/III MRC e tosse seca persistente 3 anos antes da apresentação. Veio a desenvolver lesões cutâneas descamativas cíclicas nos membros, de aspecto liquenificado/descamativo, fenómeno de Raynaud e síndrome sicca. Telerradiograficamente apresentava um padrão intersticial reticular. A TC demonstrou adenopatias mediastínicas calcificadas em “casca de ovo”, sinais de fibrose manifestos por reticulação interlobular, bronquiectasias tração e perda de volume, com áreas focais de vidro despolido/consolidação ao longo dos eixos broncovasculares. Áreas de pleura espessada eram

também evidentes. O LBA mostrou uma celularidade 130 cels/mm³, com predomínio de 40% linfócitos – ratio CD4/CD8 0.68 – e 16% neutrófilos, com estudo microbiológico e citopatológico negativos. A imunofenotipagem mostrou predomínio linfocitário T CD8 e B. A fração inorgânica foi estudada com doseamento de metais pesados e silicatos, tendo mostrado níveis elevados de sílica, cobre, cobalto, crómio, rubídio e zinco. Apresentava B2 microglobulina de 6,3 mg/dL, normocomplementémia, ECA 127 U/L, e hipergamaglobulinemia policlonal IgG com imunofixação negativa. Apresentava um perfil sorológico auto-imune típico de Sjogren primário e um síndrome restritivo moderado, diminuição moderada da DLCO e baixa distância percorrida na prova de marcha. Teste de Schirmer foi positivo para xerofthalmia. A biópsia pulmonar cirúrgica mostrou focos de proliferação fibroblástica com macrófagos de pigmento antracósico e partículas birrefringentes, assim como várias células gigantes multinucleadas, dispersas ao longo de eixos broncovasculares e septos interlobulares. Fibrose colagenizante pleural generalizada e descamação macrofágica alveolar ligeira. Foi firmado o diagnóstico de pneumoconiose mista por sílica cristalina, asbesto e metais pesados, associado a síndrome de Sjogren primário com envolvimento parenquimatoso pulmonar e provável xerotraqueia. Início corticoterapia oral com melhoria clínica ao nível da dispneia de esforço e regressão completa das lesões cutâneas.

Conclusão: Este caso exemplifica a assinalável expressão miscelânea de lesão intersticial convergente pela exposição inalatória de longa data a sílica, asbesto, metais duros, associadas à provável infiltração linfocitária por Sjogren. A correlação entre a imagiologia, a histopatologia e o estudo imunológico foi fulcral para o enquadramento correcto. Os soldados são trabalhadores de alto risco para desenvolverem pulmão de metais duros de forma superposta a pneumoconiose.

Palavras-chave: *Pneumoconiose. Sjogren. Pulmão de metais duros.*

FIBROELASTOSE PLEUROPULMONAR IDIOPÁTICA: UMA ENTIDADE DESCONHECIDA

M.T. Redondo¹, N. Melo¹, J.M. Jesus², C.S. Moura^{3,4}, S. Guimarães³, A. Morais^{1,4}

¹*Serviço de Pneumologia;* ²*Serviço de Radiologia;* ³*Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João.*

⁴*Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.*

Introdução: A fibroelastose pleuropulmonar é uma entidade rara, descrita pela primeira vez em 2004. Caracteriza-se por uma marcada fibrose pleural e parenquimatosa sub-pleural de predomínio nos lobos superiores. A etiologia e patofisiologia são desconhecidas. Trata-se de uma doença de evolução progressiva e mau prognóstico, sendo que até ao momento não existe tratamento eficaz, à excepção do transplante pulmonar.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, caucasiana, 66 anos de idade, sem hábitos tabágicos, com antecedentes de hérnia do hiato esofágico. Assintomática até há cerca de um ano, altura em que surgiu um quadro de dispneia de esforço e tosse seca, de agravamento progressivo. Recorreu ao seu médico assistente, tendo realizado radiografia torácica que evidenciou uma densificação reticular de distribuição periférica de predomínio na metade superior do tórax. O estudo funcional respiratório revelou diminuição moderada da capacidade de difusão. A tomografia computadorizada com cortes de alta resolução do tórax evidenciou um espessamento pleural e subpleural com alterações fibróticas moderadas no parênquima periférico, de predomínio nos lobos superiores. Face a estas alterações a doente foi referenciada à consulta de Pneumologia, tendo realizado broncofibroscopia cujo lavado bronco-alveolar apresentava linfocitose (28,4%) com predomínio de CD4 (relação CD4/CD8 de 14,5) e cujas

biópsias brônquicas e pulmonares transbrônquicas não tinham evidência de malignidade ou de granulomas. Realizou biópsia pulmonar transtorácica histológica guiada por TC em duas localizações distintas, complicada por pneumotórax com fístula broncopleural e enfisema subcutâneo, revelando uma acentuada fibroelastose e um escasso infiltrado linfo-plasmocitário. Trata-se de uma doente com quadro clínico, imagiologia e histologia compatíveis com fibroelastose pleuropulmonar idiopática. Iniciou terapêutica com azatioprina, sem complicações, mantendo-se em vigilância com estabilidade até ao momento.

Conclusões: A fibroelastose pleuropulmonar idiopática é uma entidade clínico-patológica distinta, habitualmente associada a um mau prognóstico, que deverá ser correctamente identificada de modo a permitir uma abordagem adequada.

Palavras-chave: *Doença pulmonar intersticial. Fibrose pulmonar. Fibroelastose.*

BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA E GRANULOMATOSA – PADRÃO HISTOLÓGICO RARO DE HIPERSENSIBILIDADE

D.S. Madama, A. Silva, S. Freitas, L. Carvalho

Serviço de Pneumologia (Director: Dr. Mário Loureiro), CHUC-HUC.

Introdução: Bronquiolite é um termo genérico que engloba um grupo de doenças com etiologias diversas e diferentes padrões anatomo-patológicos, genericamente traduzindo a presença de inflamação a nível das pequenas vias aéreas. Podem ser consideradas específicas, como são exemplo a bronquiolite constrictiva e a granulomatosa, ou não específicas. A bronquiolite constrictiva é uma entidade rara que se caracteriza pela presença de inflamação e fibrose com deposição de colagénio, condicionando estreitamento e/ou oclusão por vezes quase completa do lúmen dos bronquíolos. A bronquiolite granulomatosa é uma patologia normalmente associada a doença de Chron ou secundária a quimioterapia, que se apresenta histologicamente com a presença de granulomas epitelióides a nível dos ductos alveolares.

Desenvolvimento: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino, de 76 anos de idade, referenciada à consulta de Pneumologia por quadro infeccioso com alterações imagiológicas inespecíficas. Tratava-se de uma doente com antecedentes pessoais de doença de Graves, hipertensão arterial, dislipidémia, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca e patologia osteo-articular, trabalhando desde há vários anos como artesã de madeiras, sem uso de EPI. Referia queixas persistentes de pieira noturna, dispneia de esforço e tosse seca de aparecimento insidioso e progressivo. O estudo funcional ventilatório inicial apresentava-se normal com DLCO também dentro da normalidade. A TC torácica de controlo revelou a presença de áreas de vidro despolido com zonas de encarceramento aéreo e bronquiectasias presentes bilateralmente. O estudo da autoimunidade, doseamento de imunoglobulinas e testes cutâneos foram negativos. Por persistência de queixas, foi realizada broncofibroscopia com lavagem bronco-alveolar, que não revelou alterações endobrônquicas, apresentando o líquido da lavagem baixa celularidade, pelo que não foi valorizado. As biópsias trans-brônquicas apenas permitiram um diagnóstico histológico de pneumonia inespecífica. Por dificuldade de obtenção diagnóstica e agravamento clínico e funcional progressivo, foi submetida a biópsia cirúrgica que permitiu o diagnóstico final de Bronquiolite constrictiva e granulomatosa. Após este resultado, foi iniciada tratamento com corticoterapia, mantendo controlo evolutivo.

Conclusão: Descreve-se assim um caso clínico com diagnóstico histológico de bronquiolite apresentando marcadores morfológicos de bronquiolite constrictiva, como a presença de colagénio peri-bronquilar, e de bronquiolite granulomatosa, podendo observar-se a presença de granulomas epitelióides. Estas entidades por si são raras, havendo casos descritos na literatura de associação

conjunta após quimioterapia e secundária a metastização pulmonar. No entanto, no caso clínico descrito a relação causal entre as duas entidades parece ser uma reacção de hipersensibilidade, manifestando-se como uma forma anatomopatológica rara de Pneumonite de hipersensibilidade. Apesar da opção terapêutica mais utilizada ser a corticoterapia, muitas destas situações são resistentes aos corticosteróides, sendo a associação de outros imunossuppressores controversa, essencialmente devido à ausência de estudos dirigidos.

Palavras-chave: *Bronquiolite constrictiva e granulomatosa.*

FIBROSE INTERSTICIAL CENTRADA NAS VIAS AÉREAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Serviço de Pneumologia (Director: Dr. Mário Loureiro), Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Pólo HUC.

Introdução: A fibrose intersticial centrada nas vias aéreas (ACIF) é uma patologia do interstício pulmonar, descrita recentemente, caracterizada por lesão pulmonar com padrão bronquiocêntrico, onde se observa fibrose peribronquiolar e infiltrado inflamatório crónico que se estendem para o interstício adjacente, tipicamente sem granulomas. Doentes com ACIF são, na sua maioria, do sexo feminino e recorrem ao médico, habitualmente, por queixas de dispneia progressiva e tosse seca. A etiologia da ACIF é desconhecida não estando identificados fatores de risco associados ao desenvolvimento desta patologia.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 69 anos que foi admitida na urgência, em Janeiro de 2012, por dispneia, astenia progressiva e tosse produtiva de expectoração purulenta com 4 dias de evolução, apirexia e insuficiência respiratória tipo 1 grave com resposta a oxigenoterapia. Na telerradiografia do tórax apresentava infiltrado intersticial bilateral inespecífico pelo que ficou internada para tratamento de infeção respiratória e para estudo de possível patologia do interstício pulmonar. Trata-se de uma doente com antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular medicada com amiodarona e mastectomia à esquerda tendo feito cobaloterapia há 30 anos. Referia exposição a produtos químicos de limpeza doméstica diariamente e não era fumadora. No estudo analítico apresentava hipotireoidismo subclínico, marcadores tumorais dentro dos valores normais, com exceção para o CA 125 (35 U/mL), auto-imunidade e precipitinas negativas e electroforese das proteínas com pico monoclonal duvidoso na transição Beta-Gama. No estudo por Tomografia Computorizada torácica observava-se padrão em vidro despolido em todos os lobos pulmonares, apenas com algumas pequenas áreas de pulmão normal. Na sequência do estudo realizou broncofibroscopia que mostrou sinais inflamatórios grau I e II, cujo lavado broncoalveolar (LBA) evidenciou 11% de linfócitos e uma relação CD4/CD8 de 4,93. Estudo funcional respiratório (EFR) sem alterações (FEV₁ 97,5%, FEV₁/CVF 81,7%, DLCO 87,3%). Em Abril de 2012 realizou biópsia cirúrgica do lobo médio cujo estudo anatomo-patológico evidenciou morfologia compatível com ACIF. A doente foi orientada para a consulta de patologia do interstício pulmonar tendo iniciado corticoterapia com 45 mg diários de deflazacorte em Maio de 2012. Observou-se boa evolução com melhoria das queixas respiratórias, estando atualmente com uma dose de 30mg por dia, mantendo melhoria clínica.

Conclusão: A ACIF é uma doença do interstício pulmonar pouco descrita, cujos sintomas mais frequentes são inespecíficos e comuns a diversas patologias do foro da Pneumologia. Uma vez que o diagnóstico diferencial principal se faz com a pneumonite de hipersensibilidade, fazer uma história clínica cuidadosa, apurando a exposição a antigénios, e fazer o doseamento de precipitinas, torna-se essencial na conduta correta para chegar ao diagnóstico de forma célere.

O tratamento preconizado é a corticoterapia, no entanto, a resposta clínica é frequentemente escassa pelo que a mortalidade é, habitualmente, elevada.

Palavras-chave: *Dispneia. Fibrose intersticial centrada nas vias aéreas. Patologia do interstício.*

PNEUMONIA EOSINOFÍLICA: RELATO DE UM CASO

G. Cerullo, P. Reais, K. Cardoso, A. Silva, R. Carmo, A.C. Duarte

Serviço de Medicina Interna 1. Hospital Jose Joaquim Fernandes, Beja.

Introdução: A Pneumonia eosinofílica crónica (PEC) é uma entidade clínica rara, caracterizada por infiltração alveolar e intersticial eosinofílica de causa desconhecida. Pode ocorrer em qualquer idade, porém o pico de incidência encontra-se na quinta década de vida, predominando no sexo feminino numa proporção de 2:1. Os doentes apresentam sintomas alguns meses antes do diagnóstico, como dispneia progressiva, tosse, febre baixa, fadiga, sudorese nocturna e moderada perda de peso. A tosse, que é geralmente seca no início, podendo ser produtiva mucóide com a evolução da doença, é um sintoma quase universal. A dispneia é geralmente leve ou moderada. Hemoptise e sintomas extrapulmonares não são comuns. Cerca de dois terços dos pacientes apresentam antecedentes de atopia. Em diferentes estudos história prévia de asma esteve presente em 52% dos casos. A remissão espontânea da PEC raramente ocorre, podendo inclusive evoluir para padrão de fibrose pulmonar. O caso a seguir descreve a apresentação clínica e a resposta terapêutica típicas dessa doença pouco comum e, por isso, de especial interesse aos profissionais da área pneumológica.

Discussão: Trata-se de um homem de 36 anos, técnico de vendas, não fumador, sem história de exposição ocupacional ou medicamentosa com antecedentes pessoais de asma atópica aos ácaros do pó da casa desde criança com forte componente de rinoconjuntivite. Medicado com broncodilatador de longa acção e corticóide inalado que faz de forma regular e correta. Encontrava-se em bom estado geral, eufneico, acianótico, sem hipocratismos digitais. Auscultação cardíaca e pulmonar, sem alterações. Em Outubro de 2010, inicia tosse seca de predomínio nocturno, recorre ao ORL sendo tratado como asma mas por não melhorar recorre ao médico de família onde faz radiografia de tórax que revela infiltrados pulmonares nos ápex, bilaterais, confirmados por TAC e analiticamente eosinofilia importante, no entanto, por forte suspeição de TP inicia AB de largo espectro e é enviado à especialidade repetindo radiografia de tórax que mostra desaparecimento das lesões à direita e pioria à esquerda. Realizou broncofibroscopia (BF) não encontrando alterações macroscópicas mas Lavado brônquico com eosinófilos, sem BAAR. Tendo em conta os achados clínicos e analíticos chegou-se ao diagnóstico de PCE iniciando Corticoterapia que é o tratamento de escolha. Mantem-se nas consultas de Pneumologia com melhoria significativa dos sintomas.

Palavras-chave: *Pneumonia eosinofílica. Broncoscopia. Infiltrados pulmonares.*

HISTIOCITOSE PULMONAR DE CELULAS DE LANGERHANS, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Alfaro, T. Abreu, C. Gaspar, J. Semedo, L. Carreiro

Serviço de Pneumologia II, Unidade de Técnicas Invasivas Pneumológicas, Hospital Pulido Valente.

A histiocitose pulmonar de células de Langerhans (histiocitose X) é uma doença pouco frequente sem dados epidemiológicos fidedignos, que ocorre mais frequentemente em doentes jovens (20-40 anos) com história de tabagismo e caracteriza-se pela infiltração e destruição dos bronquíolos terminais por granulomas

de células de Langerhans. A apresentação clínica da doença pode ser muito variável e os sintomas podem ser mínimos ou serem subvalorizados e atribuídos ao tabagismo (25% dos casos). Em dois terços dos casos sintomas como tosse seca e dispneia de esforço podem estar associados a manifestações constitucionais (astenia, febre, suores nocturnos e perda ponderal) e em 10-20% dos casos pode ser diagnosticado no contexto de um pneumotórax primário. A TC torácica é essencial para o diagnóstico, geralmente com o aparecimento de lesões nodulares (2-10mm), nódulos cavitados e quistos com predomínio nos andares médios e superiores do pulmão, bilateralmente. O diagnóstico definitivo depende da identificação de granulomas de histiócitos em biopsias pulmonares mas devido ao potencial elevado risco iatrogénico associado, a realização da técnica deve ser considerada de caso a caso. Considera-se adequado o diagnóstico presuntivo baseado nas manifestações clínicas e imagem em TC de alta resolução associado a aumento do número de macrófagos no lavado broncoalveolar e presença de células de Langerhans identificadas com o anticorpo monoclonal anti-CD1a (OKT6). Devido a possibilidade de aparecimento de falsos positivos em fumadores (valores CD1a < 3%) e noutras doenças do interstício associadas a hiperplasia alveolar, considera-se que o valor *threshold* de CD1a > 5% tem boa especificidade para o diagnóstico, apesar de poder ter baixa sensibilidade (< 25%). Referimos um caso clínico de uma doente do sexo feminino de 29 anos, exfumadora há 2 anos com carga tabágica calculada de cerca de 7 UMA e seguida em consulta de Pneumologia há 2 anos por défice de alfa1-antitripsina (PI SS) diagnosticado em exames de rotina, sem alterações nas provas de função respiratória e sem indicação para terapêutica dirigida. Tinha no início do seguimento TC tórax com algumas bolhas de enfisema para-septal nos lobos superiores. Em Fevereiro de 2012 repetiu TC torax com identificação de múltiplas imagens sub-nodulares cavitadas dispersas bilateralmente e micronódulos centrilobulares predominantemente nos lobos superiores sem agravamento de sintomatologia. Realizou Broncofibroscopia com lavado broncoalveolar que identificou 12% de células CD1a e abundantes histiócitos multinucleados em citologia. Apesar das biópsias transbronquicas não identificarem granulomas de células de Langerhans, o facto da doente ter absentismo tabágico há 2 anos, o elevado valor de células CD1a e presença de abundantes histiócitos em citologia permite o diagnóstico de Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans. Este caso ilustra o processo diagnóstico para esta doença para além de ser interessante no que respeita à possibilidade de encontrar diferentes patologias pulmonares num mesmo doente.

Palavras-chave: Histiocitose pulmonar de células de Langerhans. Histiocitose X, CD1a OKT6.

AS DIFERENTES FACES DA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

V. Sacramento, M.J. Loureiro, D. Repolho, C. Lowman, H. Pereira

Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE. Serviço de Cardiologia; Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, EPE.

A hipertensão pulmonar (HP) é uma doença rara que pode ocorrer de forma idiopática ou associada a várias patologias e que se caracteriza pela elevação da resistência vascular pulmonar levando à insuficiência ventricular direita e morte. Define-se como pressão média da artéria pulmonar (PAPm) avaliada por cateterismo cardíaco direito superior ou igual a 25 mmHg. A hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) é uma das formas mais prevalentes de HP sendo a única potencialmente curável pelo que deve ser excluída nos doentes sintomáticos com história de tromboembolismo pulmonar (TEP). Os autores relatam três casos clínicos que ilustram esta entidade: *Mulher, 33 anos, com antecedentes pessoais de Linfoma não Hodgkin B de grandes

células em remissão desde 2007 e TEP grave em Julho 2010 com PSAP estimada de 85mmHg. O quadro de astenia e dispneia iniciado em 2010 persistiu até Novembro 2011, altura em que se verificou agravamento das queixas com marcada limitação funcional (classe funcional – CF - IV NYHA), edema dos membros inferiores e ortopneia, tendo sido colocada a hipótese de HP face a valores estimados de PSAP 83 mmHg. Confirmou-se o diagnóstico de HPTEC após realização de cateterismo direito (PAPm: 52 mmHg) e Angio-TC (material trombótico na artéria pulmonar esquerda em quase toda a sua extensão). Face a este quadro a doente foi proposta para endarterectomia pulmonar. *Mulher, 35 anos, com antecedentes pessoais TEP em 2004 tendo sido submetida a tromboectomia pulmonar nessa data. Verificou-se persistência de sintomas de CF III NYHA e HP residual importante pós-operatória (PAPm: 52 mmHg). Após reavaliação etiológica, e na ausência de consumo de anorexígenos, doença respiratória, cardíaca ou outra, admitiu-se o diagnóstico de Hipertensão Arterial Pulmonar com TEP intercorrente, tendo iniciado medicação vasodilatadora tripla com melhoria sintomática inicial. No entanto, após quatro meses de terapêutica otimizada e em dose máxima tolerada, a doente foi proposta para transplante pulmonar por manter um quadro clinicamente estável mas insatisfatório do ponto de vista prognóstico. *Mulher, 34 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes. Em 2007, por queixa única de cansaço com 12 anos de evolução e agravamento progressivo recente, realizou cintigrafia de ventilação-perfusão que documentou alterações compatíveis com TEP. Na investigação de trombofilia primária foi detectado défice de proteína C e S. O cateterismo direito confirmou a presença de HP (PAPm: 30 mmHg). A angiografia pulmonar mostrou doença vascular difusa, mais marcada a nível da artéria pulmonar direita. Admitiu-se HPTEC e a doente foi submetida a endarterectomia pulmonar (2009) com remissão da sintomatologia e normalização dos parâmetros hemodinâmicos pulmonares. Com estes casos, os autores pretendem chamar a atenção para o facto de, apesar de a presença de história pessoal ou familiar de TEP/TVP ser muito sugestiva do diagnóstico de HPTEC, esta não é obrigatória. Além disso, em alguns casos a doença tromboembólica pulmonar pode ser apenas um componente do quadro de HP que irá persistir mesmo após a endarterectomia pulmonar, curativa nas outras situações. Salienta-se ainda que a presença de PSAP elevada deve levar à suspeita de HP, principalmente em doentes com factores de risco, com necessidade de confirmação através de cateterismo cardíaco direito.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar. Tromboembolismo. Diagnóstico.

HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

J.C. Carneiro, R. Veríssimo, I. Franco, C. Costa

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Introdução: A hemorragia alveolar difusa é uma complicação rara do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). A incidência desta complicação é baixa, afectando cerca de 2% dos doentes com LES, sendo mais comum nas mulheres (4:1). A hemorragia pulmonar está associada com alta mortalidade, que varia entre os 45% e os 60%. A patogénese ainda não está bem esclarecida mas a maioria dos estudos correlaciona-a com o depósito de imunocomplexos.

Métodos: Apresenta-se uma doente de 44 anos, antecedentes de hipotireoidismo e 2 nódulos tiroideos, obesidade, HTA e nefrite aos 11 anos, com um quadro clínico de dispneia, tosse persistente com expectoração hemoptóica com uma semana de evolução; radiografia do tórax revelava padrão reticulonodular bilateral e reforço da trama broncovascular.

Resultados: No internamento: TC torácico revelou padrão em vidro despolido. A citologia do lavado broncoalveolar revelou hemorragia

intra-alveolar; despite TP negativo, serologias negativas. Fez pulso de metilprednisolona e da suspeita de LES foi orientada para Consulta de Auto-Imunes. Requisitada a pesquisa do factor anti-nuclear que foi positiva (padrão mosqueado). Do estudo: anti-SSA e anti SSB positivos, cintigrafia das glândulas salivares positiva e capilaroscopia positiva. Actualmente sob terapêutica imunossupressora.

Conclusões: A hemorragia pulmonar secundária ao LES é uma forma incomum e grave desta doença, podendo ser a primeira manifestação. Na maioria dos casos o diagnóstico de LES já está estabelecido meses antes do aparecimento da hemorragia alveolar. No entanto, em 20% onde corre como primeira manifestação, o diagnóstico pode ser complicado. O atraso da terapêutica pode condicionar a evolução da doença, pelo que o diagnóstico precoce é fundamental, sendo a corticoterapia o tratamento mais comum.

Palavras-chave: Hemorragia alveolar. LES. Corticoterapia.

HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR IDIOPÁTICA VS HAMANGIOMATOSE CAPILAR PULMONAR. IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

B. Stuart, M.I. Cruz, D. Caldeira, M.J. Loureiro, C. Lohman, C. Cotrim, P. Fazendas, H. Pereira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A hemangiomatose capilar pulmonar (HCP) e doença veno-oclusiva (DVO) são entidades nosológicas raras, que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial da hipertensão arterial pulmonar (HAP). O diagnóstico deve ser suspeitado, com base na apresentação clínica e em achados imagiológicos sugestivos da tomografia computadorizada (TC) pulmonar. A confirmação é histopatológica, através de biópsia pulmonar.

Resultados: Os autores documentam o caso clínico de um homem de 47 anos, admitido por dispneia de esforço progressiva, com 2 meses de evolução, acompanhada de episódios de síncope de esforço. Após realização de ecocardiograma transtorácico sugestivo de hipertensão pulmonar (HP), com compromisso grave da função ventricular direita, foi referenciado ao HGO em classe IV da WHO. Iniciou a marcha diagnóstica da HP, da qual salientamos, a tomografia computadorizada, onde se observa um padrão micronodular centrilobular, com densidade de vidro despolido, espessamento dos septos interlobulares e presença de adenopatias mediastínicas, aspectos não sugestivos de HAP idiopática. Conjuntamente com os restantes exames complementares, excluíram-se várias etiologias, persistindo a dúvida entre HAP idiopática, HCP e DVO. Por apresentar vários critérios de gravidade e mau prognóstico iniciou terapêutica vasodilatadora sequencial com sildenafil, bosentano e iloprost inalado. Após obtenção de estabilidade clínica realizou biópsia pulmonar com confirmação histológica de HCP. Sob terapêutica tripla observou-se melhoria sustentada ao longo de 1 ano de seguimento. Realça-se melhoria clínica com obtenção de classe II da WHO, decréscimo dos biomarcadores bioquímicos e crescente capacidade funcional documentada pelos testes funcionais. Após o primeiro ano iniciou progressiva deterioração clínica ao longo de 12 meses, apesar da titulação da terapêutica com prostanóides, nesta fase em infusão ev contínua. Foi internado novamente em classe IV WHO, recebendo alta clínica já referenciado para transplantação cardio-pulmonar; Após 8 meses de espera, faleceu internado por disfunção ventricular direita.

Conclusão: A importância de realizar este diagnóstico diferencial, deve-se por um lado, à ponderação das opções terapêuticas (considerando-se titulações terapêuticas em regime de internamento, devido a complicações frequentes nestes doentes e transplantação pulmonar precoce) e por outro lado ao firmar do prognóstico.

Palavras-chave: Hemangiomatose capilar pulmonar. Hipertensão arterial pulmonar idiopática.

ESADA: BASE DE DADOS EUROPEIA SOBRE A APNEIA DO SONO

A. Colaço, R. Staats, J. Valença, S. Moreira, D. Escalera, M.S. Seixas, A. Bugalho, C. Barbara

Laboratório do Sono, Serviço de Pneumologia I, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

A base de dados Europeia ESADA é um estudo europeu multicêntrico de cohort observacional a longo prazo. Actualmente é constituído por 22 laboratórios de sono, um dos quais o laboratório do sono do Serviço de pneumologia do Hospital de Santa Maria (HSM). O projecto ESADA surge com o objetivo criar uma base de dados multinacional on-line, contendo informações sobre diagnóstico, tratamento e comorbilidades da Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Pretende-se que os resultados permitam fornecer um melhor conhecimento do processo patogénico da SAOS, o seu risco cardiovascular e que possa desenvolver futuras estratégias para a optimização do diagnóstico e tratamento e finalmente que possibilitem a criação de Standarts europeus. Dependente da disponibilidade dos membros do estudo, os indivíduos sugestivos de SAOS pré-seleccionados serão observados por um especialista em distúrbios do sono. Os dados do diagnósticos e da terapêutica serão posteriormente registado on-line, nomeadamente dados antropométricos, avaliação de SDE (sonolência diurna excessiva), procedimentos de diagnóstico, de terapêuticas e as respectivas comorbilidade e o tipo de terapêutica farmacológica. Aqui está descrito o enquadramento, o procedimento e as vantagens da base de dados ESADA.

Palavras-chave: Terapêutica de SAOS. Diagnóstico de SAOS. Mortalidade/morbilidade de SAOS.

TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO E HIPERSONOLÊNCIA. A DIFÍCIL AVALIAÇÃO DA SONOLÊNCIA RESIDUAL. UM ESTUDO BASEADO NO TESTE DE SONOLÊNCIA PUPILOGRÁFICO

J. Pimentel¹, R. Staats^{1,2}, D. Fernandes¹, S. Moreira^{1,2}, F. Caeiro¹, J. Valença¹, L. Moita², A. Bugalho de Almeida¹

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital Universitário de Santa Maria, Departamento de Pneumologia, Lisboa.* ²*Instituto de Medicina Molecular, Unidade de Biologia Celular do Sistema Imunitário.*

Introdução: A sonolência diurna excessiva (SDE) é uma característica comum nos doentes com apneia obstrutiva do sono (AOS). Contudo, não é observada em todos os doentes e a correlação entre os parâmetros respiratórios/sono e a prevalência de SDE é pequena. A SDE global é avaliada pela escala de sonolência de Epworth (ESE), enquanto a escala de sonolência de Stanford (ESS) mede o nível de sonolência aguda. Apesar de amplamente testadas, estas escalas são subjetivas e dependem da motivação dos doentes. O teste de sonolência pupilográfica (PST) usa a oscilação lenta da pupila, designado *pupillary unrest index* (PUI), para estimar objetivamente a sonolência aguda.

Métodos: Foram investigados 39 doentes com índices de distúrbios respiratórios > 5/h em três fases (F): 1) após a noite de diagnóstico, 2) após a noite de titulação de CPAP e 3) após 3 meses de tratamento com APAP. Depois de cada noite de registo polissonográfico (PSG), os doentes preencheram os questionários da ESS e ESE e realizaram o PST. Os resultados são demonstrados como média ± desvio padrão. Foram calculadas as diferenças da F1 para a F2 e F3. As alterações no PUI foram consideradas relevantes quando a diferença na subtracção era superior a 2 pontos (P). Assim, em relação ao basal, um valor positivo indica um decréscimo no PUI, ou menos sonolência, enquanto um valor negativo representa o oposto.

Tabela 1.

F	SE [%]	SWS [%]	REM [%]	Arousal [/h]		
1	81 ± 1,8	10,3 ± 1,3 *#	12,2 ± 1,1 *#	54,0 ± 3,4*#		
2	78,4 ± 2,2	19,8 ± 1,8	27,3 ± 12,2	30,0 ± 2,6		
3	83,3 ± 1,8	16,44 ± 1,9	16,5 ± 0,8	21,8 ± 1,5		

F	RDI [/h]	ODI [/h]	T90 [/h]	ESE [/h]	ESS [/h]	PUI [mm/min]
1	53,3 ± 4,4 *#	38,9 ± 4,1 *#-	12,6 ± 3,3 *#	10,5 ± 0,8 *#	2,42 ± 0,2	6,1 ± 0,7
2	12,6 ± 2,2	6,6 ± 1,7	1,8 ± 0,3	7,3 ± 0,7	2,22 ± 0,2	6,6 ± 0,6
3	6,1 ± 1,5	7,2 ± 2,8	0,7 ± 0,5	5,4 ± 0,5	1,9 ± 0,1	6,3 ± 0,6

SE: sleep efficiency, SWS: slow wave sleep, RDI: respiratory disturbance index, ODI: oxygen desaturation index, T90: time of SpO₂ < 90%, ESE: escala de sonolência de Epworth, ESS: escala de sonolência de Stanford, PUI: pupillary sleepiness index. * = F1 vs. F2 < 0,05, # = F1 vs. F3 < 0,05. A ESS e a PUI não apresentaram significado estatístico.

Resultados: Os valores médios da PSG e da sonolência encontram-se na tabela 1. As alterações no PUI encontram-se registadas na tabela 2. Após a primeira noite de tratamento com CPAP, a maioria dos doentes não apresentaram diferenças no PUI. Após três meses de tratamento, no entanto, a maioria demonstrou uma melhoria no PUI.

Tabela 2. Número de doentes com uma mudança do PUI de mais de 2P. Após a primeira noite de titulação de CPAP, a maioria dos doentes não apresentaram qualquer alteração relevante

F	Alteração no PUI < -2P	Alteração no PUI -2 a +2P	Alteração no PUI > +2P
F1 vs. F2	9	20	8
F1 vs. F3	3	9	23

No entanto, após três meses de APAP verificou-se um aumento do número de doentes com menos sonolência. Foi avaliada ainda a alteração do PUI contra as diferenças na ESE na F1 comparativamente à F2 e F3. Note-se que um valor negativo na ESE indica aumento da sonolência, enquanto um resultado positivo indica aumento da vigiância.

Tabela 3. Alteração na ESE consoante a mudança em 2P no PUI. Uma variação negativa do PUI foi acompanhada por uma diminuição da ESE, enquanto uma melhoria do PUI > 2P também demonstrou uma redução da sonolência subjectiva

Alterações na ESE	Nr. PUI < -2P	Nr. PUI -2 a +2P	Nr. PUI > +2P
F1 vs. F2	-0,56	+0,05	+1,13
F1 vs. F3	-0,66	+0,44	+0,61

Discussão e conclusão: Neste estudo foi avaliado o efeito do tratamento da AOS na sonolência subjectiva e objetiva. À primeira vista, a ESE parece apresentar melhor correlação com os resultados da PSG. No entanto, estritamente falando, a ESS deve analisar a sonolência durante um período de 3 semanas. De facto, a melhoria de vários itens da ESE, ex: “dirigir um carro”, não é apenas improvável, mas impossível depois de uma noite de tratamento com CPAP. Contudo, estes itens foram frequentemente marcados como diminuídos nos questionários. Os dois testes de sonolência aguda, PUI e ESS, não se alteraram significativamente. Isto pode basear-se em dois factores. Primeiro: Os problemas de adaptação nas primeiras duas Fs (efeito da primeira noite e primeira vez com máscara nasal) pode causar em alguns doentes a sonolência paradoxal não explicada pelos valores respiratórios. Segundo:

O PUI é um valor médio de 8 períodos de tempo. Ao adormecer durante o teste, as épocas seguintes são marcadas de zero e, portanto, o doente, embora claramente sonolento, demonstra um PUI total menor que o real. Analisando apenas a mudança do PUI, evitando os valores absolutos, podemos demonstrar que o número de doentes com diminuição da sonolência objectiva aumentou após 3 meses de adaptação, e que as mudanças relevantes do PUI estão associadas à diminuição da sonolência subjectiva. Em conclusão: o PUI pode realmente ser um teste rápido e simples para medir a sonolência aguda, mas os valores absolutos devem ser usados com cautela.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono. Sonolência diurna excessiva. Polissonografia. Pupilografia.

APNEIA DO SONO E DOENÇA DE MADELUNG

H.M. Calderón, J.A. Romero, U. Brito

Hospital de Faro, EPE.

Introdução: Os autores apresentam 4 casos clínicos onde se descreve a doença de Madelung associada ao Síndrome de Apneia do Sono (SAS) em doentes com cirurgias paliativas prévias e com sintomas de fadiga e sonolência diurna com diagnósticos previamente conhecidos de lipomatose simétrica múltipla (LSM) e com antecedentes de tabagismo e alcoolismo acentuados. A LSM, chamada também doença de Madelung, tem uma etiologia desconhecida, associada muitas vezes a transtornos metabólicos e alcoolismo crónico; caracteriza-se pelo acúmulo simétrico e progressivo de tecido adiposo não capsulado de carácter benigno, na região cervical, face e/ou tórax, produzindo graves desfigurações. A sua prevalência é mais elevada na zona do mediterrâneo, atinge ao sexo masculino em proporção 30:1. Existindo 2 tipos segundo a sua localização; no Tipo I o tecido adiposo acumula-se a volta do pescoço, ombros e parte superior das costas; no tipo 2 os lipomas estendem-se ao longo do corpo, incluindo ao redor das coxas; é considerada uma doença rara com uma incidência desconhecida. Por outro lado, o Síndrome de Apneia do Sono é uma patologia caracterizada pela alteração no fluxo de ar inspirado, onde existe colapso parcial ou total das vias aéreas superiores, condicionando múltiplos problemas de saúde, nomeadamente a nível cardiovascular, sem esquecer as implicações sociais secundárias ao quadro de sonolência e fadiga crónica. O diagnóstico definitivo é feito mediante polissonografia ou poligrafia cardio-respiratória do sono segundo as situações clínicas. Os doentes em estudo foram enviados à consulta de pneumologia, referenciados pelo seu médico de família por apresentar alterações durante o sono nomeadamente ressonar e

períodos de apneias, com sintomas durante o dia anteriormente referidos. A abordagem inicial em todos os casos foi similar com a recolha inicial da história clínica e aplicação da escala de Epworth que em todos os casos identificou sonolência excessiva; a investigação foi feita com polissonografia em 2 casos, poligrafia cardio-respiratória em 1 caso e oximetria noturna em 1 caso, identificando em todas as situações índices de apneia-hipopneia elevados. No seguimento refere-se que 3 dos casos estudados iniciaram CPAP com sucesso y 1 faleceu precocemente por patologia oncológica. Sendo a Doença de Madelung uma doença rara são poucos os casos publicados na literatura quando associados ao SAS; embora a evolução da Doença de Madelung seja variável para cada doente, o benéfico de tratar as patologias associadas como em este caso o SAS melhora notavelmente a qualidade de vida dos doentes.

Palavras-chave: *Madelung. Apneia. CPAP.*

DOENTES COM SÍNDROME DE APNEIA-HIPOPNEIA DO SONO DIAGNOSTICADOS EM ESTUDOS DE RASTREIO: ADESÃO À CPAP

I. Alves, J. Romero, P. Viegas, E. Patrício, V. Areias, C. Saraiva, U. Brito

Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, EPE.

Introdução: No tratamento do Síndrome de Apneia-Hipopneia do Sono (SAHS) a terapia ventilatória com pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) é a eleita. Numerosos estudos indicam a elevada prevalência de SAHS em doentes com patologia coronária e/ou com diabetes. Há escassos dados publicados em relação à eventual adesão à CPAP em doentes diagnosticados nos estudos de rastreio de SAHS nesta população.

Objectivo: Avaliar a adesão à CPAP em doentes com diagnóstico de SAHS realizados em estudos de rastreio entre doentes com Síndrome Coronário Agudo (SCA) e Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM).

Métodos: Estudo retrospectivo formado por 188 doentes com diagnóstico de SAHS e indicação para utilização de CPAP entre 2009 e 2010. Foram excluídos doentes com outros diagnósticos associados como DPOC e Síndrome Obesidade-Hipoventilação. A amostra foi dividida em dois grupos: Grupo Diagnosticado por Rastreio (GDR) com 45 doentes, sendo que 17 foram diagnosticados de SAHS no contexto de SCA e 28 com DM, e Grupo Referenciado à Consulta (GRC) com 143 doentes. Todos os doentes realizaram Polissonografia ou Poligrafia Cardio-respiratória, iniciaram tratamento com CPAP e realizaram igual seguimento protocolizado na consulta de patologia do sono. Procedeu-se à comparação das características (Sexo, Idade, IMC, Escala de Epworth, IAH) e adesão ou desistência da terapêutica com CPAP (no início, 1º mês, 3º mês e na última consulta) dos 2 grupos com teste de χ^2 , Fisher's, t student ou Mann-Whitney, conforme o mais indicado. A análise estatística foi efectuada com o software SPSS v18.

Resultados: Na caracterização dos grupos observou-se diferença significativa unicamente na Escala de Epworth (GDR 6.9 ± 3 vs GRC 10 ± 4 , $p < 0,0001$), sem encontrar diferenças no Sexo, Idade, IMC nem IAH. Não se observaram diferenças significativas entre os grupos em relação à recusa de CPAP no início (GDR 2 doentes vs GRC 3 doentes, com $p = 0,595$), 1º mês (GDR 3 doentes vs GRC 5 doentes, com $p = 0,400$), 3º mês (GDR 2 doentes vs GRC 11 doentes, com $p = 0,739$) e na última consulta (GDR 1 doentes vs GRC 2 doentes, com $p = 0,562$). Não se observaram diferenças significativas entre os grupos em relação à adesão à CPAP no 1.º mês (GDR $4,1 \pm 2$ horas vs GRC $4,7 \pm 2$ horas, com $p = 0,868$), 3.º mês (GDR $4,2 \pm 2$ horas vs GRC $4,9 \pm 2$ horas, com $p = 0,104$) e na última consulta (GDR $5,5 \pm 2$ horas vs GRC $6 \pm 1,6$ horas, com $p = 0,162$).

Conclusões: No presente trabalho, os doentes com SCA e DM diagnosticados e tratados com CPAP no contexto de um estudo de

rastreio de SAHS tiveram uma adesão à CPAP similar aos doentes normalmente referenciados à consulta de patologia respiratória do sono. O menor grau de sonolência no grupo de doentes diagnosticados no rastreio não teve uma influência negativa na adesão à CPAP.

Palavras-chave: *CPAP. Adesão. Rastreio.*

EFEITO DA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA NO DOENTE PARKINSÓNICO COM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO – RELATO DE UM CASO

M. Dias, A. Antunes, B. Botelho, D. Ferreira, C. Nogueira, I. Esteves

Centro Hospitalar Gaia/Espinho.

Introdução: A doença de Parkinson está associada a vários distúrbios do sono, entre os quais a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). A diminuição do tónus muscular das vias aéreas superiores, nos doentes com Parkinson, é um dos principais factores que predispõe ao aparecimento de apneias durante o sono.

Caso clínico: Sexo feminino, de 68 anos, modista reformada, não-fumadora. Antecedentes de hipertireoidismo, doença de Parkinson idiopática em estadio avançado e insónia. Medicada habitualmente com levotiroxina 250 μ g 1id, selegilina 1,25 mg 1 id, ropinirol 8 mg 1 id, levodopa 25 mg/carbidopa 100 mg 8 id, venlafaxina 75 mg 2 id, bromazepam 3 mg 1 id e trazodona 150 mg 1id. A doente foi enviada à Consulta de Apneia do Sono do Centro Hospitalar Gaia/ Espinho em 2009 por apresentar por apresentar roncopatia de longa duração, despertares nocturnos com sensação de sufoco, sintomas de pernas inquietas e sono não reparador com sonolência diurna excessiva (SDE) – Escala Epworth (EE) com pontuação de 15/21. Realizou estudo cardiopulmonar do sono com índice apneia-hipopneia (IAH) de 21,4/h com SatO_2 mínima de 74%. Foram explicadas as medidas de higiene do sono e iniciou tratamento com ventilador de pressão positiva contínua auto-ajustável (A-CPAP) durante a noite. A doente revelou sempre uma má adesão terapêutica por má tolerância ao ventilador, com queixas de secura das mucosas e fragmentação do sono por sensação de pressão elevada nas vias aéreas. De 2009 a 2011 foi registado agravamento da doença de Parkinson, manifestando agravamento da rigidez, da bradicinesia e do tremor. Foi registada também alteração do ritmo circadiano do sono. Em Novembro de 2011, foi submetida a cirurgia para implantação de estimulador cerebral profundo do núcleo subtalâmico (DBS-STN) no Hospital de São João. Após a cirurgia, foi possível diminuir a quantidade de medicação dopaminérgica e constatou-se melhoria franca dos sintomas motores da doença de Parkinson, com ausência de rigidez muscular, bradicinesia ligeira e distonia ligeira do pescoço. Na Consulta de Apneia do Sono, após a implantação do DBS-STN, a doente referia melhoria da roncopatia, ausência de apneias presenciadas, resolução dos despertares nocturnos, ausência de sintomas das pernas inquietas e ausência de movimentos periódicos dos membros durante o sono. Apresentava sono reparador, sem SDE, com uma pontuação de 3 na EE. Perante este quadro, repetiu polissonografia com registo de IAH de 4,1/h, SatO_2 mínima de 94%, não sendo detectados movimentos periódicos dos membros durante o sono. A melhoria significativa da qualidade do sono da doente foi interpretada no contexto da colocação de DBS-STN e, uma vez que já não apresentava critérios de SAOS, a doente teve alta da consulta.

Conclusão: Na doença de Parkinson, a estimulação cerebral profunda do núcleo subtalâmico a longo termo melhora os sintomas motores e, na maioria dos casos, diminui a necessidade de medicação dopaminérgica. Além disso, existem estudos recentes que mostram uma melhoria subjetiva e objectiva da qualidade do sono, como foi constatado nesta doente. Com este

caso clínico, os autores pretendem alertar para a possibilidade de implantação de DBS-STN, nos doentes com doença de Parkinson que reúnam critérios para a sua implanatação, e simultaneamente SAOS com a possibilidade de melhoria de ambas as patologias.

Palavras-chave: Síndrome apneia obstrutiva do sono. Doença de Parkinson. Estimulação cerebral profunda.

SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO – NEM TUDO O QUE PARECE, É

M. Dias, A. Antunes, R. Carvalho, C. Nogueira, D. Ferreira, I. Esteves

Centro Hospitalar Gaia/Espinho.

Introdução: Existem várias patologias cuja apresentação clínica se acompanha de despertares nocturnos – insuficiência cardíaca, asma, síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). Esta última deve ser equacionada quando os pacientes apresentam queixas de roncopatia e apneias presenciadas.

Caso clínico: Sexo feminino, 42 anos, operária da indústria têxtil, casada, residente em Vila Nova de Gaia. Enviada à Consulta de Apneia do Sono do Centro Hospitalar Gaia/Espinho por apresentar roncopatia e sonolência diurna excessiva (SDE). Apresentava antecedentes de litíase renal, dislipidemia e excesso ponderal. Sem medicação crónica. A doente referia roncopatia, apneias testemunhadas e a ocorrência de despertares nocturnos com a sensação de sufoco. Referia pesadelos com episódios ocasionais de alucinações hipnopômicas. Negava cataplexia e ataques de sono. Ao exame objectivo apresentava um índice de massa corporal de 32 kg/m², perímetro cervical de 38cm e perímetro abdominal de 96cm. A doente pontuava 13 na Escala de Epworth (EE). Trazia consigo o resultado do estudo cardiorrespiratório do sono, que apresentava índice de apneia/hipopneia (IAH) de 0,8/h com índice de dessaturação (ID) de 4,7/h. Visto manter elevada suspeita de SAOS, prosseguiu os estudos na consulta realizando provas funcionais respiratórias e gasimetria que não detectaram alterações significativas. Realizou ecocardiograma que evidenciou hipocinésia global do ventrículo esquerdo com função sistólica moderadamente deprimida e fracção de ejeção de 32%, sem alterações da função ventricular direita, compatível com o diagnóstico de miocardiopatia dilatada. Realizou polissonografia que mostrou IAH de 1,7/h, ausência de dessaturação periférica significativa e aumento do estado de vigília. Perante o resultado do ecocardiograma, a doente foi orientada para a Consulta de Cardiologia, iniciando carvedilol 6,25 mg 1 id e perindopril 4 mg 1 id. Com o início da medicação, houve melhoria significativa das queixas da doente, deixando de referir os despertares com a sensação de sufoco e as alucinações hipnopômicas, conseguindo um sono reparador, sem SDE (EE: 5). A doente teve alta da Consulta de Apneia do Sono. Actualmente, é seguida em Consulta de Cardiologia e a cardiomiopatia mantém-se de etiologia desconhecida.

Conclusão: Os autores apresentam este caso clínico com o objectivo de alertar para o facto de nem todos os doentes com roncopatia e despertares nocturnos terem SAOS. No caso desta doente, a insuficiência cardíaca não diagnosticada previamente era a causa dos episódios de dispnéia paroxística nocturna, descritos pela doente como despertares com sensação de sufoco. O facto de ter um sono não-reparador causava SDE com uma pontuação elevada na EE. A realização da polissonografia excluiu SAOS e a resolução dos sintomas da doente com a instituição da terapêutica para a cardiomiopatia reforça a hipótese de a doença cardíaca ser a causa dos sintomas da doente.

Palavras-chave: Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Despertares nocturnos. Insuficiência cardíaca.

CONCORDÂNCIA DA RELAÇÃO FEV₁/FVC, MEDIDO EM DUAS ESTAÇÕES DISTINTAS DO ANO, NO ÂMBITO DO ESTUDO “QUALIDADE DO AR, EXPOSIÇÃO E SAÚDE HUMANA EM ZONAS URBANAS INDUSTRIALIZADAS” (INSPIRAR)

I. Caires¹, P. Martins^{1,2}, J. Marques^{1,2}, J.A. Martins¹, C. Lopes¹, J. Ferreira³, C. Borrego³, M. Lopes³, N. Neuparth^{1,2}

¹CEDOC, Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, FCM, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. ²Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. ³Departamento de Ambiente e Ordenamento, Universidade de Aveiro.

Introdução: Têm sido apontados diversos critérios de diagnóstico espirométricos para a doença pulmonar obstrutiva crónica, designadamente o da relação fixa (FEV₁/FVC < 70%) e o do limite inferior da normalidade da relação FEV₁/FVC. Relativamente a estes critérios, não se encontra devidamente estabelecida a sua concordância ao longo do tempo.

Objectivo: Avaliar a concordância do critério da relação fixa e do FEV₁/FVC abaixo do limite inferior do normal (LLN), entre duas medições efectuadas em épocas distintas do ano.

Métodos: No âmbito do Projecto INSPIRAR foram avaliados prospectivamente o mesmo grupo de trabalhadores - de instalações fabris da cidade de Estarreja - em duas épocas distintas do ano: Junho de 2011 (V₁) e Fevereiro de 2012 (V₂). Efectuou-se espirometria com broncodilatação a todos os participantes. Foi avaliada a frequência de DPOC, estabelecida através de critérios espirométricos, para cada uma das épocas do ano. Os critérios considerados foram: a existência de uma relação fixa (FEV₁/FVC < 70%) e a existência de uma relação FEV₁/FVC abaixo do LLN, após a administração de broncodilatador. O grau de concordância de cada um destes critérios, entre as duas medições foi avaliado através do coeficiente kappa de Cohen.

Resultados: Estudaram-se 116 trabalhadores, na sua maioria do sexo masculino (85%), com uma média de idades de 44 ± 10 anos. As frequências da relação FEV₁/FVC < 70% (V₁ = 6,0%; V₂ = 5,3%) e da relação FEV₁/FVC abaixo do LLN (V₁ = 4,3%; V₂ = 6,0%), não diferiram nas duas épocas estudadas. A concordância intra-indivíduo, relativa às duas medições efectuadas, foi moderada para ambos os critérios espirométricos considerados (para FEV₁/FVC < 70%: kappa = 0,59; para FEV₁/FVC abaixo do LLN: kappa = 0,47).

Conclusão: A frequência de DPOC, estabelecida através de critérios espirométricos, manteve-se constante ao longo das duas épocas estudadas. Contudo, a concordância moderada dos parâmetros avaliados sugere a existência de algum grau de variação intra-indivíduo ao longo do tempo, que poderá ser importante em estudos de carácter epidemiológico.

Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – INSPIRAR Project PTDC/AAC-AMB/103895/2008.

Palavras-chave: FEV₁/FVC. Concordância. DPOC.

IMPACTO DA PERDA PONDERAL NOS VALORES DA ESPIROMETRIA EM DOENTES COM BRONQUIECTASIAS – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

H. Dabó¹, N. Teixeira¹, M. Vaz¹, I. Gomes²

¹Interno Complementar; ²Assistente Hospitalar Graduado, Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João, EPE.

As bronquiectasias são dilatações anormais e irreversíveis dos brônquios e bronquíolos. Podem cursar com desnutrição, associando-se a elevada morbidade. Contudo, o excesso de peso pode acompanhar-se de deterioração funcional que, em doentes com bronquiectasias, pode associar-se à que resulta de alterações estruturais das vias aéreas e do parênquima. Os autores

apresentam 2 casos clínicos de pacientes com bronquiectasias e excesso ponderal que melhoraram os parâmetros espirométricos aquando da perda de peso significativa.

Caso 1: Mulher de 50 anos, não fumadora, seguida em consulta de Pneumologia por bronquiectasias no contexto de síndrome de Swyer-James. Na avaliação inicial apresentava excesso ponderal, síndrome ventilatório obstrutivo grave com broncodilatação negativa, insuficiência respiratória global e ausência de atopia. A TC do tórax mostrou bronquiectasias quísticas à esquerda com predomínio no lobo inferior esquerdo. Foi otimizada a terapêutica com broncodilatadores, corticoide inalado, VNI noturna, OLD, O₂ ambulatório e cinesioterapia respiratória. Iniciou seguimento em consulta de nutrição sem resultados favoráveis, pelo que foi programada colocação do balão intragástrico (BIG). Previamente a este procedimento, apresentava um IMC = 44,6, e a avaliação espirométrica e gasométrica (FiO₂ 21%) apresentavam os seguintes valores – CVF 1,12 (40,6%), VEMS 0,74 (31,6%), IT 66%; pH 7,38, pO₂ 59,3 mmHg, pCO₂ 54,6 mmHg, Sat 91,6%. Após redução ponderal significativa (IMC = 35,7), os valores foram os seguintes – CVF 1,79 (66%), VEMS 1,02 (44%), IT 57%; pH 7,44, pO₂ 77,7 mmHg, pCO₂ 39,7 mmHg, Sat 94,3%. Suspendeu VNI e OLD, mantendo O₂ ambulatório por dessaturação com exercício.

Caso 2: Mulher de 65 anos, não fumadora, seguida em consulta de Pneumologia por bronquiectasias de etiologia não conhecida, submetida a bilobectomia direita (médio e inferior) aos 30 anos nesse contexto. Na avaliação inicial apresentava também excesso ponderal, síndrome ventilatório misto com obstrução moderada e broncodilatação negativa, ausência de insuficiência respiratória ou de atopia; TC do tórax mostrou discretas bronquiectasias no lobo superior direito. Iniciou terapêutica inalada e cinesioterapia respiratória. Por benefício respiratório e por patologia osteoarticular, iniciou atividade física regular e controle nutricional para redução de peso. Previamente, apresentava um IMC = 29,3, e os seguintes valores espirométricos e gasométricos (FiO₂ 21%) - CVF 2,02 (78%), VEMS 1,30 (60%), IT 65%; pH 7,41, pO₂ 90,2 mmHg, pCO₂ 41,4 mmHg, Sat 97,5%. Após redução ponderal significativa (IMC = 25,3), os valores foram os seguintes - CVF 1,99 (81,6%), VEMS 1,50 (73,9%), IT 75,38%; pH 7,40, pO₂ 96,5 mmHg, pCO₂ 39,8 mmHg, Sat 96,7%. Embora no primeiro caso clínico não seja possível excluir a influência de uma eventual síndrome de hipoventilação/obesidade (SHO) associada e entretanto melhorada, os casos clínicos apresentados são dois exemplos de como a redução ponderal se pode acompanhar de variação favorável dos parâmetros espirométricos, podendo ser interessante avaliar seu impacto na clínica e na qualidade de vida em doentes com bronquiectasias e excesso ponderal.

Palavras-chave: Bronquiectasias. VEMS. Perda ponderal.

EFICÁCIA DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA DOMICILIÁRIA NAS DOENÇAS RESTRITIVAS TORÁCICAS

J. Vale, E. Silva, V. Melo, M.D. Sousa, I. Gil, A.S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) é adequada e eficaz no tratamento da insuficiência respiratória crónica secundária a deformações da caixa torácica (DCT) e a doenças neuromusculares (DNM). Tem sido demonstrado que a aplicação da VMNI prolonga a sobrevida, melhora os gases sanguíneos, normaliza o padrão de sono e incrementa a qualidade de vida relacionada com a saúde, nos doentes com doenças restritivas torácicas.

Objetivos: Caracterização de um grupo de doentes com doenças neuromusculares e deformações da caixa torácica sob VMNI de longa duração. Avaliação da eficácia da VMNI nas trocas gasosas, na mecânica ventilatória e na utilização dos cuidados de saúde.

Doentes e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com DNM e DCT submetidos a VMNI domiciliária, avaliados na unidade do sono e ventilação não invasiva, durante um período de 12 meses (Janeiro a Dezembro de 2011). Foram analisados os seguintes parâmetros: adesão à VMNI, estudo funcional respiratório, gasometria arterial, agudizações com recurso ao serviço de urgência e internamentos hospitalares.

Resultados: Foram incluídos um total de 27 doentes, 15 com DNM e 12 com DCT. A idade média foi de $62,2 \pm 17,9$ anos. Dezasseis doentes eram do sexo feminino. A duração média do tratamento com VMNI foi de $55,2 \pm 51,6$ meses. Previamente à instituição da VMNI a PaO₂ média era de $57,4 \pm 12,42$ mmHg, a PaCO₂ média era $53,4 \pm 7,9$ e o excesso de bases (EB) médio era $9,7 \pm 6,6$ mmol/L. A capacidade vital forçada média era de $48,7 \pm 18,9$ % do previsto e a capacidade pulmonar total média era de $69,5 \pm 10,3$ % do previsto. A média de utilização diária da VMNI foi de $7,5 \pm 3,3$ horas e a percentagem de dias com utilização de VMNI superior a 4 horas por noite foi de $75,2 \pm 28$ %. Verificou-se uma maior adesão à VMNI domiciliária nos doentes com DCT. Após VMNI verificou-se uma melhoria das trocas gasosas. Registou-se um aumento da PaO₂ em $3,9$ mmHg ($p = 0,012$), uma redução da PaCO₂ em $6,0$ mmHg ($p = 0,001$) e uma redução do EB em $4,2$ mmol/L ($p = 0,004$). A diminuição da PaCO₂ foi superior nos doentes com DCT. Não se verificou uma melhoria dos parâmetros da mecânica ventilatória. Observou-se uma redução do número de internamentos hospitalares (de $0,7$ /ano para $0,3$ /ano, $p = 0,009$) e das agudizações com recurso ao serviço de urgência (de $1,5$ /ano para $0,8$ /ano, $p = 0,001$).

Conclusões: Este grupo de doentes com doenças restritivas torácicas apresentou uma boa adesão à VMNI domiciliária. A VMNI demonstrou ser eficaz na melhoria das trocas gasosas e contribuiu para uma maior estabilidade clínica destes doentes.

Palavras-chave: Doenças restritivas torácicas. Ventilação mecânica não invasiva.

AValiação Funcional no Doente com Insuficiência Cardiovascular

Paulo Dinis¹, V. Martins², I. Sanches², C. Dias², J. Moita²

¹Serviço de Cardiologia; ²Serviço de Pneumologia, CHUC-HG.

Introdução: A avaliação cardiorespiratória no esforço é a forma mais objectiva de classificar a gravidade da falência cardíaca e a capacidade funcional do doente com patologia cardiovascular. Permite verificar se existem outras causas de limitação, avaliar a eficácia do regime terapêutico e é fundamental na avaliação dos doentes candidatos a transplante cardíaco.

Objectivo: Avaliar as indicações da prova de esforço cardiorespiratória (PECR) e as alterações encontradas nos doentes referenciados por falência cardiovascular.

Metodologia: Revisão do processo clínico e das provas de esforço cardiorespiratórias realizadas no laboratório de Fisiopatologia Respiratória do CHUC-HG de Janeiro de 2009 a Agosto de 2012, relativamente aos seguintes parâmetros: patologia de base, indicação da prova, resultados e contributo para a decisão clínica.

Resultados: Foram realizadas 43 provas de esforço cardiorespiratórias em doentes com falência cardiovascular, sem complicações. A referenciação foi maioritariamente feita pela Consulta de Cardiologia (88%). As principais patologias cardiovasculares de base que motivaram a realização da PECR foram: miocardiopatia dilatada (23%), hipertensão pulmonar (21%), miocardiopatia isquémica (19%) e insuficiência cardíaca (16%). Foram avaliados 33 doentes, tendo 8 realizado pelo menos duas ou mais avaliações consecutivas, com intervalo entre 5 meses a um ano, para acompanhamento da evolução clínica. Os motivos principais da realização da prova foram avaliação objectiva da capacidade

funcional em 72%, avaliação pré-operatória em 12% e avaliação prévia a referenciação para transplante cardíaco em 14%. Para avaliação da capacidade funcional realizaram-se 31 provas (idade 56 ± 15 anos) com limitação cardiovascular no esforço em 24 provas com VO_2 de $14,0 \pm 4,5$ ml/kg/min. Em 3 provas, apesar da suspeita patologia cardiovascular, não existia limitação e em uma apenas era evidente descondicionamento. Em dois casos concluiu-se que a limitação era exclusiva das trocas gasosas e ventilatória e noutro a limitação foi articular. Para avaliação pré transplante realizaram-se 6 provas (idade 58 ± 14 anos) com VO_2 de $11,2 \pm 2,4$ ml/kg/min. Apenas 3 doentes apresentavam $VO_2 < 10$ ml/kg/min indicativo absoluto de necessidade de transplante cardíaco. Em dois fez-se optimização terapêutica tendo repetido posteriormente a prova mantendo $VO_2 < 10$ ml/kg/min. O VO_2 peak foi muito variável nas diferentes classes de capacidade funcional NYHA. Assim, doentes em classe I apresentavam VO_2 entre 10,5 e 28 ml/g/min; classe II VO_2 entre 6,4 e 21,4 ml/kg/min e Classe III VO_2 entre 6 e 16 ml/kg/min.

Conclusão: A prova de esforço cardiorespiratória possibilitou uma avaliação global e segura dos doentes com patologia cardiovascular, mesmo quando grave. Permitiu apontar outras causas de limitação no esforço, sendo vantajosa uma boa cooperação entre Pneumologia e Cardiologia. Possibilitou ainda uma determinação exacta e objectiva da capacidade funcional, superior à classificação subjectiva do NYHA e permitiu identificar doentes com necessidade de optimização terapêutica ou apontou no sentido de referenciação a transplante cardíaco.

Palavras-chave: Prova de esforço cardiorespiratória. Capacidade funcional, insuficiência cardiovascular.

CONTROLO DE ASMA COM OMALIZUMAB, A NOSSA EXPERIÊNCIA CLÍNICA

S. Alfarroba, W. Videiranda, C. Galvão-Lucas, F. Carvalho, C. Bárbara

Hospital Pulido Valente.

Introdução: Estima-se que 5% dos doentes com asma tenham asma grave. No estudo GOAL 38-53% dos doentes sob terapêutica optimizada com corticoides inalados (ICS), B-agonistas de longa acção (LABA) e antagonistas de leucotrienos, permanecem mal controlados com sintomas que têm um impacto importante na vida diária e exacerbações que originam frequentes idas ao serviço de urgência. As guidelines da GINA de 2011 recomendam o Omalizumab como terapêutica adjuvante no degrau 5. No INNOVATE o Omalizumab reduziu o número de exacerbações/ano em 26% e reduziu para metade as exacerbações graves. O Omalizumab demonstrou melhorar significativamente a qualidade de vida, os scores de controlo de asma e a função pulmonar nestes doentes. No estudo EXCELS, permitiu a redução da terapêutica com ICS, B-agonistas de curta acção (SABA) e antagonistas de leucotrienos. Estudos também já demonstraram a possibilidade de redução de dose de corticoterapia sistémica.

Objectivo: Avaliar a eficácia de Omalizumab no controlo da asma como terapêutica adjuvante em doentes da consulta de Asma Grave do Hospital Pulido Valente.

Métodos: Foi conduzido um estudo observacional desde o início do uso do Omalizumab em doentes seleccionados da consulta de Asma Grave. Doentes elegíveis para tratamento com Omalizumab tinham asma grave não controlada apesar de tratamento optimizado, com níveis séricos de IgE 30-700 e prick-tests positivos para pelo menos um aeroalergeno perene. Os dados foram recolhidos dos registos clínicos da consulta datando um ano antes do início de terapêutica com Omalizumab e aos 6, 12 e 24 meses de terapêutica. O controlo da asma foi determinado aplicando o score ACT e de acordo com as guidelines da GINA. A frequência anual e

gravidade das exacerbações (moderada ou grave de acordo com as recomendações da ATS) foi registada a cada intervalo, assim como a terapêutica de manutenção vigente. Os valores de FEV_1 foram recolhidos das provas de função respiratória disponíveis. Os dados foram analisados com a versão 15 do SPSS e testados para diferença estatística entre cada intervalo.

Resultados: Foram contabilizados um total de 26 doentes sob terapêutica com Omalizumab, todos os quais classificados previamente com *asma não controlada*. A média do score ACT era 11,5. Todos estavam tratados com ICS e LABA. 42,3% necessitavam de terapêutica de manutenção com corticoterapia sistémica. A média do valor IgE era de $160,7 (\pm 121,1)$ e a média de FEV_1 era de 57,07%. Os doentes referiam uma média de 1,8 exacerbações moderadas e 3,1 exacerbações graves/ano. Diferenças estatisticamente significativas foram identificadas no controlo de asma aos 6 meses de terapêutica: O score da GINA melhorou: 60,9% dos doentes tinha *asma parcialmente controlada* e apenas 39,1% tinham *asma não controlada* (Wilcoxon 0,00); O score ACT melhorou para 19,52 (Wilcoxon 0,00); A média de FEV_1 melhorou para 76,7% (Wilcoxon 0,025); A percentagem de doentes a necessitar de corticoterapia sistémica reduziu para 17,4% (Wilcoxon 0,014) e o número de exacerbações moderadas e graves reduziu para 1,04 e 1,83, respectivamente (Wilcoxon 0,007 e Wilcoxon 0,002). Este estudo corrobora dados internacionais publicados na melhoria do controlo da asma com Omalizumab.

Palavras-chave: Asma grave. Omalizumab. Anti-IgE. Controlo de asma. Tratamento de asma.

TAXA DE VACINAÇÃO E IMPACTO DA IMUNIZAÇÃO CONTRA A GRIPE SAZONAL NUM GRUPO DE DOENTES ASMÁTICOS

C. Ribeiro, R. Mendes, R. Lima, I. Pascoal, J.M. Sá, A. Carvalho

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

Introdução: A gripe é uma doença viral altamente contagiosa, habitualmente benigna e auto-limitada em indivíduos saudáveis, mas que pode ser causadora de morbilidade considerável em indivíduos susceptíveis como os doentes com asma e outras patologias crónicas. O melhor tratamento passa pela prevenção, estando os asmáticos aconselhados a fazer vacinação anual no período pré sazonal. Não é conhecida a taxa de vacinação de doentes com asma em Portugal. Em 2010/ 2011 (último ano em que são conhecidas as taxas de vacinação em Portugal) a taxa de vacinação global foi 17,5% e 28,8% nos doentes com pelo menos uma doença crónica. A recomendação pelo médico é o fator que mais influencia a adesão à vacinação.

Objetivos: Avaliar a taxa de vacinação em doentes asmáticos e a adesão à proposta de vacinação; avaliar o impacto a nível de exacerbações, alteração terapêutica habitual e recurso não programado a serviços de saúde.

Material e métodos: Estudo prospetivo em 151 doentes consecutivos observados no período pré-sazonal (15/09 a 30/10/2011) com asma e idade superior a 12 anos. Foi proposta a vacina da gripe a todos os doentes, independentemente da gravidade da asma e faixa etária. Aos que recusaram foi feito ensino, aconselhamento, fornecida informação sobre recomendações da OMS e posteriormente foi-lhe perguntado se mudaram de ideias. Os restantes parâmetros foram avaliados no período pós sazonal (Abril-Maio 2012).

Resultados: Dos doentes avaliados, 113 (74,8%) estavam interessados em fazer a vacina da gripe. Dos 38 (25,3%) que não estariam interessados, 17 (44,7%) mudaram de ideias, perfazendo uma taxa de vacinação de 86,1%. Observamos uma reduzida taxa de reação vacinal (apenas descrita dor no local de injeção).

	Vacinados	Não vacinados	Total	p
Total	130 (86,1%)	21 (13,9%)	151	
Idade média	48,2	39,8	47	0,03
Sexo feminino (%)	73,1	90,5	75,5	0,1
Reação vacinal (%)	2,1			
Síndrome gripal (%)	9,3	16,7	10,2	0,4
Exacerbações - % (0/1/2/3/4)	79,8/11,6/6,2/1,6/0,8	77,8/11,1/0/5,6/5,6	79,6/11,6/5,4/2,0/ 1,4	
Mudança terapêutica crónica	10,1	16,7	10,9	0,4
Corticoterapia sistémica	7,0	11,1	7,5	0,6
Ida ao CSP	7,0	0	6,1	0,6
Ida ao SU	2,3	11,1	3,4	0,1
Internamento	0,8	5,6	1,4	0,2

Comentários: A taxa de vacinação neste grupo de doentes com asma e média de idade inferior a 50 anos é muito superior à taxa de vacinação global e de doentes com doenças crónicas. A idade média dos doentes vacinados é estatisticamente superior à dos doentes que recusam a vacina da gripe. Apesar de não estatisticamente significativo, os doentes não vacinados apresentam maior taxa de síndrome gripal, alteração da terapêutica crónica, necessidade de corticoterapia sistémica, recurso ao serviço de urgência e internamento e menor taxa de recurso aos cuidados de saúde primários, revelando pior controlo da doença e maior consumo de recursos. Os doentes, quando informados, aderem à vacinação independentemente da gravidade da asma e conseguem obter um melhor controlo da asma.

Palavras-chave: Asma. Vacinação gripe sazonal.

RESPOSTA PARADOXAL AO SALBUTAMOL – ESTUDO DE CASO

A.C. Lutas, A. Ladeira, I. Marques, C. Camarinha, I. Gonçalves, M.G. Freitas

Departamento Pneumologia, Hospital da Luz.

Um dos testes integrados no estudo funcional respiratório, são as provas de broncomotricidade, destas a prova de broncodilatação pretende avaliar a reversibilidade das vias aéreas e ajustar a terapêutica. Os agonistas adrenérgicos beta são broncodilatadores (BD) de curta acção utilizados no alívio dos sintomas e do broncospasma em doenças obstrutivas das vias aéreas e os efeitos secundários incluem frequentemente taquicardia, tremor e cefaleias e muito raramente reações de hipersensibilidade, arritmias cardíacas e broncospasma paradoxal.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 28 anos, não fumadora, observada em consulta de pneumologia por agravamento de quadro de asma brônquica previamente diagnosticado. Na altura da consulta apresentava queixas de pieira nocturna diária, pieira com o exercício, em contacto com pó e com as alterações da temperatura, sugerindo asma não controlada. Na consulta foram prescritas provas de função respiratória (PFR) e foi-lhe receitado formoterol, propionato de fluticasona e montelucaste. Durante a realização das PFR, os resultados do exame basal indicavam uma alteração ventilatória obstrutiva de grau ligeiro com insuflação pulmonar. Durante a pausa necessária após o BD a doente apresentava sinais de dificuldade respiratória, com um aumento da pieira e tosse. Os resultados da PFR pós-BD (salbutamol 4 × 100 µg) indicavam um agravamento do padrão ventilatório obstrutivo. Este evoluiu para uma gravidade moderada com respectivo aumento da insuflação pulmonar e resistências das vias aéreas.

Discussão: No sentido de avaliar a evolução da asma brônquica, já previamente diagnosticada, foram prescritas PFR. Durante a realização da prova, uns minutos após a administração do

BD a paciente começou a desenvolver sinais de dificuldade respiratória com o aparecimento de tosse, pieira e dispneia ligeira. As provas de função respiratória após o BD, confirmaram a clínica, apresentando um agravamento significativo em relação à prova basal. Após a inalação de um BD o resultado expectável é que este actue a nível do músculo liso brônquico, dilatando-o. Neste caso específico houve um agravamento da obstrução após o BD, comportamento oposto ao esperado, sendo por isso designado de broncoconstrição paradoxal. A resposta paradoxal parece ser desencadeada por um agravamento da inflamação e indução da hiperreatividade brônquica. O mecanismo que a desencadeia julga-se multifactorial, não estando muito bem compreendido. Vários mecanismos de broncospasma paradoxal têm sido propostos além da reacção ao agente ativo, tais como: reacção ao excipiente, mediada pela imunoglobulina E; irritação secundária ao propelantes, por exemplo ácido oleico e os clorofluorcarbonetos, e aos preservantes; irritação causada pelo fluxo turbulento – secundária a técnica inalatória inapropriada e irritação bronquial causada pela hiperosmolalidade e acidez da solução (nebulização). A fadiga, que poderá surgir durante a realização da PFR, poderá causar broncospasma, no entanto este não é um tipo de broncoconstrição paradoxal.

Conclusão: A broncoconstrição paradoxal, apesar de rara, acontece e já foi documentada e estudada. Admite-se na sua génese vários mecanismos com interferência na modulação da reactividade brônquica e consequente aparecimento de uma resposta broncoconstritora paradoxal. É de extrema relevância o conhecimento e a consciência deste fenómeno bem como o modo de atuar, apesar da lacuna de referências publicadas, na sua presença.

Palavras-chave: Prova broncodilatação. Salbutamol. Broncospasma paradoxal.

OSILOMETRIA DE IMPULSO NA PRÁTICA CLÍNICA – UTILIDADE EM DOENTES ASMÁTICOS

M. Saldanha Mendes¹, L. Fernandes², J. Moita², A.M. Arrobas²

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar da Cova da Beira.

²Serviço de Pneumologia, Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A oscilometria de impulso (IOS) é um método de estudo da função pulmonar não dependente de esforço, que avalia a resistência e a reactância das vias aéreas. Tem sido realizada a par dos restantes métodos de estudo da função respiratória, tendo particular interesse como complemento da espirometria na avaliação das alterações ventilatórias do tipo obstrutivo.

Objectivo: Determinar o valor da IOS como método complementar da espirometria na avaliação da função pulmonar de doentes asmáticos.

Métodos: De Janeiro a Agosto de 2012 foram avaliados os doentes com diagnóstico de asma seguidos na consulta de Alergologia Respiratória do HG-CHUC. Estes doentes foram divididos em 3 grupos segundo os resultados espirométricos obtidos durante períodos de controlo clínico da doença: Grupo A – sem alterações espirométricas; Grupo B – obstrução ao nível das grandes vias aéreas ($FEV_1/FVC < 70$ e $FEV_1 < 80\%$); Grupo C – obstrução apenas ao nível dos débitos intermédios ($FEV_1/FVC > 70$; $FEV_1 > 80\%$ e $FEF 50\% < 80\%$). Para cada um dos grupos obtiveram-se os dados demográficos, clínicos, hábitos tabágicos, presença de atopia, coexistência de rinite e dados das oscilometrias realizadas imediatamente após as espirometrias – resistências periféricas (RP) e resistências centrais (RC).

Resultados: Incluídos 106 doentes (Grupo A- 42; Grupo B- 41 e Grupo C-23), a maioria de sexo feminino (A – 81%; B – 88% e C – 90%). As idades médias eram $29,4 \pm 14,4$; $54,1 \pm 15,1$ e $45,9 \pm 16,4$ anos em cada um dos grupos A, B e C, respectivamente. No grupo A, verificamos que 14,28% dos doentes não apresentavam aumento das resistências avaliadas pela oscilometria. Dos 85,72% que apresentavam alterações, 58,3% tinham aumento das RP e RC [$6,8 \pm 2,20$ e $4,02 \pm 0,68$ $cmH_2O/(l/s)$, respectivamente]; 30,5% apresentavam alterações isoladas das RP [$3,86 \pm 0,70$ $cmH_2O/(l/s)$] e 11,1% das RC [$4,21 \pm 0,72$ $cmH_2O/(l/s)$]. No grupo B, 14,63% dos doentes não apresentavam alterações oscilométricas. Dos que apresentavam alterações, 68,5% tinham aumento das RP e RC [$7,43 \pm 2,33$ e $3,92 \pm 0,64$ $cmH_2O/(l/s)$, respectivamente], 28,5% das RP [$5,50 \pm 2,68$ $cmH_2O/(l/s)$], e 2,8% das RC [$3,89$ $cmH_2O/(l/s)$]. No grupo C, as resistências avaliadas foram normais em 30,4% dos casos, e nos restantes verificou-se que 62,5% correspondiam a aumento das RP e RC [$7,08 \pm 2,52$ e $3,78 \pm 0,71$ $cmH_2O/(l/s)$, respectivamente], 25% a aumento isolado das RP [$4,08 \pm 0,41$ $cmH_2O/(l/s)$], e 12,5% das RC [$3,34 \pm 0,01$ $cmH_2O/(l/s)$].

Conclusão: Apesar do número relativamente pequeno de doentes, este estudo permitiu-nos verificar que nos asmáticos cujas espirometrias eram normais, a IOS foi um exame complementar útil, uma vez que possibilitou a identificação de alterações obstrutivas das vias aéreas (não denunciadas pelo estudo convencional) numa percentagem significativa de doentes. Nos asmáticos cujas espirometrias revelavam alterações obstrutivas, a IOS mostrou concordância com a espirometria na maioria dos casos, não tendo, por isso, oferecido informações adicionais e podendo ser equacionada a sua realização.

Palavras-chave: Asma. Oscilometria de Impulso.

VENTILAÇÃO MECÂNICA PARA O TRATAMENTO DE COLAPSO DINÂMICO EXCESSIVO DAS VIAS AÉREAS EM DOENTE COM DIAGNÓSTICO DE ASMA

H.N. Bastos^{1,2}, M. Gonçalves^{1,3}, M. Sucena¹

¹Serviço de Pneumologia do Hospital de São João, EPE, Porto. ²Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho. ³Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Mulher caucasiana de 54 anos de idade, com asma intrínseca mal controlada, diagnosticada há cerca de 20 anos, e doença de refluxo gastro-esofágico, sem história de tabagismo, ou alergias, apresenta dispnoia, dispneia de agravamento progressivo e pieira exacerbada com o esforço e à noite. Ao exame físico, apresenta taquipneia, respiração ruidosa, por vezes de carácter estriduloso, e apenas discreta sibilância expiratória na auscultação pulmonar. Não havia repercussão significativa funcional respiratória. A TC torácica não tinha alterações relevantes. Realizou broncoscopia flexível, revelando colapso expiratório marcado (> 50%) da parede posterior da traqueia e da árvore brônquica bilateralmente. Foi diagnosticado Colapso Dinâmico Excessivo das vias Aéreas (EDAC). Nos anos que se seguiram ao diagnóstico, a doente apresentou exacerbações recorrentes com necessidade de ventilação mecânica

invasiva. Decidiu-se iniciar ventilação por pressão positiva contínua (CPAP) por máscara facial durante o sono. que foi aceitepacente eventir escaras faciais) Após um período de relativa estabilidade, foi instituído Ventilação Não Invasiva (VNI) por pressão bi-nível (BiPAP), após novo internamento em cuidados intensivos, com desmame ventilatório difícil. Posteriormente, apresentou dependência progressivamente maior da VNI em ambulatório. Dado manter VNI contínua por máscara total, foi proposta traqueostomia. A doente ficou bem adaptada à ventilação em modo bi-nível pela cânula de traqueostomia, sem necessidade de O2 suplementar e verificando-se melhoria das trocas gasosas. No curso da avaliação complementar, foi diagnosticada esclerodermia, sem critérios de envolvimento pulmonar. A EDAC é uma entidade pouco frequente, cujo tratamento não é consensual. Os autores discutem as opções terapêuticas e o incerto significado clínico da sua associação com asma ou DPOC.

Palavras-chave: Ventilação mecânica. Colapso dinâmico excessivo das vias aéreas. Asma.

HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO

A. Carreiro¹, L. Frias², A. Miguel², L. Carreiro³, C. Pavão²

¹Interna do Internato Médico de Pneumologia, Serviço de Pneumologia, Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.

²Serviço de Pneumologia, Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.

³Serviço de Pneumologia II, Hospital Pulido Valente, CHLN-EPE.

Introdução: O hamartoma é um dos tumores benignos do pulmão mais comum. A maioria é localizada no parênquima pulmonar, e apenas raramente ocorrem a nível endobrônquico. Grande parte dos tumores endobrônquicos origina sintomas, como tosse e febre devido a obstrução brônquica.

Objectivo/métodos: Os autores relatam o caso de um hamartoma do brônquio lobar superior direito diagnosticado e removido por broncoscopia.

Resultados: Um doente de 50 anos foi admitido no hospital por queixas de tosse e dificuldade respiratória de agravamento progressivo. Como antecedentes pessoais salienta-se diabetes e era não fumador. No exame físico constatou-se diminuição do murmúrio vesicular na metade superior do hemitórax direito. A telerradiografia do tórax revelou atelectasia do lobo superior direito. A TC torácica demonstrou uma imagem nodular localizada no brônquio lobar superior direito. Na broncofibroscopia, uma massa endobrônquica polipoide com superfície bem delimitada foi observada, obstruindo quase totalmente o brônquio superior direito. Foi feita biopsia brônquica e ao exame histológico foi diagnosticado um hamartoma condroide. O doente foi submetido a broncoscopia rígida com árgon e *debulking*. Não se registaram complicações. Ao terceiro mês de seguimento, a observação por broncofibroscopia não mostrou lesão residual ou recorrência local. **Conclusão:** O hamartoma endobrônquico é uma forma rara e especial do hamartoma pulmonar, que se origina num brônquio de grande calibre e cresce no seu lúmen. O tratamento do hamartoma endobrônquico deve ser individualizado de acordo com as características de cada doente e de cada hamartoma. O tratamento endoscópico (árgon, laser, crioblacção, electrocauterização) é uma modalidade menos invasiva que a toracotomia, sendo uma opção terapêutica segura e efectiva.

Palavras-chave: Hamartoma endobrônquico. Broncoscopia.

DIVERTÍCULO TRAQUEAL: UMA ENTIDADE RARA

S. Silva, T. Finde, J.S. Cruz, J.R. Dias

Hospital de Santarém.

Introdução: O divertículo traqueal é uma entidade clínica rara definida como uma lesão paratraqueal preenchida por ar de etiologia

congénita ou adquirida. Apesar de geralmente assintomáticos também podem ser a causa de tosse crónica, infecções respiratórias de repetição ou até intubações difíceis. O diagnóstico desta entidade é baseado em achados radiológicos, nomeadamente por TC.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um homem de 52 anos de idade referenciado à Consulta de Pneumologia pelo seu médico de família por tosse crónica não valorizada pelo doente. Negava quaisquer outros sintomas. Tratava-se de um grande fumador (68 UMA) sem outros antecedentes pessoais relevantes. Negava cirurgias otorrinolaringológicas e/ou história de intubação endotraqueal. O exame físico era normal. O Estudo Funcional Respiratório revelou um padrão ventilatório obstrutivo ligeiro com resposta parcial ao broncodilatador. A radiografia de tórax foi normal. A TC torax revelou quatro divertículos da traqueia com origem na vertente postero-lateral direita da traqueia com diâmetros entre os 3 mm e 22 mm. Sem outras alterações relevantes. Realizou broncofibroscopia que revelou 3 pequenos orifícios ao nível da face postero-lateral direita do 1/3 proximal da traqueia (a mesma localização referida na TC torax). O tamanho reduzido dos orifícios impossibilitou a sua entrada com o broncofibroscópio. Apresentava mucocelos dispersos pela restante árvore brônquica. Sem outras alterações relevantes. O doente referido foi submetido a terapêutica médica conservadora com broncodilatadores e agentes mucolíticos e incentivada a cessação tabágica.

Discussão: Os divertículos traqueais são frequentemente achados radiológicos incidentais, nomeadamente na TC torax por serem geralmente assintomáticos. Contudo, nalguns casos podem ser clinicamente relevantes causando sintomas secundários à compressão da traqueia ou constituindo reservatórios de secreções com infecções crónicas, manifestando-se como tosse crónica, dispneia, estridor e episódios repetidos de traqueobronquites. Tal como no caso descrito, os divertículos traqueais são geralmente encontrados posteriormente e à direita da traqueia, aspeto provavelmente relacionado com o efeito de suporte do esófago à esquerda. O diagnóstico é baseado na TC da traqueia, sendo a broncofibroscopia também muito útil para identificar os orifícios dos divertículos. Contudo muitos têm uma abertura estreita ou apenas uma comunicação fibrosa com a traqueia e portanto dificilmente visíveis na broncofibroscopia. No caso descrito foi realizada esta técnica e foi possível a identificação dos orifícios. A DPOC está frequentemente associada a esta entidade pelo que deve ser diagnosticada e tratada. Na grande maioria dos casos, como no descrito, a terapêutica médica conservadora com broncodilatadores, agentes mucolíticos, antibióticos é o tratamento proposto. A terapêutica cirúrgica é reservada para divertículos de grandes dimensões e/ou muito sintomáticos.

Palavras-chave: *Divertículo traqueal. Entidade rara. Broncofibroscopia.*

UTILIDADE DA PESQUISA DE GALACTOMANNAN NO LAVADO BRONCOALVEOLAR: A PROPÓSITO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

C. Gaspar, T. Abreu, S. Alfarroba, J. Semedo, L. Carreiro

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

O galactomannan é um polissacarídeo termoestável presente na parede da maior parte das espécies de *Aspergillus*. A sua detecção no lavado broncoalveolar (LBA) sugere aspergilose invasiva, e provou ser mais sensível que o teste sérico. Contudo, permanecem incertezas acerca das causas de falsos-positivos, o que compromete a utilidade deste método. Relatamos 3 casos nos quais a pesquisa de galactomannan no LBA foi positiva. Dois dos doentes tinham imunossupressão grave provocada por infecção VIH, enquanto o terceiro tinha imunodepressão ligeira no contexto de diabetes. Embora os casos apresentem características clínicas e radiológicas

distintas, em todos eles o diagnóstico de aspergilose pulmonar foi considerado. Em nenhum dos doentes se obteve positividade sérica para o galactomannan ou isolamento de fungos no LBA ou outras amostras biológicas. A positividade para o antígeno galactomannan no LBA pesquisado por imunoensaio (*cut-off* > 0,5) conduziu ao diagnóstico de aspergilose pulmonar e ao início de terapêutica antifúngica. Num dos casos, o isolamento ulterior de *Rhodococcus equi* levou-nos a questionar o diagnóstico e considerar que o resultado do galactomannan foi falso-positivo. Estes casos ilustram a utilidade clínica da pesquisa do galactomannan no LBA. Este teste deve ser considerado sempre que existe suspeita de aspergilose pulmonar invasiva, particularmente em doentes imunocomprometidos. No entanto, a especificidade do teste permanece um problema. O aumento do *cut-off* de > 0,5 para > 1,0 para aumentar a sua performance foi sugerido na literatura, mas é necessária mais investigação nesta área.

Palavras-chave: *Galactomannan. Lavado broncoalveolar. Aspergilose.*

FÍSTULA BRONCOPLEURAL PERSISTENTE — UM DESAFIO CLÍNICO

M. van Zeller¹, G. Fernandes^{1,2}, A. Magalhães¹, P. Bastos^{2,3}

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

²*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

³*Serviço de Cirurgia Cardiorotáica, Centro Hospitalar de São João.*

Introdução: As fistulas broncopleurais após cirurgias de ressecção pulmonar constituem um problema comum que pode condicionar elevada morbidade e mortalidade.

Caso clínico: Descreve-se o caso clínico de um doente de 68 anos, com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão que após cirurgia de ressecção do lobo médio desenvolveu fístula broncopleural persistente. Foram efetuadas, sem sucesso, pleurodese química, colocação de válvulas endobronquias unidireccionais (Zephyr[®]) nos segmentos identificados utilizando método de oclusão com cateter, re-intervenções cirúrgicas com descorticação pleuro-pulmonar e toracomioplastia. Durante todo este período o doente manteve necessidade de internamento e de drenagem torácica. Nessa altura, foi tentada nova intervenção endobronquial para colocação de válvulas unidireccionais (Zephyr[®]), tendo-se utilizado como método de identificação de segmentos envolvidos a instilação de azul-de-metileno pelo dreno torácico sob visualização endobronquial direta, permitindo a identificação de 2 segmentos implicados na fístula, sendo que um deles não havia sido identificado através do método inicialmente utilizado. Esta abordagem permitiu uma redução suficiente do débito da fístula para remoção do dreno torácico (5,5 meses após a cirurgia inicial), sem recidiva de pneumotórax. **Comentário:** As abordagens não cirúrgicas no tratamento de fístulas broncopleurais parecem promissoras, especialmente para aqueles doentes em que houve falência do tratamento cirúrgico ou em que ele se associa a elevado risco.

Palavras-chave: *Fístula broncopleural. Ressecção pulmonar. Válvulas endobronquias.*

QUISTO BRONCOGÉNICO DO MEDIASTINO — ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÉUTICA MULTIDISCIPLINAR

T. Abreu¹, S. Alfarroba¹, C. Gaspar¹, M. Alvoeiro², P. Calvino², J. Semedo¹, F. Félix², L. Carreiro¹

¹*Serviço de Pneumologia II; ²Serviço de Cirurgia Torácica; Hospital Pulido Valente, CHLN.*

Introdução: O quisto broncogénico, embora raro, constitui a lesão quística mais frequentemente identificada no mediastino. O seu

diagnóstico na idade adulta é raro e a maior parte dos sintomas estão na dependência de compressão de estruturas adjacentes.

Objetivo: Descrever o curso clínico duma doente com quisto broncogénico do mediastino, com diagnóstico e tratamento clinicamente relevantes.

Resultados: Doente de 48 anos, sexo feminino, não-fumadora, antecedente pessoal de síndrome depressivo, apresentou-se com queixas de evolução insidiosa de tosse e dispneia de agravamento com o decúbito dorsal, ocasional toracalgia anterior incaracterística e pieira. No decurso do estudo clínico realizou TC-Tórax que demonstrou imagem pseudonodular pré-traqueal, de 3.1cm de maior diâmetro, hipocaptante. Referenciado ao nosso hospital, realizou Ecobroncofibroscopia (EBUS), que demonstrou diminuição do calibre do terço distal da traqueia por compressão extrínseca, realizando punção aspirativa de lesão anecóide não-pura pré-traqueal, cujo resultado anatomo-patológico foi inconclusivo. Dada a suspeita de quisto broncogénico, realizou mediastinoscopia, com identificação e remoção de lesão quística bem-delimitada, complicada por colapso traqueal. A Broncofibroscopia intraoperatória demonstrou colapso da parede anterior distal da traqueia e da porção inicial do brônquio principal direito (BPD). A conversão a toracotomia direita permitiu a remoção completa da lesão e reconstrução da parede da traqueia e BPD, causada por invasão e destruição de anéis cartilagíneos. As videobroncofibroscopias de revisão demonstraram boa evolução clínica da cicatriz anastomótica e boa patência da traqueia e BPD. **Conclusão:** A variabilidade sindrômica, de localização e dos diagnósticos diferenciais envolvidos, assim como as várias opções diagnósticas e terapêuticas envolvidas, bem como o manejo de complicações e o correto seguimento do doente, privilegiam uma abordagem multidisciplinar no quisto broncogénico.

Palavras-chave: *Quisto broncogénico. Broncofibroscopia. Mediastinoscopia. Toracotomia.*

RENTABILIDADE DO ESTUDO CITOLÓGICO DO ASPIRADO BRÔNQUICO E DA BIÓPSIA BRÔNQUICA NO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA PULMONAR – ESTUDO RETROSPECTIVO

D. Madama, A. Silva, F. Gamboa, A.J. Ferreira, M.A. Marques

Serviço de Pneumologia (Dir. Dr. Mário Loureiro), CHUC, HUC.

Introdução: A broncofibroscopia é um procedimento pouco invasivo com aplicações diagnósticas em diversas patologias torácicas. Adquire extrema importância particularmente no diagnóstico diferencial de alterações imagiológicas que nos remetem para uma variedade de patologias, sendo de especial relevo a neoplasia pulmonar pela necessidade de um diagnóstico rápido.

Objectivos: Avaliar retrospectivamente a rentabilidade diagnóstica da citologia do aspirado brônquico e das biópsias brônquicas realizadas por broncofibroscopia em doentes com alterações imagiológicas sugestivas de neoplasia pulmonar.

Métodos: Análise dos relatórios dos exames endoscópicos efectuados num período de 2 anos num serviço de Pneumologia, avaliando as alterações detectadas e hipóteses de diagnóstico bem como os resultados citológicos e histológicos dos produtos colhidos.

Resultados: Foram realizadas 186 broncofibroscopias em doentes com alterações imagiológicas suspeitas de neoplasia. A média de idades foi de 65,5 anos, com desvio padrão de 13,44, havendo predominância franca do sexo masculino, com 139 doentes (74,7%). Em 152 doentes (81,7%) foram efectuadas biópsias brônquicas, que permitiram a obtenção de um diagnóstico histológico em 94 (61,8%) casos, sendo a suspeita inicial de neoplasia pulmonar confirmada em 88 (58%). Verificou-se que os doentes com diagnóstico de neoplasia confirmado apresentavam uma média de idades de 65,5 anos e desvio padrão de 13,19, mantendo-se a predominância do sexo masculino (79,5%). Dentro dos diagnósticos histológicos obtidos, verificou-se a predominância de Adenocarcinoma (33%), Carcinoma epidermóide

(17%), Carcinoma de pequenas células (14,8%) e Tumor Carcinóide (14,8%). Em 41 doentes (22%) foi necessário recorrer a outro tipo de biópsia para obtenção de diagnóstico histológico, confirmando-se neoplasia pulmonar em 20 destes doentes. Analisando as alterações endoscópicas detectadas, identificou-se a presença de sinais indirectos e directos de infiltração da mucosa, com particular destaque para a convergência de pregas e edema da mucosa, formação vegetante com obstrução parcial ou total do lúmen brônquico, estenose dos orifícios ou alargamento de esporões, em 86% dos doentes com diagnóstico de neoplasia confirmada, atestando uma relação estatisticamente significativa entre a presença de alterações endoscópicas e a obtenção de um diagnóstico histológico de neoplasia por biópsia brônquica ($p < 0,000$). A análise citológica do aspirado brônquico evidenciou células neoplásicas em apenas 24 doentes (13%), apresentando assim uma rentabilidade baixa. Deve-se salientar, no entanto, que em 8 doentes que apresentaram biópsia brônquica negativa ou insuficiente para diagnóstico, apesar das alterações endoscópicas, a análise citológica levou à obtenção de um diagnóstico sem necessidade de recorrer a outras técnicas diagnósticas mais invasivas.

Conclusões: Este estudo reforça o papel das biópsias brônquicas no diagnóstico histológico de casos com suspeita de neoplasia pulmonar. De salientar a baixa rentabilidade da análise citológica do aspirado brônquico, que evidenciou alterações em apenas 13% dos casos, valor bastante inferior aos descritos na literatura mais recente. No entanto, a combinação de técnicas histológicas e citológicas, pode aumentar significativamente a rentabilidade da broncofibroscopia no diagnóstico de neoplasias pulmonares.

Palavras-chave: *Biópsias brônquicas. Citologia do aspirado brônquico.*

HAMARTOMA ENDOBRÔNQUICO TRATADO POR RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA – CASO CLÍNICO

C. Gaspar, S. Alfarroba, T. Abreu, J. Semedo, L. Carreiro

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

Os tumores benignos representam menos de 1% das neoplasias do pulmão. Os hamartomas, embora sejam o tumor benigno mais comum do pulmão, estão habitualmente localizados no parênquima, sendo rara a forma endobrônquica. É importante o seu diagnóstico e tratamento precoces, uma vez que podem conduzir a lesão pulmonar irreversível por obstrução. Nos últimos anos a ressecção endoscópica tornou-se o tratamento de escolha para este tipo de lesões. Relatamos um caso de um homem de 59 anos com história de tosse persistente com 2 anos de evolução e dispneia em decúbito lateral esquerda. A broncoscopia flexível de fibra óptica revelou uma massa polipóide obstruindo o orifício do brônquio principal esquerdo. As biópsias foram compatíveis com hamartoma condróide. Realizou-se broncoscopia rígida, tendo sido utilizada uma combinação de coagulação por argon plasma, laser YAG e *debulking* mecânico para excisão completa do tumor. A reavaliação endoscópica não mostrou sinais de recidiva. Este caso é um exemplo de que a ressecção endoscópica constitui um método seguro e eficaz no tratamento de casos seleccionados de tumores benignos da via aérea.

Palavras-chave: *Hamartoma. Broncoscopia. Ressecção endoscópica.*

AVALIAÇÃO DE LESÕES ENDOBRÔNQUICAS

E. Silva, J. Vale, V. Melo, M. Sousa, A. Reis

Serviço de Pneumologia (Dir. A. Simões Torres), CHTV.

Introdução: A broncofibroscopia (BF) é o método ideal para avaliação da árvore brônquica e as técnicas a ela associadas são essenciais para o diagnóstico de lesões endobrônquicas.

Objectivos: determinar a frequência de lesões endobrônquicas, sua etiologia e rentabilidade diagnóstica obtida com diferentes técnicas endoscópicas nos casos de malignidade.

Métodos: Estudo retrospectivo através da consulta dos registos de broncofibroscopias realizadas entre Janeiro de 2009 e Agosto de 2012 em doentes com lesões endobrônquicas.

Resultados: Um total de 76 doentes foi incluído, 76,3% do sexo masculino, com idade média de 66,1 anos. Em 65 doentes (85,5%) a BF foi realizada para diagnóstico; em 11 (14,5%) o envolvimento endobrônquico era conhecido e a BF foi realizada por aparecimento de sintomas de novo. Nos casos de diagnóstico inicial as etiologias mais frequentes foram a neoplasia pulmonar primária (n = 46; 70,8%), a neoplasia secundária (n = 4; 6,2%) e corpo estranho (n = 4; 6,2%); em 10 doentes (15,4%) o diagnóstico final permaneceu indeterminado. As neoplasias mais prevalentes foram o carcinoma epidermoide na neoplasia primária (n = 22; 47,8%) e o adenocarcinoma do cólon na secundária (n = 3; 75%). Os brônquios lobares superior esquerdo e inferior direito foram as localizações mais comuns (ambos com n = 12; 18,5%). Sessenta e sete por cento das lesões (n = 33) eram visíveis em TC tórax. Nos casos de malignidade (primária ou secundária), a BF permitiu diagnóstico em 86,0% (n = 43). As biópsias brônquicas obtiveram a maior rentabilidade diagnóstica com 86,0% (n = 43); a citologia do aspirado e escovado brônquico obtiveram rentabilidades inferiores com 22,0% (n = 11) e 32% (n = 8) respectivamente.

Conclusão: A etiologia mais comum de lesão endobrônquica foi a neoplasia pulmonar primária, sendo o carcinoma epidermoide o mais prevalente. As biópsias brônquicas tiveram uma elevada rentabilidade diagnóstica. Esta rentabilidade foi menor na análise citológica do aspirado e escovado brônquicos, não acrescentando à rentabilidade global da BFO.

Palavras-chave: Lesões endobrônquicas. Biópsias brônquicas. Rentabilidade diagnóstica.

VALOR DE UM RESULTADO NEGATIVO EM BIÓPSIAS PULMONARES TRANSTORÁCICAS GUIADAS POR TC

J.F. Cruz, C. Pacheco, D. Alves, C. Lacerda, R. Rolo, L. Iglesias, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: As biópsias pulmonares transtorácicas (BPTT) guiadas por TC têm elevada especificidade para o diagnóstico de tumores malignos. No entanto, perante um resultado negativo não se pode excluir de forma segura a presença de uma lesão maligna.

Objectivo: Avaliar o diagnóstico final de doentes com lesões pulmonares cujo resultado inicial da BPTT guiada por TC não foi diagnóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo de resultados de BPTT guiada por TC no estudo de lesões pulmonares, num período de 4 anos (2007 a 2010). Os resultados foram classificados em: positivo para malignidade, benigno específico, negativo para malignidade e material insuficiente para diagnóstico. Os resultados não diagnósticos foram revistos e relacionados com um diagnóstico definitivo obtido através de cirurgia ou follow-up clínico e imagiológico.

Resultados: Foram realizadas 162 BPTT, em doentes com idade média de 62,5 anos, 73,5% do sexo masculino, 42% não fumadores, 29% com doença respiratória prévia. Oitenta e três biópsias (51,2%) obtiveram resultado positivo para malignidade, 13 (8%) benigno específico, 9 (5,6%) negativo para malignidade e 57 (35,2%) insuficiente para diagnóstico. Das biópsias não diagnósticas (negativo para malignidade e material insuficiente para diagnóstico), 59 (89,4%) obtiveram diagnóstico definitivo subsequente, sendo que malignidade foi confirmada em 43/66 casos (65,2%) e doença benigna específica em 16/66 casos (24,2%). As neoplasias malignas confirmadas foram: adenocarcinoma pulmonar (20), carcinoma epidermoide pulmonar (5), CPNPC (6),

metastização pulmonar de outros órgãos (7), outras neoplasias (5). As doenças benignas diagnosticadas foram: tuberculose pulmonar (7), pneumonia bacteriana (3), amiloidose (2), pneumonia organizativa (1), outros diagnósticos (3). O valor preditivo negativo para malignidade, nesta amostra, foi de 34,8%.

Conclusão: Nesta amostra, verificou-se uma elevada taxa de malignidade em doentes com lesões pulmonares sem diagnóstico inicial por BPTT guiada por TC, pelo que a realização de exames complementares adicionais nestes doentes é fundamental.

Palavras-chave: Biópsia pulmonar transtorácica. Diagnóstico. Malignidade.

BIÓPSIA TRANSTORÁCICA – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

V.C. Melo¹, T. Pereira², A. Campos¹, P. Portugal²

¹*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.*

²*Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar Espinho-Vila Nova de Gaia.*

Introdução: A biópsia percutânea dirigida por tomografia computadorizada (TC) tem sido amplamente utilizada como um procedimento efetivo e seguro para obtenção de um diagnóstico histológico em muitas situações clínicas e em diversos órgãos. No pulmão, a biópsia percutânea tornou-se uma das principais escolhas para investigação de nódulos e massas. Permite o acesso a lesões nas diversas localizações do pulmão, podendo ser utilizada para lesões periféricas e mais profundas de várias dimensões.

Objectivos: Caracterizar estatisticamente as biópsias transtorácicas (BTT) guiadas por TC realizadas num Serviço de Imagiologia durante o ano de 2011.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os doentes submetidos a este exame no período e local referidos.

Resultados: Foram realizados um total de 58 exames em 55 doentes com idade média de 63,5 anos (38-81), maioritariamente homens (75%). Das lesões biopsadas 55% eram massas, 38% nódulos e 7% áreas de alterações intersticiais difusas. Foram realizadas 9 “core biopsy”, 40 biópsias aspirativas e 9 exames com as duas técnicas. Para a realização da técnica aspirativa foram utilizadas agulhas de 22G ou 25G. Em relação aos exames realizados com agulhas de 22G: 58% foi inconclusivo e 42% permitiu o diagnóstico. Com agulha de 25G: 20% foi inconclusivo e 80% permitiu o diagnóstico. 72% dos exames realizados não tiveram complicações imediatas. Dos 28% com complicações imediatas registaram-se 2 casos de hemoptises, 2 hemorragias locais de pequeno volume e 12 pneumotórax de pequeno volume. De referir que 37,5% das complicações foram registadas em exames realizados com agulha de 25G e 25% com 22G. Não se registaram complicações às 24 horas da realização do exame. A maioria dos diagnósticos obtidos com estes exames foi de adenocarcinoma do pulmão (36%), seguido de carcinoma epidermoide do pulmão, metastização pulmonar com origem extra pulmão e tuberculose pulmonar (7% cada diagnóstico), doenças do interstício e carcinoma não pequenas células (3,5% cada) e outros diagnósticos (4%). 32% dos resultados foram inconclusivos sendo o diagnóstico final realizado por nova biópsia transtorácica ou biópsia cirúrgica.

Conclusões: Os resultados obtidos são na generalidade coincidentes com a bibliografia internacional, diferindo no que respeita à acuidade diagnóstica. Neste caso a acuidade diagnóstica dos exames analisados é inferior à referência internacional (68% vs 80%). A acuidade varia em função da localização da lesão, da sua dimensão, do tipo de agulha utilizado, do numero de colheitas realizado e da experiência do operador. O número e tipo de complicações é coincidente com as referências internacionais sendo o pneumotórax de pequeno volume a mais frequente (21% vs 20%). As biópsias transtorácicas constituem um procedimento indispensável na prática da Pneumologia. O aperfeiçoamento das

técnicas de imagem, das agulhas e da experiência dos operadores tornou este procedimento mais versátil, seguro e eficaz, expandindo progressivamente as suas indicações.

Palavras-chave: *Biópsia percutânea. Pulmão. Biópsia transtorácica.*

PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL. REVISÃO DE 5 ANOS

A. Carreiro¹, R. Barata², C. Rodrigues², F Félix²

¹*Interna do Internato Médico de Pneumologia, Serviço de Pneumologia (Dir. Dr. Carlos Pavão), Hospital do Divino Espírito Santo.* ²*Unidade de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente, CHLN, EPE.*

Introdução: O pneumotórax catamenial é uma entidade relativamente rara e a sua patofisiologia ainda não está bem estabelecida, embora algumas teorias tenham sido propostas. É definido como um pneumotórax espontâneo que ocorre 72h antes ou depois do início do período menstrual. As opções terapêuticas são a exploração cirúrgica com ressecção dos depósitos de endometriose no espaço pleural e/ ou reparação dos defeitos (se encontrados) com ou sem pleurodese. As opções não cirúrgicas incluem a supressão hormonal.

Objectivos/métodos: O objectivo deste trabalho foi determinar a prevalência do pneumotórax catamenial na nossa unidade. Procedemos à análise dos processos clínicos dos doentes submetidos a cirurgia por pneumotórax espontâneo na nossa unidade num período de 5 anos.

Resultados: Cinquenta e sete mulheres com pneumotórax espontâneo foram intervencionadas cirurgicamente. A média de idade foi $32,1 \pm 10$ anos. A maioria dos pneumotóracos foi secundária a enfisema (61,4%). Em 6 doentes (10,5%) foi feito o diagnóstico de pneumotórax catamenial. Todas as 6 mulheres encontravam-se em pré-menopausa, com uma média de idades de $32,7 \pm 7,7$ anos e todos os pneumotóracos foram unilaterais direitos. Todas as 6 doentes foram submetidas a toracoscopia e a pleurodese cirúrgica. Não existiram complicações pós-cirúrgicas.

Conclusões: O pneumotórax catamenial deve ser suspeito em qualquer mulher em período menstrual que apresente pneumotórax espontâneo, especialmente se recorrente e do lado direito. O presente estudo demonstra uma incidência de pneumotórax catamenial de 10,5% em mulheres com pneumotórax espontâneo. Outros estudos sugerem uma incidência maior. O tratamento do pneumotórax catamenial é direccionado para o tratamento do pneumotórax e para a prevenção da sua recorrência.

Palavras-chave: *Pneumotórax catamenial. Toracoscopia.*

PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL

J.E. Reis, I. Bravio, P. Baptista, F. Martelo

Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospital de Santa Marta, CHLC.

O pneumotórax catamenial caracteriza-se por episódios de pneumotórax de repetição associados à menstruação. Normalmente, é encarada como sendo uma patologia rara, mas alguns estudos indicam que pode representar cerca de um terço de todas as mulheres referenciadas para cirurgia, por pneumotórax de repetição. A sua etiologia ainda não está completamente esclarecida mas é normalmente associada a casos de endometriose pulmonar ou a defeitos diafragmáticos com a passagem de ar transabdominal e transdiafragmática durante a menstruação. Descrevemos dois casos. O primeiro numa mulher de 43 anos, com história prévia de asma e rinite alérgica e com duas gestações prévias que decorreram sem complicações. A doente teve um episódio de toracalgia direita acompanhada de ligeira dispneia

coincidente com o primeiro dia da menstruação pelo que recorreu ao serviço de urgência. A avaliação imagiológica confirmou um pneumotórax direito, de moderadas dimensões, que foi tratado de forma conservadora. No mês anterior tinha tido um episódio semelhante também no primeiro dia da menstruação. Quatro meses depois foi confirmado um novo episódio de pneumotórax direito, durante a menstruação sendo então a doente referenciada para cirurgia. Foi submetida a uma vídeo-toracoscopia (VATS) que mostrou várias pequenas perfurações diafragmáticas que pareciam ser a origem dos seus pneumotóracos. Foi feita uma pleurodese com talco especialmente reforçando a pleura da face diafragmática. Não foram identificados quaisquer nódulos endometriais. A doente foi reavaliada pela última vez quatro meses após a cirurgia e encontra-se clinicamente bem sem sinais ou sintomas de recidiva. A segunda doente, de 29 anos, ex-fumadora (ZUMA) que teve um pneumotórax direito significativo, com necessidade de drenagem, coincidente com a menstruação. Teve um novo episódio semelhante no ano seguinte, mas a doente admitiu ter toracalgia, coincidente com a menstruação, mensalmente entre estes dois episódios mas sem procurar apoio médico. A TC tórax revelou uma herniação diafragmática à direita. Foi efectuada uma VATS à direita que mostrou um defeito diafragmático circular com herniação hepática. Foi realizada uma frenorrafia do defeito e talcagem. A doente foi avaliada cinco meses após a cirurgia não apresentando sinais de herniação diafragmática ou de novo pneumotórax. Esta entidade clínica é bastante sub-diagnosticada e pode explicar casos de pneumotórax recorrente em muitas mulheres. O encaminhamento para avaliação por cirurgia torácica é sem dúvida apropriada apesar do tratamento óptimo ainda não estar bem definido.

Palavras-chave: *Pneumotórax catamenial. Defeitos diafragmáticos. Cirurgia torácica video-assistida.*

HEMOPNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO ESPONTÂNEO

J.E. Reis, I. Bravio, P. Baptista, F. Martelo

Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospital de Santa Marta, CHLC.

O pneumotórax espontâneo é uma patologia frequente, afectando especialmente jovens de sexo masculino, frequentemente fumadores, que requer avaliação e tratamento atempado. Em certos casos a sua evolução pode culminar num pneumotórax hipertensivo, que é uma emergência médica. O hemopneumotórax espontâneo é uma patologia pouco frequente. Descrevemos o caso clínico de um jovem, de 23 anos de idade, que recorre ao Serviço de Urgência com queixas de dor abdominal, náuseas e dificuldade respiratória, com pelo menos quatro dias de evolução, e agravamento progressivo nas últimas horas. Foi detectado um hidro-pneumotórax hipertensivo com desvio do mediastino e compressão significativa do diafragma. Após colocação de drenagem torácica, verificou-se a saída de 3300ml de sangue, sempre sem instabilidade hemodinâmica. Após este período inicial a drenagem hemática cessou, verificou-se um alívio da sintomatologia clínica, os valores de hemoglobina não desceram e teve boa evolução imagiológica. Perante esta estabilidade foi decidido protelar a cirurgia. O doente foi submetido a uma intervenção cirúrgica três dias depois para remoção de coágulos remanescentes. Foi identificada uma zona de aderências e um coágulo bem organizado na região apical. Não se identificaram quaisquer outros locais de possível origem da hemorragia. O pós-operatório não teve quaisquer complicações e o doente teve alta ao sétimo dia, clinicamente bem. O pneumotórax espontâneo é uma patologia que muitas vezes pode apenas ser tratada com vigilância médica mas que também pode ter em certos casos consequências fatais.

Palavras-chave: *Pneumotórax espontâneo. Hemopneumotórax hipertensivo. Cirurgia torácica video-assistida.*

CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO DA TRAQUEIA – ABORDAGEM CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR

J.E. Reis, I. Bravio, P. Baptista, D. Costa, J. Olias, F. Martelo

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica? Hospital de Santa Marta, CHLC.

Os tumores primitivos da traqueia são raros mas de entre eles destacam-se mais frequentemente o carcinoma pavimento celular e o carcinoma adenóide quístico. O Carcinoma adenóide quístico é um tumor tipicamente identificado nas glândulas salivares e região cervical mas também noutras localizações anatómicas. Tem normalmente uma evolução indolente mas é muitas vezes localmente invasivo e pode originar metastização à distância. Descrevemos o caso de uma mulher de 54 anos com um quadro de pieira com cinco anos de evolução e que agravou progressivamente com queixas de dispneia. Foi internada pela urgência por crise de dispneia aguda, tendo sido diagnosticada pela equipa de O.R.L. uma massa situada logo abaixo das cordas vocais, ocupando quase todo o lúmen traqueal. Efectuou broncofibroscopia que revelou um tumor na traqueia, cerca de um centímetro abaixo das cordas vocais, com inserção na parede posterior que ocluía quase totalmente o seu lúmen. Efectuou broncoscopia rígida de urgência para permeabilização da via aérea e biópsias para diagnóstico histológico, tendo sido colocada uma prótese de Dumon®. O diagnóstico histológico foi de carcinoma adenóide quístico. Foi efectuada abordagem cirúrgica multidisciplinar, com cirurgiões torácicos e otorrinolaringologista, que consistiu na ressecção segmentar de 6 cm de traqueia e anastomose da traqueia à cartilagem cricoideia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências com alta ao 14º dia, após broncofibroscopia de controlo. A broncofibroscopia e a TC, efectuadas 6 meses após a cirurgia, revelaram um bom calibre a nível da anastomose. Porém, na TC de seguimento, aos 6 meses, foram identificados 2 micronódulos do lobo inferior esquerdo (LIE) que foram monitorizados por TC tórax com medição volumétrica mantendo-se estáveis durante um ano. Na TC 18 meses após a cirurgia verificou-se um ligeiro crescimento de um dos nódulos pelo que a doente foi submetida a uma videotoracosopia com ressecção atípica do LIE envolvendo as lesões. A avaliação histológica revelou tratar-se de metástases de carcinoma adenóide quístico. Actualmente a doente encontra-se assintomática e sem evidência radiológica de recidiva.

Palavras-chave: Tumores primitivos da traqueia. Carcinoma adenóide quístico. Cirurgia da traqueia.

ACTINOMICOSE DISSEMINADA EM DOENTE COM TUBERCULOSE

D. Ferreira, J. Costeira, C. Gomes

Unidade de Infeciologia Respiratória, Serviço de Pneumologia II, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

O *Actinomyces* é comensal da flora oral, de crescimento lento sendo, por isso difícil de obter em cultura. A imunossupressão, malnutrição e processos infecciosos da cavidade oral são factores de risco. Doente do sexo masculino, 25 anos, raça negra, cabeleireiro, internado por quadro clínico com cerca de 9 meses de evolução, caracterizado por febre (temp. máxima 39°C), perda ponderal de cerca de 8 Kg e adenopatias cervicais, que foram submetidas a biópsia tendo-se observado bacilos álcool-ácido resistentes no exame directo, cujo teste genotípico identificou *Mycobacterium tuberculosis* sensível a Isoniazida e Rifampicina, não tendo sido isolado nenhum agente em cultura. Iniciou terapêutica antibacilar com Isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, com boa adesão. Cerca de 6 meses após o início

da terapêutica notou o aparecimento de extensa tumefacção da parede torácica anterior direita, pelo que realizou TC de Tórax que revelou várias locas infecciosas torácicas e abdominais, correspondendo a “abscessos frios”, incluindo um abscesso no grande peitoral direito delimitado pelo revestimento pleural costal anterior; assim como adenopatias de centro necrotizado, mediastínicas, hilares e intra-abdominais, sem alterações parenquimatosas. Neste contexto foi decidido internamento para investigação etiológica. Negava qualquer patologia prévia, nomeadamente respiratória, não fumador, negando hábitos toxicofílicos. Ao exame objectivo com bom estado geral, destacando-se uma massa de contornos regulares, bem delimitados à superfície, com aparente adesão inferior, na parede torácica anterior direita. Laboratorialmente sem alterações significativas. Na telerradiografia do tórax destacava-se uma hipotransparência ovalada para-hilar direita. Nesta altura a TC de tórax revelava pequenas áreas de consolidação peribronquiolar à direita, com cavitação discreta e central; múltiplas e volumosas adenomegalias de centro necrótico mediastínicas, retrocrurais, na raiz do mesentério, retrocava; colecção tipo abscesso na base do pescoço à direita e anterior à grelha costal direita. Para esclarecimento etiológico realizou broncofibroscopia que revelou prociência da adenopatia ao nível do brônquio intermediário, onde se realizou punção aspirativa transbrônquica, cujo resultado histológico revelou granulomas e *Actinomyces*. Não foi possível obter isolamento em cultura do agente. A massa da parede torácica anterior foi drenada, com resolução completa da mesma, exames microbiológicos foram todos negativos. Perante os resultados, e, dado que o doente cumpriu 6 meses de antibacilares, optou-se por iniciar terapêutica com Penicilina e.v. O doente manteve-se assintomático, tendo a TC de tórax de controlo às 4 semanas revelado diminuição de algumas lesões. Atendendo à resposta favorável, o doente teve alta com indicação para cumprir antibioterapia com Amoxicilina oral durante 6 meses.

Palavras-chave: Actinomicose. Tuberculose. Massa torácica.

RISCO DE TUBERCULOSE EM DOENTES REUMÁTICOS TRATADOS COM IMUNOSSUPRESSORES

J. Pimentel¹, C. Miguel², M. Grafino¹, I. Louro³, A. Martins³, A. Teixeira², J. Vaz-Patto², C. Gomes³

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

²Instituto Português de Reumatologia. ³Centro de Diagnóstico Pneumológico Doutor Ribeiro Sanches, DSP.

Introdução: Os imunossuppressores, incluindo as novas terapêuticas biológicas, aumentam o risco do desenvolvimento de tuberculose (TB) activa. Um programa de rastreio eficaz e eventual tratamento de TB latente é imperativo.

Objectivo: Investigar o impacto de um programa de rastreio da TB no desenvolvimento de TB activa, em doentes reumáticos tratados com terapêutica imunossupressora, incluindo fármacos biotecnológicos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a rastreio da TB latente no Centro de Diagnóstico Pneumológico, desde Fevereiro de 2005. A avaliação incluiu a avaliação clínica, a prova de tuberculina, radiografia de tórax, interferon gamma release assay (IGRA) e TC de tórax, de acordo com o protocolo recomendado. Se algum destes critérios fosse positivo para TB latente, o doente iniciava tratamento com isoniazida (INH) e piridoxina durante 9 meses. Se todos fossem negativos, o doente mantinha seguimento bianual de vigilância. Foram registados todos os casos de TB latente e activa e efeitos secundários da terapêutica. **Resultados:** Durante este período foram avaliados 837 doentes, 588 do sexo feminino, com idade média 52 ± 14 anos. A duração média de seguimento foi de 2,8 ± 1,4 anos. Os principais

diagnósticos reumatológicos foram a artrite reumatóide (n = 451), a artrite psoriática (n = 148) e a espondilite anquilosante (n = 130). 187 doentes eram candidatos a iniciar biotecnológico e 650 eram propostos ou já se encontravam medicados com imunossuppressores clássicos. A 704 doentes foi prescrita INH, dos quais 18 recusaram e 16 suspenderam por efeito adverso (9 hepatotoxicidades, 2 neurotoxicidades, 1 aplasia medular e 1 toxidermia). Um doente foi tratado com terapêutica antituberculosa quadrupla por suspeita de tuberculose ocular. Os restantes 132 doentes foram propostos apenas para monitorização clínica bianual. Um doente desenvolveu TB pleural após 3 anos de quimioprofilaxia com INH.

Conclusão: Nesta população, 84,1% requereram profilaxia com INH e apenas 2,3% apresentaram intolerância. O programa de rastreio da TB usado foi eficaz, com um único caso registrado de TB activa, ou seja, 0,15% do total de doentes submetidos a quimioprofilaxia.

Palavras-chave: Tuberculose. Rastreio. Imunossupressor.

EFEITO DA TERAPÊUTICA IMUNOSSUPRESSORA NA DETERMINAÇÃO DO INTERFERON GAMMA RELEASE ASSAY E NA PROVA DE TUBERCULINA EM DOENTES REUMATOLÓGICOS

J. Pimentel¹, T. Abreu¹, C. Miguel², M. Grafino¹, I. Louro³, A. Martins³, A. Teixeira², J. Vaz-Patto², C. Gomes³

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

²Instituto Português de Reumatologia. ³Centro de Diagnóstico Pneumológico Doutor Ribeiro Sanches, DSP.

Introdução: A prova de tuberculina (PT) e o *Interferon Gamma Release Assay* (IGRA) são meios de diagnósticos usados no rastreio da tuberculose latente. Um dos grupos de maior risco compreende os doentes reumatológicos, propostos ou sob terapêutica imunossupressora. Dado que estes testes dependem da resposta imunitária do sujeito a um agente provocador, existem dúvidas sobre possíveis efeitos da medicação imunossupressora na fiabilidade destes exames.

Objectivo: Determinar a influência dos imunossuppressores no resultado da PT e do IGRA.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes seguidos no Instituto Português de Reumatologia que foram submetidos a rastreio da tuberculose latente no Centro de Diagnóstico Pneumológico da Cidade de Lisboa, entre 2004 e 2011.

Resultados: Foram avaliados 642 doentes (471 mulheres), com idade média $52,2 \pm 13,4$ anos. Os principais diagnósticos foram a Artrite Reumatóide (n = 390), a Espondilite Anquilosante (n = 104) e a Artrite Psoriática (n = 70). Os agentes imunossuppressores mais utilizados foram os corticosteróides (n = 447), o metotrexato (n = 453), a salazopirina (n = 203) e a hidroxiclороquina (n = 102); 48 doentes encontravam-se sob terapêutica com agente biológico. A PT foi efectuada a todos os doentes, tendo sido positiva em 322 casos. A proporção de testes negativos foi maior com a azatioprina, hidroxiclороquina e etanercept contudo, a análise logística univariada apenas demonstrou associação estatisticamente significativa entre a terapêutica com a hidroxiclороquina ($p < 0,05$). O IGRA foi realizado em 304 doentes, dos quais 20 foram positivos. Apesar da proporção de IGRA negativos ter sido maior com a azatioprina, ciclosporina e etanercept, estas relações não apresentaram significado estatístico.

Conclusão: Neste estudo o IGRA não parece ter sido influenciado pela terapêutica imunossupressora. A PT, por outro lado, apresentou maior variação de resultados com vários agentes imunossuppressores, ainda que apenas significativa para a hidroxiclороquina.

Palavras-chave: Tuberculose. IGRA. Prova de tuberculina. Imunossuppressores.

PERICARDITE TUBERCULOSA – PODE DISPENSAR-SE A IDENTIFICAÇÃO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS?

A. Silva, D. Madama, D. Martins, F. Gamboa, C. Alcobia

Serviço de Pneumologia (Dir. Dr. Mário Loureiro), Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospital Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: A pericardite tuberculosa é uma manifestação rara da doença e de difícil diagnóstico. O diagnóstico definitivo baseia-se na demonstração de *Mycobacterium tuberculosis* no líquido pericárdico ou em biopsias pericárdicas. No entanto, a rentabilidade dos exames bacteriológicos é baixa e nem sempre este diagnóstico definitivo é possível.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 73 anos com antecedentes de diabetes mellitus não insulino-tratada, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilhação auricular e acidentes vasculares cerebrais, transferido do Serviço de Infecção onde se encontrava internado por Síndrome Febril de causa indeterminada sem resposta a antibioterapia empírica. A TAC torácica evidenciava derrame pericárdico, derrame pleural esquerdo e imagem vagamente nodular a nível do lobo inferior do pulmão esquerdo suspeita de neoplasia pulmonar, o que motivou o pedido de transferência. Tinha já efectuado pericardiocentese, com drenagem de líquido hemático com características bioquímicas de exsudato. A toracocentese evidenciou líquido pleural citrino com características bioquímicas de transudato. Por recidiva do derrame pericárdico na ausência de diagnóstico etiológico foi realizada janela pleuro-pericárdica tendo realizado também biopsias pleurais e pericárdicas cujo diagnóstico histológico foi compatível com pleurite aguda e pericardite crónica agudizada. A intra-dermo reacção à tuberculina foi negativa e todo o restante estudo complementar entretanto efectuado não evidenciou doença do tecido conjuntivo nem confirmou o diagnóstico de neoplasia primitiva ou secundária. Dado que mantinha febre com negatividade dos exames bacteriológicos, efectuou IGRA (*Interferon-Gamma Release Assays*) que foi positivo, razão pela qual se optou pela instituição de terapêutica antibacilar de prova. Verificou-se apirexia ao 10º dia, com melhoria clínica e radiológica progressiva tendo tido alta para o domicílio com o diagnóstico de provável pericardite tuberculosa. Foi observado em consulta no CDP de Coimbra, mantendo-se clinicamente estabilizado.

Conclusão: A alta taxa de mortalidade associada a pericardite tuberculosa não tratada bem como a baixa rentabilidade dos métodos de diagnóstico que nos poderão dar um diagnóstico definitivo implicam que muitas vezes seja necessário iniciar uma terapêutica antibacilar de prova que pode, aliás, constituir um critério diagnóstico em países com alta prevalência de tuberculose.

Palavras-chave: Pericardite tuberculosa. IGRA e terapêutica antibacilar de prova.

TUBERCULOSE A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Martins, B. Anahory, A. Carreiro, M. Borges

Unidade de Saúde Ilha de S. Miguel e Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE.

Introdução: A Tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo Bacilo de Koch, sendo o seu contágio feito pessoa a pessoa. Há 10 anos a OMS declarava a Tuberculose como uma emergência mundial, tendo sido desde então aplicadas medidas de prevenção e controlo da doença. Em relação à União Europeia, Portugal é um dos países com maior incidência de casos notificados e com maior expressão dos aspectos que lhe conferem o carácter de infecção emergente. Atualmente a incidência tem vindo a diminuir, com um decréscimo médio anual de 6.4% classificando-nos como um país de incidência intermédia. O Médico de Família é o primeiro contacto

com a população e deste modo ocupa um lugar privilegiado para detecção precoce da doença.

Descrição de caso: Utente do sexo masculino, origem caucasóide, 48 anos, solteiro, desempregado, natural e residente em Ponta Delgada, coabita com uma irmã e 6 sobrinhos. Antecedentes pessoais: Oligofrenia e DPOC. Medicação crónica: Brisomax® 500 inalador. A primeira consulta a 20/01/12 com queixas de tosse e expectoração com agravamento nas últimas semanas. Não cumpre medicação inalatória. Nega dispneia, rinorreia, cansaço, febre, dor, anorexia, perda de peso, sudorese nocturna. Ao exame objectivo: apenas de salientar diminuição global do murmúrio vesicular (mv). Foi efectuado pedido de exames complementares de diagnóstico: radiografia (Rx) tórax, exames analíticos e reforçada importância de cumprimento da terapêutica e instruído para ser portador do inalador na consulta seguinte. Na consulta de seguimento a 21/03/12 refere persistência e agravamento da tosse e toracalgia à direita. Ao exame objectivo: Apirético. Sem dor à pressão do hemitórax direito, auscultação pulmonar sobreponível a consulta anterior. Analiticamente apresentava ligeira leucocitose com neutrofilia. Rx tórax com lesões fibróticas escleronodulares, suspeitas de Tuberculose antigas ou recentes, necessitando de esclarecimento por tomografia computadorizada (TC). Efectuado pedido de TC tórax e pesquisa de BK na expectoração, verificado técnica de utilização do inalador e reforço da importância do cumprimento da mesma. Na consulta de seguimento de 14/05/12 refere persistência da sintomatologia. Exame objectivo sobreponível. O TC tórax apresenta lesão com cavitação a favor dulosee Tuberc. Pesquisa de BK negativa. Foi contactado o Serviço de Pneumologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE. Neste foi efectuado pesquisa de BK na expectoração cujo resultado foi *positivo e tendo o utente* iniciou terapêutica e foi encaminhado para o Centro de Tratamento de Doenças Respiratórias de Ponta Delgada (STDR).

Conclusão: O Médico de Família tem uma visão holística do utente e é o primeiro contacto da população com os Cuidados de Saúde. Ocupa por isso um lugar privilegiado para detecção da doença, identificação de cohabitantes e possíveis contactos, aplicando deste modo medidas preventivas de doença em conjunto com a Saúde Pública. Um diagnóstico e tratamento precoce da TP evitam não só a complicação da própria doença como a sua disseminação.

Palavras-chave: Tosse. Dor torácica. Tuberculose.

TUBERCULOSE MILIAR: UMA CAUSA INCOMUM DE SÉPSIS

T. Leonor, H. Sarmiento, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

Introdução: A tuberculose miliar constitui uma forma potencialmente letal da doença, resultando da disseminação linfo-hematogénica do *Mycobacterium tuberculosis*. A pandemia HIV/SIDA e o uso disseminado de fármacos imunossupressores alterou a epidemiologia da tuberculose miliar. Contudo, a sépsis grave a tuberculose é uma apresentação rara em indivíduos não imunocomprometidos.

Caso clínico: Homem caucasiano de 51 anos de idade, sem história patológica prévia, que recorre ao Serviço de Urgência por apresentar quadro insidioso de dispneia, tosse não produtiva, hipersudorese nocturna e dor torácica pleurítica com dois meses de evolução. Descrevia também astenia, malestar, anorexia e perda ponderal (> 10% massa corporal), negando febre. Aquando da admissão, doente emagrecido, pálido e sudorético; febril (39,0 °C), taquicárdico (104 bpm), hipotenso (89/63 mmHg), taquipneico (28 cpm) e com SpO₂ 96% (FiO₂ 24%). Foram identificadas adenomegalias cervicais e supraclaviculares. O raio X de tórax demonstrou um padrão reticulonodular. A TC de tórax revelou um padrão micronodular (miliar) com adenopatias mediastínicas e axilares. Iniciada, empiricamente, terapêutica antibacilar. A

identificação de *Mycobacterium tuberculosis* foi feita, por análise directa e técnicas de biologia molecular, em amostras de esputo e de urina. O estudo complementar excluiu qualquer tipo de imunodeficiência primária ou adquirida. Alta clínica assintomática e sem insuficiência respiratória após oito semanas de terapêutica, sendo orientado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Discussão e conclusão: A sépsis a tuberculose é uma complicação rara das formas disseminadas de doença, sendo principalmente relatada em indivíduos gravemente imunossuprimidos e extremamente rara em indivíduos não imunocomprometidos.

Palavras-chave: Sépsis. Tuberculose miliar.

HIDROPNEUMOTÓRAX: APRESENTAÇÃO CATASTRÓFICA DE UMA PRIMÓINFECÇÃO POR TUBERCULOSE

T. Leonor, H. Sarmiento, J. Cotter

Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães.

Introdução: A tuberculose primária refere-se ao desenvolvimento de doença após uma exposição inicial a *Mycobacterium tuberculosis*, sendo uma doença predominantemente da infância. Diversos estudos têm demonstrado uma frequência crescente de primoinfecção em adolescentes e adultos.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma jovem caucasiana de 18 anos de idade, sem história patológica prévia ou evidência de trauma, que foi referenciada ao Serviço de Urgência por apresentar uma imagem de hidropneumotórax à direita em raio X de tórax. A doente descrevia um cenário clínico, com um mês de evolução, de astenia, anorexia e perda ponderal, acompanhado de tosse produtiva e hipersudorese nocturna. 24 horas antes da admissão desenvolveu, subitamente, toracalgia pleurítica direita associada a febre. Aquando da admissão, doente pálida e emagrecida; febril (38,0 °C), taquicárdica (150 bpm), normotensa (120/70 mmHg), taquipneica (30 cpm) e com SpO₂ 91% (FiO₂ 24%). Realizou toracocentese diagnóstica que demonstrou um empiema com níveis de ADA de 101,8 U/L (N < 40 U/L). Colocado dreno torácico. Após identificação, em amostra de secreções brônquicas, de *Mycobacterium tuberculosis*, foi iniciada terapêutica antibacilar. O estudo complementar efectuado excluiu qualquer tipo de imunodeficiência primária ou adquirida. Alta clínica assintomática e sem insuficiência respiratória após seis semanas de terapêutica, sendo orientada para o Centro de Diagnóstico Pneumológico.

Discussão e conclusão: A tuberculose continua a constituir uma causa importante de infecção pulmonar. O hidropneumotórax de grande volume constitui uma forma de apresentação grave e rara de envolvimento pulmonar pelo *Mycobacterium tuberculosis*, exigindo o respectivo diagnóstico um elevado grau de suspeição clínica.

Palavras-chave: Tuberculose. Primoinfecção.

EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS VENOSOS NA TUBERCULOSE

N. Teixeira, H. Dabó, M. Vaz, I. Gomes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: As infeções respiratórias aumentam o risco de eventos tromboembólicos venosos (ETV). Estas complicações são consideradas raras na tuberculose (TB).

Objetivos: Avaliar a frequência de ETV em doentes internados por TB e suas características demográficas, clínicas, terapêutica efetuada e mortalidade.

Material e métodos: Foram avaliados os doentes adultos internados por TB num hospital terciário, sem infeção VIH, entre 2007 e 2011. Os ETV foram diagnosticados por angioTC torácica (tromboembolismo pulmonar - TEP) ou ecodoppler (tromboes

venosas profundas - TVP) e foi avaliada tromboprofilaxia, estudo da coagulação prévio e tratamento do ETV.

Resultados: Dos 208 doentes com TB (sexo masculino: 76%, idade média de 54 anos), foram diagnosticados 15 doentes (7,2%) com ETV (sexo masculino: 67%, idade média 56 anos, TB pulmonar: 12 casos, TB disseminada: 2, TB ganglionar: 1) entre os quais 6 TEP, 7 TVP dos membros, 2 TVP dos vasos cervicais e 1 TEP com TV jugular. Os ETV ocorreram menos de 1 mês após início de antibióticos, exceto num doente (3 meses). A maioria dos doentes (73%) não fez tromboprofilaxia; 73% foram tratados com heparina de baixo peso molecular. Faleceram 2 doentes (13%), tendo os restantes tido alta, a maioria (85%) medicados com hipocoagulação.

Conclusões: A frequência de ETV observada neste estudo é superior à registada em trabalhos anteriores em doentes internados por TB (0,6 a 3%). Os autores concluem que os ETV são uma complicação relevante nesta população, em especial na fase inicial de tratamento antibiótico, justificando-se a utilização de tromboprofilaxia em doentes com fatores de risco conhecidos para ETV.

Palavras-chave: Tuberculose. Eventos tromboembólicos venosos.

DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS NA TUBERCULOSE

I. Neves^{1,4}, V. Areias^{2,4}, R. Duarte^{3,4,5}

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

²Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, EPE. ³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, EPE.

⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia.

⁵Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: Embora não totalmente esclarecido, a taxa de notificação da Tuberculose (TB) nos homens é duas vezes maior que nas mulheres. Entre as razões apontadas para esta desigualdade encontram-se fatores socioeconómicos e culturais, bem como mecanismos biológicos. Como tal, investigar as diferenças entre os géneros poderá levar-nos a compreender melhor as causas da menor taxa de notificação da TB entre as mulheres.

Objetivo: O objetivo do nosso estudo foi identificar as diferenças clínicas, socioeconómicas e comportamentais entre doentes do sexo feminino e masculino com TB ativa.

Métodos: Durante os meses de Junho e Julho de 2012, adultos (> 18 anos) com TB ativa em tratamento no CDP-VNG foram prospectivamente selecionados. Os dados foram obtidos a partir de um questionário aplicado aos doentes e as informações em falta colhidas dos processos clínicos.

Resultados: Foram incluídos 54 doentes, 37 (68,5%) do sexo masculino e 17 (31,5%) do sexo feminino, com uma relação sexo masculino:feminino de 2,18:1. Cerca de 1/3 dos doentes tinham idades compreendidas entre 45 e 55 anos. A idade média dos doentes do sexo masculino e feminino foi de 49,1 ± 12,1 e 47,1 ± 18,3 anos, respectivamente. Observou-se uma predominância do sexo feminino nas faixas etárias < 34 e > 65 anos. Não foram encontradas diferenças no nível de escolaridade ou situação profissional entre os dois subgrupos. No entanto, as mulheres apresentaram rendimentos mensais mais baixos. Os hábitos sociais foram semelhantes no grupo masculino e feminino, mas o número médio de contactos selecionados foi maior nas mulheres. Relativamente às comorbilidades, as mulheres apresentaram menor incidência de infeção VIH (p = 0,026) e níveis inferiores de tabagismo e abuso de álcool (p < 0,001 e p = 0,012, respectivamente). As mulheres relataram menos tosse e expectoração comparativamente aos homens (p = 0,003 e p = 0,001, respectivamente). A demora mediana no diagnóstico foi 25 dias maior nas mulheres, embora sem significância estatística (H 78,5 vs. M 53,5 dias).

Conclusão: No nosso estudo, foi observada uma predominância do sexo feminino nos extremos de idade (< 34 e > 65 anos). Dentro das diferenças encontradas entre os sexos, os homens com tuberculose ativa apresentam níveis mais elevados de infeção pelo VIH,

tabagismo e abuso de álcool. Estes aspetos são também observados na população em geral.

Como descrito na literatura, as mulheres relataram menos tosse e expectoração. Esta diferença poderá dificultar o diagnóstico da tuberculose na mulher e explicar o atraso do diagnóstico ser superior nas mulheres relativamente aos homens.

Palavras-chave: Tuberculose. Género. Diferenças.

TUBERCULOSE EM DOENTE SOB TRATAMENTO IMUNOSSUPRESSOR

T.D. Sachissokele, M.G. Evaristo, J.M. Carvalho

Centro de Diagnóstico Pneumológico de Santarém, Serviço de Pneumologia do Hospital de Santarém.

Doente de 19 anos, sexo feminino, caucasiana, estudante, solteira, residente em Santarém, que apresentou sintomatologia caracterizada por febre com 15 dias de evolução, refractária aos antipiréticos, o que motivou a sua ida ao serviço de urgência. A doente, com antecedentes de artrite reumatóide diagnosticada aos 16 anos e seguida no CDP desde 2009 para exclusão de tuberculose latente estava, entretanto, sob medicação biológica. O estudo efectuado evidenciou tuberculose pulmonar e iniciou quatro antibióticos (HRZE), tendo alta melhorada. Cerca de 15 dias após alta houve recorrência da febre e agravamento do estado geral. É reinternada, sendo confirmado o isolamento de M. Tuberculosis, sem resistências; manteve os antibióticos associado a corticoterapia, com melhoria progressiva, clínica e radiológica. Neste caso tinha inicialmente sido efectuado o estudo para exclusão de TB doença e infeção; descrevem-se os diversos passos desses estudos efectuados. A doente acaba por ter contacto posterior com um caso de tuberculose pulmonar bacilífero num residente próximo; deste caso tinham-se rastreado muitos dos seus contactos, mas não esta doente. Os autores apresentam o caso clínico, salientando as dificuldades no tratamento da tuberculose pulmonar no doente imunodeprimido, as eventuais limitações do estudo da tuberculose latente e insuficiências do rastreio de contactos dos casos de doença tuberculosa.

Palavras-chave: Tuberculose. Tuberculose infeção latente. Artrite reumatóide. Rastreio de contactos.

TUBERCULOSE E DIABETES: REVISÃO DE 10 ANOS NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO DE SANTARÉM

M.T. Finde¹, M.G. Evaristo², J.M. Carvalho³

¹Interna de Pneumologia; ²Assistente Hospitalar Graduado; ³CDP de Santarém, Serviço de Pneumologia, Hospital de Santarém.

Introdução: A diabetes mellitus (DM) é uma patologia que aumenta o risco de tuberculose (TB). A convergência entre as duas patologias pode ser responsável por aumentar a morbi-mortalidade.

Objetivo: Delinear o perfil demográfico, clínico e evolutivo da TB associada a DM no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Santarém.

Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo, em que foram revistos 56 processos clínicos de doentes com TB e DM, de um universo de 671 casos de TB atendidos no CDP de Santarém entre 2002 e 2011, comparando-se os dois grupos.

Resultados: A média de idade foi de 61 anos. Verificou-se maior incidência no sexo masculino (76,2%); os grupos etários mais atingidos foram os ≥ 75 e 45-54 (25% e 21,4% respectivamente). Em 7,1% dos casos encontrou-se associada toxicod dependência, em 5,36% infeção pelo VIH e em 3,6% a IRC em hemodiálise. O alcoolismo foi o principal grupo de risco encontrado com 17,9%. A localização pulmonar da TB foi predominante com 37 casos (66,1%), em 3 desses casos havia localização extrapulmonar concomitante. As formas extrapulmonares corresponderam a 22 casos (39,3%): 9 pleurais, 5 ganglionares, 2 pericárdicas, 2 vertebral,

1 meningite, 1 genito-urinária, 1 disseminada, 1 cutânea. Nas formas pulmonares, radiograficamente, 51,4% apresentaram lesões cavitadas. Quanto ao resultado do tratamento verificou-se uma taxa de sucesso de 83,93%, sendo que ocorreram 8 óbitos, dos quais 50% do grupo etário ≥ 75 . Um doente, de 2011, (1,7%) encontra-se ainda sob tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose. Diabetes.

TUBERCULOSE PULMONAR E DIABETES: ASPECTOS RADIOLÓGICOS DE CASOS NO CDP SANTARÉM

M.T. Finde¹, M.G. Evaristo², J.M. Carvalho³

¹Interna de Pneumologia; ²Assistente Hospitalar Graduado; ³CDP de Santarém, Serviço de Pneumologia, Hospital de Santarém.

Introdução: As formas de apresentação radiológica da tuberculose pulmonar (TP) são variadas, e o aparecimento de formas de localização atípica é frequentemente relacionada com a existência de comorbilidades, como a diabetes mellitus (DM) e infecção VIH. **Objetivo:** Descrever as formas de apresentação radiológica da TP associada a DM de doentes seguidos no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Santarém.

Material e métodos: Foram revistos 38 processos clínicos de doentes com TP e DM de um universo de 423 casos de TP atendidos no CDP de Santarém entre 2002 e 2011.

Resultados: A idade média dos doentes com TP e DM foi de 60 anos. O género masculino foi o mais atingido com 30 casos (78,9%). O campo pulmonar direito foi o mais afectado, em 15 casos (39,5%). Houve atingimento bilateral em 14 casos (38,6%). Foram observadas lesões cavitadas em 60,5% dos casos. Em muitos casos registou-se um atingimento pulmonar multilobar; em 76,3% houve um atingimento do terço superior, em 65,8% dos casos verificou-se atingimento do terço médio, e em 18 casos (47,4%) registou-se atingimento do terço inferior. Tendo em conta a extensão, com a classificação da ATS, verificaram-se mais casos de TP moderadamente extensa, 18 (47,4%), sendo 11 de TP muito extensa (28,9%) e 9 de TP mínima (23,7%). Em relação a evolução radiológica após tratamento, 16 (42,1%) ficaram com cicatriz mínima, ao passo que 7 (18,4%) apresentaram fibrose extensa e o mesmo número de doentes apresentou normalização completa. Em relação aos grupos de risco, salienta-se o alcoolismo com 13,2% dos casos. As patologias concomitantes mais presentes foram: doença hematológica com 4 (10,5%), neoplasias com 3 (7,9%) casos e insuficiência renal crónica igualmente com 3 (7,9%) casos.

Palavras-chave: Tuberculose. Diabetes. Aspectos radiológicos.

TUBERCULOSE MILIAR: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

C. Matos, J.M. Lopes, J. Soares, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino, 54 anos, raça indiana, desempregado. Ex-fumador e com hábitos alcoólicos acentuados. Internado por quadro de dispneia, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e queda do estado geral, com perda ponderal acentuada, com cerca de 2 meses de evolução. Concomitantemente verificou-se aparecimento de formação subcutânea nodular, de consistência mole, não aderente, na região lombar direita. Ao exame objectivo destacava-se caquexia acentuada. Foi realizada gasometria arterial a ar ambiente que demonstrou insuficiência respiratória parcial (PaO₂ 66.8). Realizou radiografia tórax PA que mostrou hipotransparência heterogénea bilateral, mais acentuada na metade superior do campo pulmonar direito, com lesões algodonosas confluentes. O exame microbiológico da expectoração demonstrou M. tuberculosis complex, sensível a HREZ. Foi realizada ecografia de partes

moles da região lombar direita que mostrou colecção superficial, não pura, com 13.6x6.9 cm de maior diâmetro, em relação com tumefacção palpável e TC abdómino-pélvica que revelou vários abscessos dispersos, nomeadamente em topografia peri-hepática, em localização subcostal envolvendo a parede abdominal direita e nos músculos psoas e para-vertebral direito. Foi também realizada TC coluna lombo-sagrada que mostrou extensos abscessos paravertebrais e retrovertébrais lombares à direita, sem critérios de espondilodiscite activa e sem indicação para intervenção neurocirúrgica. As serologias (incluindo HIV1+2) foram negativas. Posteriormente foi realizada drenagem percutânea quer do abscesso subcutâneo lombar, quer de abscesso do psoas direito, com aspiração de conteúdo purulento cujo exame microbiológico revelou M. tuberculosis complex. Verificou-se evolução clínica favorável com a instituição de terapêutica antimicobacteriana.

Palavras-chave: Abscesso. Tuberculose. Disseminada.

CARACTERIZAÇÃO DO CONTINGENTE DE CASOS DE TUBERCULOSE ACTIVA NA POPULAÇÃO DE RECLUSOS DA PENITENCIÁRIA DE COIMBRA, 2000-2012

P.G. Ferreira, P. Cravo-Rôxo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A implementação das directivas para o controlo da Tuberculose (TB) em ambiente prisional tem sido lenta e heterogénea. A população prisional apresenta um alto risco de doença infecciosa, exponenciada pelo estilo de vida prisional, alto turnover e pela inevitável priorização da segurança em detrimento da saúde.

Métodos: Estudo retrospectivo dos reclusos da Penitenciária Coimbra diagnosticados/tratados pelo CDP Coimbra nos últimos 12 anos.

Resultados: Obteve-se um total de 11 reclusos. A idade média foi de 38,2 anos sendo 9,1% imigrantes. Cerca de 63,6% eram soropositivos para VHC e 27,3% para VIH, com uma contagem média de CD4 de 175.000/mm³. Dois terços estavam sob TARV aquando do diagnóstico. As taxas de alcoolismo crónico, tabagismo e toxicod dependência foram de 36,4%, 90,9% e 63,6%, respectivamente. Cerca de 18,2% sofriam de neurose e 9,1% de psicose. Cerca de 9,1% apresentavam patologia pulmonar prévia e 36,4% tinham historial anterior de TB. Cerca de 72,7% apresentaram TB pulmonar, com proporções de 9,1% para TB ganglionar, pleural e peritoneal. Das formas pulmonares cerca de 75% cursaram com baciloscopias positivas. Houve apenas um caso multirresistente. A duração média de tratamento foi de 9,9 meses e o tempo até negativização cultural foi 4 meses. 54,5% estiveram sob TOD, tendo 80% dos restantes revelado boa compliance. A taxa de cura foi de 81,8% e a de mortalidade 9,1%. **Conclusões:** Face aos indicadores publicados da população geral, este grupo de reclusos apresenta uma idade menor, maiores taxas de VHC e VIH e maior prevalência de toxicod dependência e doença psiquiátrica. A duração da terapêutica foi mais longa. Os diagnósticos resultaram predominantemente de deteção passiva. A TOD mantém-se como um valioso instrumento para assegurar boas taxas de desempenho.

Palavras-chave: Tuberculose. Sistema prisional.

TUBERCULOSE E ONCOLOGIA: QUANDO A FRONTEIRA SE DISSIPA

J.C. Costa, B. Ferreira, T. Shiang, M.C. Brito

Centro Hospitalar de Gaia/Espinho.

A epidemiologia da tuberculose sofreu uma alteração global pelo surgimento de novos estados de imunossupressão, seja pela epidemia do VIH, seja por esquemas de quimioterapia mais eficazes

para doenças oncológicas. A Tuberculose disseminada podendo surgir por infecção primária ou reactivação de infecção latente, levanta novos desafios no tratamento de doentes oncológicos. O presente caso clínico diz respeito a um caso de Tuberculose disseminada num doente com neoplasia gástrica (T3N3M0) submetido previamente a ressecção cirúrgica e quimioterapia adjuvante (6 meses antes). Doente admitido por uma síndrome constitucional, febre intermitente e toracalgia com 2 meses de evolução, sem outra sintomatologia/défices associados. Diagnosticada Tuberculose disseminada: padrão imagiológico de tuberculose miliar (com exame directo positivo em lavado brônquico), tuberculose genito-urinária (exame directo positivo na urina), tuberculose óssea (espondilodiscite associada a abscessos paravertebrais), tuberculose do sistema nervoso central (múltiplas lesões nodulares bi-hemisféricas e cerebelosas). A actualidade do tema abordado, bem como a tradução imagiológica exuberante num doente com clínica frustrante reforçam a pertinência deste caso clínico, levantando algumas questões fundamentais: deverá o rastreio de tuberculose latente fazer parte, de forma generalizada e obrigatória, da avaliação inicial de um doente oncológico e pré-tratamento com imunossuppressores, mesmo sem exposição conhecida? Dever-se-á investigar outros focos de infecção em doentes com mais de 2 órgãos identificados, mesmo se assintomáticos?

Palavras-chave: Tuberculose. Oncologia. Imunossupressão.

ACTINOMICOSE PULMONAR: RELATO DE UM CASO

L.M. Nascimento, A.M. Fernandes, A. Afonso

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

Introdução: A actinomicose pulmonar é uma condição rara causada pela infecção por *actinomyces*. A forma de apresentação varia de subaguda a crónica mimetizando, por vezes, uma infecção fúngica crónica, tuberculose ou mesmo malignidade. O prognóstico é excelente se a infecção for identificada precocemente e com tratamento adequado.

Caso clínico: Doente de 63 anos, internada no nosso serviço em Julho de 2011 com queixas de anorexia, emagrecimento e tosse produtiva com um mês de evolução. Associadamente referia episódios de desconforto torácico referido ao hemitórax direito nos últimos 5 meses. Realizada TC torácica com contraste endovenoso no serviço de urgência que evidenciou opacidade ao nível do lobo médio com extensão às regiões hilar, paravertebral e paramediastínica, com áreas necróticas, sugestiva lesão neoformativa. A broncofibroscopia revelou obstrução parcial do brônquio intermediário por infiltração. Exame cultural do aspirado brônquico e histológico das biópsias transbrônquicas negativo. Biópsia aspirativa transtorácica com a identificação de *actinomyces* na amostra. A doente iniciou tratamento de 6 meses com amoxicilina mais ácido clavulânico com monitorização clínica e radiológica.

Conclusão: A actinomicose pulmonar é um condição rara e de difícil diagnóstico com excelente prognóstico se identificada precocemente e com tratamento adequado.

Palavras-chave: *Actinomyces*. Actinomicose pulmonar.

HIDATIDOSE — ENVOLVIMENTO PULMONAR RARO

D. Madama, I. Ferreira

Serviço de Pneumologia (Dir. Dr. Mário Loureiro), CHUC, HUC.

Introdução: A presença de derrame pleural pode estar associada a uma variedade de patologias, sendo o estudo da sua etiologia essencial para o tratamento. É assim importante ter em conta as causas mais raras de derrame pleural, já que por vezes podem surgir dificuldades no diagnóstico diferencial.

Desenvolvimento: Os autores descrevem o caso de um homem de 75 anos de idade, que recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse, dispneia para pequenos esforços, dispneia paroxística noturna e edemas dos membros inferiores com cerca de um mês de evolução. Os exames auxiliares de diagnóstico revelaram uma elevação dos parâmetros de infecção, apresentando radiologicamente opacificação na base direita, compatível com derrame pleural. Tratava-se de um doente sem antecedentes pessoais relevantes, para além de alcoolismo crónico. O doente foi por isso submetido a toracocentese diagnóstica, que permitiu a drenagem de líquido pleural com aspecto amarelo envelhecido e com consistência leitosa, cuja bioquímica revelou tratar-se de um exsudato. O estudo microbiológico do líquido pleural foi negativo, apresentando elevada celularidade e presença de elevado número leucócitos, com 79% de neutrófilos. Realizou ainda broncofibroscopia que revelou uma mucosa muito friável com sinais inflamatórios grau III. A TC torácica confirmou a presença de derrame pleural esquerdo organizado, com colapso parcial do lobo inferior esquerdo, observando-se ainda na extensão abdominal do exame uma volumosa formação hipodensa de parede calcificada, na dependência do lobo direito do fígado. Face às alterações hepáticas detectadas, realizou ecografia abdominal, que confirmou a presença de uma formação complexa na loca supra-renal direita, de provável origem parasitária. A pesquisa de anticorpos para Hidatidose por Imunofluorescência indirecta e Western Blot foi positiva para anticorpos específicos, confirmando assim o diagnóstico de Hidatidose, com envolvimento pulmonar. O doente manteve tratamento médico com anti-parasitário tendo sido posteriormente orientado para cirurgia de excisão do quisto hidático.

Conclusão: A hidatidose é uma doença parasitária provocada por várias espécies de helmintas do género *Echinococcus*. Portugal encontra-se entre os países considerados pela OMS como endémicos, com uma incidência nacional estimada de 2,2/100 000 habitantes. Os quistos hidáticos alojam-se preferencialmente no parênquima hepático (50 a 70%) e pulmonar (5 a 30%), podendo a infecção ser silenciosa ou desenvolver-se com várias complicações, sendo a ruptura quística a mais frequente. No caso clínico apresentado, estamos perante um derrame pleural como consequência da ruptura de um quisto hidático hepático para a cavidade pleural, apresentando no entanto boa evolução clínica com terapêutica anti-parasitária. Num país em que esta patologia apresenta uma incidência elevada, devemos assim lembrar a Hidatidose na abordagem do derrame pleural.

Palavras-chave: Derrame pleural. Hidatidose.

CARACTERIZAÇÃO DAS PNEUMONIAS DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

C. Araújo, N. André, P. Raimundo, A. Domingos

Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Introdução: A pneumonia mantém-se uma entidade relevante na prática da Pneumologia. Com o surgimento de uma nova classe de pneumonia (pneumonia associada aos cuidados de saúde - PACS) em 2005 impõe-se uma melhor caracterização desta patologia e a sua validação.

Objectivos: Caracterizar as pneumonias admitidas num serviço de pneumologia quanto a factores epidemiológicos, etiologia, gravidade, duração do internamento, comorbilidades, mortalidade, prognóstico e terapêutica empírica instituída.

Métodos: Os autores analisaram retrospectivamente os doentes admitidos por pneumonia no Serviço de Pneumologia de um Hospital Distrital, no período de um ano. Os dados foram tratados usando o programa SPSS 18.0.

Resultados: Os autores analisaram no total 221 doentes, dos quais 89 cumpriam os critérios de PACS (de acordo com as Guidelines

ATS/IDSA 2005) e 132 de pneumonia da comunidade - PAC. A média de idades era de 69 anos (PACS 75,6 ± 15,3 e PAC 64,5 ± 19,1). A média de dias de internamento foi de 13,45 ± 8,8 dias (PACS 14,58 e PAC 12,69) e a taxa de mortalidade de 17,2% (PACS 11,8% e PAC 5,4%). Documentou-se mau estado funcional em 44,8% dos doentes (PACS 29,9% e PAC 14,9%). O número médio de comorbilidades por doente era 2,5, sendo de destacar a doença cardiovascular (41,2% dos doentes), a Diabetes Mellitus (25,8%), doença obstrutiva das vias aéreas (23,1%), doença cerebrovascular (21,7%) e doença estrutural pulmonar (11,3%). Relativamente aos scores de gravidade verificou-se que 163 doentes apresentavam PSI ≥ IV (73,8%) (PACS 85,4% e PAC 66%) e 125 doentes CURB65 ≥ 2 (56,6%) (PACS 67,4% e PAC 49,3%). Em 74,7% dos doentes foi iniciado um esquema de terapêutica empírica de acordo com as guidelines para PAC. Os agentes etiológicos mais frequentemente isolados foram enterobacteriáceas (6,8% do total dos doentes e 38,5% do total dos isolamentos) e, dentro deste grupo, a *E. coli*, seguindo-se o MRSA e o *Acinetobacter baumannii*. O *Streptococcus pneumoniae* ocupa o 4º lugar com 2,3% do total dos doentes. Todos estes microrganismos, com excepção do pneumococo, foram isolados mais frequentemente em doentes com critérios de PACS. **Conclusão:** A pneumonia é ainda uma entidade com mortalidade significativa e com um peso importante nas enfermarias da Pneumologia. De notar ainda o elevado número de comorbilidades por doente que poderá justificar o internamento de doentes que apresentam baixos índices de gravidade de pneumonia. Apesar da importante prevalência de PACS e da etiologia concordante com esta entidade, ¾ dos doentes admitidos iniciaram terapêutica de acordo com as guidelines para PAC, denotando resistência por parte dos profissionais de saúde na aplicação da terapêutica aconselhada nas guidelines para PACS. Mantém-se a necessidade de validação do conceito de PACS e melhor caracterização desta entidade.

Palavras-chave: *Pneumonia da comunidade. Pneumonia associada aos cuidados de saúde.*

SÍNDROME DE GOOD — UMA CAUSA DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS DE REPETIÇÃO

C. Araújo, N. André, A. Domingos

Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Introdução: O síndrome de Good (associação de timoma com imunodeficiência) é uma entidade rara (menos de 60 casos descritos na literatura), com fisiopatologia ainda desconhecida e com uma mortalidade elevada (30% e 66% aos 5 e 10 anos, respectivamente). Caracteriza-se por hipogamaglobulinémia, diminuição da contagem das células B no sangue periférico e défice de células T CD4. Esta alteração hematológica cursa com infecções de repetição, preferencialmente por bactérias encapsuladas ou agentes oportunistas, atingindo mais frequentemente o tracto respiratório e gastrointestinal (diarreia crónica em 50% dos doentes). O tratamento de primeira linha é imunoglobulina G endovenosa. **Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de um homem de 46 anos, não fumador, com antecedentes de timoma (operado há 12 anos), tuberculose pulmonar há 11 anos e história de infecções respiratórias de repetição desde há 8 anos, que se apresenta com agravamento do quadro respiratório. Para investigação etiológica o doente realizou: 1) TC torácica — bronquiectasias bilaterais centrais e periféricas com provável infecção em curso; 2) Broncoscopia — sinais inflamatórios generalizados, bacteriologia negativa, exame directo e cultural micobacteriológico negativos; 3) Provas de função respiratória — alteração ventilatória obstrutiva grave, sem resposta aos broncodilatadores, hipoxémia em repouso (pO₂ 65mmHg); e 4) Estudo analítico — linfopénia com diminuição da razão CD4/CD8, hipogamaglobulinémia (2%), IgG 213 mg/L (VR: 723-1685) e IgA 8 mg/L (VR: 60-382). Com base nos resultados obtidos e história do doente foi feito o diagnóstico de Síndrome de Good, tendo

sido instituída terapêutica com Imunoglobulina G humana de 3 em 3 semanas. Após a instituição da terapêutica o doente manteve algumas intercorrências infecciosas. O óbito verificou-se 7 anos após início da terapêutica, no contexto de insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação mecânica.

Conclusão: O prognóstico do Síndrome de Good é reservado, pelo que o diagnóstico deve ser feito com a maior brevidade possível de modo a instituir terapêutica para evitar as complicações infecciosas, frequentemente associadas a bronquiectasias, como consequência da imunodeficiência. A perspicácia e astúcia clínicas devem ser combinadas com a suspeição diagnóstica do médico quando confrontado com o perfil clínico e imunológico da patologia descrita, salientando que o Síndrome de Good deve ser sempre tido em conta no diagnóstico diferencial da hipogamaglobulinémia no adulto. Mais estudos são necessários para elucidar esta entidade clínica.

Palavras-chave: *Infecções respiratórias de repetição. Hipogamaglobulinémia. Timoma.*

ASSOCIAÇÃO RARA ENTRE ACTINOMICOSE E LINFOMA MALT PULMONAR

J.C. Pereira, L. Santos, J.P. Boléo-Tomé, R. Melo, F. Gomes, L. Gonçalves, F. Rodrigues, C. Longo

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

A Actinomicose é uma doença infecciosa rara, provocada por bactérias Gram-positivas anaeróbias facultativas filamentosas. Pode afectar o pulmão em menos de 15% dos casos, cursando com uma apresentação respiratória e radiológica pouco específicas e colocando grandes problemas diagnósticos. O linfoma tipo MALT é uma neoplasia hematológica com apresentação pulmonar rara, correspondendo a menos de 1% dos linfomas não-Hodgkin em geral. Os autores descrevem um caso de uma mulher caucasiana de 83 anos, com história de hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca e bronquite crónica, que se apresentou na consulta com um quadro de tosse produtiva arrastada e hipoxémia persistente, já tratada com vários cursos de antibioterapia sem melhoria. Radiologicamente apresentava infiltrados bilaterais, confirmando-se por TC inúmeras imagens nodulares pulmonares bilaterais, a maior com 26mm. Realizou broncoscopia que mostrou apenas sinais inflamatórios difusos e LBA sem alterações relevantes e com exames microbiológicos culturais negativos. Por aumento da expectoração purulenta repetiu colheitas de expectoração, cujo exame citológico identificou microorganismos compatíveis com *Actinomyces*. Admitida em internamento, onde fez curso de penicilina benzatínica com melhoria. No entanto, nos meses seguintes assistiu-se a agravamento das imagens nodulares, pelo que realizou biópsia pulmonar transtorácica. O exame histológico revelou linfoma tipo B, CD20+, CD35, CD23, CD5, CD10, bcl2, bcl6 e ciclidina negativos. O estudo foi complementado com TC de corpo e biópsia da medula óssea com estudo citogenético, confirmando-se o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin B MALT pulmonar. Iniciou tratamento com imunoterapia (R-CVP em 8 ciclos) e terapêutica de manutenção com Rituximab durante dois anos, com franca melhoria clínica e redução do número e dimensões das lesões nodulares pulmonares. Três anos após o diagnóstico, a doente encontra-se estável, mantendo seguimento em Oncologia e Pneumologia. Existem alguns casos descritos de associação de Actinomicose a neoplasias pulmonares, e apenas um caso descrito num doente com prévio diagnóstico de linfoma não-Hodgkin já tratado. Ambas as entidades levantam problemas de diagnóstico diferencial, podendo a Actinomicose simular lesões neoplásicas. Neste caso não se obteve confirmação cultural para *Actinomyces*, mas a ausência de resposta imagiológica à terapêutica levou ao diagnóstico de uma segunda doença com sucesso.

Palavras-chave: *Actinomicose. Linfoma MALT. Pulmão.*

ABCESSO PULMONAR E PNEUMONIA NECROTIZANTE: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL

M.D. Sousa, V.C. Melo, E. Silva, J. Vale, B. Rodrigues, A.S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: O abcesso pulmonar define-se como necrose e cavitação do parênquima pulmonar, secundárias a uma infecção microbiana. Alguns autores usam o termo pneumonia necrotizante para distinguir a necrose pulmonar com múltiplos pequenos abscessos de uma lesão cavitária maior, embora estes 2 termos representem um continuum do mesmo processo.

Objectivo: Analisar as características clínicas, epidemiológicas, radiológicas, microbiológicas, tratamento e prognóstico dos doentes com abcesso pulmonar ou pneumonia necrotizante num Hospital.

Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes internados com abcesso pulmonar ou pneumonia necrotizante, entre Janeiro de 2006 e Junho de 2012.

Resultados: Incluíram-se 51 doentes (42 homens/9 mulheres), com uma média de idades de 60 anos. Em 46 doentes foi estabelecido o diagnóstico de abcesso pulmonar e em 5 o diagnóstico de pneumonia necrotizante. Os sintomas mais frequentes foram febre (84%), tosse (69%), produtiva em 51% dos casos, sintomas constitucionais (47%), dispneia (43%) e dor torácica (31%). Identificaram-se comorbilidades/fatores de risco em 84% dos doentes, sendo os mais frequentes a hipertensão arterial (28%), tabagismo (26%), alcoolismo (19%) e neoplasia do pulmão (12%). Os principais motivos de internamento foram abcesso pulmonar (49%), pneumonia (33%) e traumatismo torácico (10%). Todos os doentes realizaram radiografia do tórax e em 55% dos casos visualizava-se uma imagem sugestiva de abcesso pulmonar; 90% dos doentes efetuaram TC torácica. As lesões localizavam-se predominantemente no lobo inferior direito (35%), lobo superior direito (26%) e lobo inferior esquerdo (22%). As culturas foram positivas em 45% dos casos e os principais agentes isolados foram *Klebsiella pneumoniae* (12%), *Pseudomonas aeruginosa* (8%), *Streptococcus pneumoniae* (6%) e *Staphylococcus aureus* (5,9%). Todos os doentes ajustaram antibioterapia, inicialmente empírica e com posterior ajuste de acordo de acordo com o teste de sensibilidade aos antibióticos, com uma média de 30 dias de tratamento (desde a admissão até ambulatório). Apenas 10% dos doentes foram submetidos a tratamento cirúrgico. Durante o internamento faleceram 9 doentes (18%), com uma média de idades de 76,7 anos, significativamente superior à dos que sobreviveram (56,3 anos).

Discussão: O abcesso pulmonar é uma patologia que se manifesta por queixas respiratórias inespecíficas e que atinge sobretudo homens com comorbilidades, tal como se verificou nesta série. Os principais meios de diagnóstico utilizados foram a radiografia do tórax e a TC torácica, e a localização preferencial das lesões foi o pulmão direito, condizente com as descrições na literatura. De salientar que na maioria dos casos a lesão cavitada já era visível na radiografia do tórax. Neste grupo de doentes, o número de culturas com crescimento microbiológico foi superior ao dos estudos publicados e as secreções brônquicas constituíram o principal local de isolamento. Em relação ao prognóstico, observou-se um aumento direto da mortalidade com a idade do doente ($p = 0,005$) e com a presença de fatores de risco/comorbilidades, embora neste último caso a relação não seja estatisticamente significativa.

Palavras-chave: *Abcesso pulmonary; Pneumonia necrotizante.*

VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO NA ÁRVORE BRÔNQUICA

A.T. Castro, S. Freitas, L. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Coimbra.

Fundamento: Os papilomas endobrônquicos solitários (PES) são tumores não-invasivos raros que até à data são considerados com baixo potencial de malignidade. Contudo, a infecção pelo vírus

do papiloma humano (HPV), fortemente ligada à patogénese do PES, tem sido associada a displasia e a um elevado risco de carcinoma de células escamosas, surgindo assim a necessidade de adequadamente diagnosticar e tratar este tipo de lesão.

Descrição: Um homem de 52 anos de idade, com hábitos tabágicos e alcoólicos marcados, foi referenciado a uma consulta de controlo dois meses após ter estado internado na enfermaria de pneumologia com o diagnóstico de pneumonia. Apresentava queixas recentes de tosse produtiva e expectoração hemoptóica. O exame físico não mostrou alterações e as análises séricas de rotina eram normais. Foi realizada uma videobroncoscopia que revelou uma lesão em formato couve-flor localizada no segmento posterior do brônquio lobar superior direito. A TC mostrou apenas aspectos compatíveis com lesões fibróticas e espessamento de paredes brônquicas enquanto que a PET/CT reportou uma ligeira hipercaptação na região hilar direita. As biópsias brônquicas detectaram uma lesão brônquica pelo HPV.

Conclusões: No presente, os dados disponíveis sobre o PES são escassos e têm sido difundidos essencialmente sob a forma de casos clínicos. Enquanto não surgem novos estudos, os autores contribuem com este raro caso clínico como forma de fomentar o conhecimento actual sobre a doença.

Palavras-chave: *Vírus do papiloma humano (HPV). Papiloma endobrônquico solitário (PES). Tumor.*

UMA CAUSA INCOMUM DE DERRAME PLEURAL

R.C. Melo, V. Areias, J. Gomes, A. Antunes, A. Carvalho, R. Duarte

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os derrames pleurais unilaterais são frequentemente exsudados e as causas mais comuns são infeções, neoplasias ou tromboembolismo pulmonar. O derrame pleural e as adenopatias são achados raros na infeção pulmonar pelo *Mycobacterium xenopi*, sendo o aspeto telerradiográfico típico uma cavitação apical. Em determinadas zonas do Canadá, Reino Unido e da Europa, o *M. xenopi* constitui a segunda causa mais frequente de infeção pulmonar por micobactérias não tuberculosas (MNT), a seguir ao *Mycobacterium avium complex* (MAC). A este propósito os autores apresentam o seguinte caso clínico: Doente do sexo masculino, de 81 anos de idade, ex-fumador (60 UMA), reformado (ex-maquinista dos caminhos-de-ferro, tendo trabalhado como fogueiro durante mais de 10 anos), com história de consumo moderado de álcool e adenoma com displasia de alto grau no cólon ascendente diagnosticado em 2007. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do CHVNGaia/Espinho, em Abril de 2012, por dispneia para médios esforços com 2 meses de evolução, com agravamento progressivo. Dois meses antes da vinda ao SU, o doente teve um quadro de tosse com expectoração mucopurulenta associado a sintomas gerais (febre, astenia, anorexia e emagrecimento de 2-3 Kg), que melhorou com a antibioterapia prescrita pelo Médico Assistente. Realizou radiografia digital que permitiu o diagnóstico de derrame pleural esquerdo de grande volume. Procedeu-se a toracocentese diagnóstica e terapêutica. Macroscopicamente, tratava-se dum líquido amarelo envelhecido, não turvo. Analiticamente, apresentava características bioquímicas compatíveis com exsudado, glicose 43, adenosina deaminase de 60, polimorfonucleares/mononucleares – 7,8/92,2%; citologia negativa para células malignas. O resultado histológico das biópsias pleurais foi compatível com pleurite crónica inespecífica. A tomografia computadorizada torácica realizada após toracocentese evidenciou atelectasia da lígula e lobo inferior esquerdo associada a derrame pleural esquerdo de pequeno volume, 4 nódulos com cerca de 3 a 5 mm distribuídos pelo lobos superior, médio e inferior direitos e um granuloma calcificado de 8 mm no lobo médio. Foi submetido a broncofibroscopia, cujo exame micobacteriológico cultural evidenciou crescimento com posterior identificação de *Mycobacterium xenopi*. O doente iniciou tratamento antibacilar com isoniazida, rifampicina, etambutol e

claritromicina, com melhoria clínica e radiológica. Atualmente, não existe consenso quanto ao esquema terapêutico ideal, nem quanto à sua duração, mas o documento da ATS/IDSA de 2007 sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção das micobacterioses aconselha o esquema escolhido e refere que este deve ser mantido por 12 meses após negatização do exame micobacteriológico cultural da expectoração.

Conclusão: Os derrames pleurais causados por infecção pelo *Mycobacterium xenopi* em doentes imunocompetentes são raros e o isolamento destes microorganismos corresponde, muitas vezes, apenas a contaminação ou colonização e não a verdadeira infecção. No caso descrito foram reunidos todos os critérios para infecção por uma micobactéria atípica definidos pelo documento da ATS/IDSA de 2007.

Palavras-chave: *Mycobacterium xenopi*. Derrame pleural.

ASPERGILOSE CRÓNICA NECROTIZANTE- CASO CLÍNICO

D. Ferreira, J. Costeira, C. Gomes

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

A aspergilose crónica necrotizante ou semi-invasiva, é um processo indolente de destruição do parênquima pulmonar por invasão pelo *Aspergillus*; que se distingue do Aspergiloma e da aspergilose invasiva. Doente do sexo masculino, 42 anos, natural do Togo, raça negra, autónomo nas actividades de vida diária, trabalhador da construção civil, internado por quadro com cerca de 6 meses de evolução de cansaço de agravamento progressivo, com dispneia e tosse com expectoração mucopurulenta nas semanas anteriores. Recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptises moderadas, febre vespertina não quantificada, emagrecimento não quantificado e dispneia em repouso. Negava qualquer doença prévia, nomeadamente Tuberculose, não fumador e referia, apenas, consumo etanólico moderado. Ao exame objectivo encontrava-se emagrecido, polipneico e com saturação periférica <88% em ar ambiente; laboratorialmente destacava-se PCR-5.5mg/dL, LDH-383U/L, hipoxémia com PaO₂-60 mmHg, serologia para HIV negativa, pesquisa de micobactérias na expectoração negativa. Radiograficamente com múltiplas condensações cavitadas. A TC do tórax revelou bronquiectasias cilíndricas e varicosas assim como cavitações bilaterais, as maiores com 8cm à esquerda e 4,2 cm à direita, com conteúdo denso no interior, colapso de vários segmentos pulmonares; adenopatias mediastínicas retrocavas. Para excluir tuberculose realizou múltiplos exames micobacteriológicos da expectoração cujos resultados, directo e cultural, foram negativos, broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar onde se isolou apenas *Aspergillus niger*, Galactomannan positivo, anticorpos IgG séricos para *Aspergillus niger* positivos (0,88). Perante isto, admitiu-se a hipótese de diagnóstico de Aspergilose crónica necrotizante pelo que iniciou terapêutica com Voriconazol. Registou-se importante melhoria clínica, com resolução das hemoptises, dispneia e hipoxémia tendo sido possível parar oxigenoterapia. Manteve as alterações imagiológicas presentes no estudo inicial. Teve alta ao fim de 50 dias de terapêutica, com dispneia para médios esforços, encaminhado para a Unidade de Reabilitação Respiratória, a cumprir terapêutica antifúngica com itraconazol.

Palavras-chave: *Aspergilose*. *Cavitação pulmonar*.

ACTINOMICOSE ENDOBRÔNQUICA: UMA INFECÇÃO RARA

M.D. Sousa, V.C. Melo, E. Silva, J. Vale, B. Rodrigues, A.S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A actinomicose é uma infecção crónica, causada por bactérias gram positivas aneróbias colonizadoras da orofaringe e do trato gastrointestinal. Na maioria dos casos localiza-se nas

regiões cervicofacial (50%) e abdominopélvica (20%), sendo rara a sua apresentação predominantemente endobrônquica, com apenas alguns relatos na literatura. A actinomicose endobrônquica caracteriza-se por obstrução brônquica secundária a espessamento brônquico granular irregular ou colonização de um corpo estranho, que na broncofibroscopia se pode manifestar por uma massa exofítica esbranquiçada. Não apresenta características clínicas ou radiológicas específicas, os sinais de infecção estão geralmente ausentes e as culturas são frequentemente negativas, sendo difícil o estabelecimento de um diagnóstico precoce. O tratamento recomendado consiste em antibioterapia durante 6 a 12 meses e o prognóstico é geralmente favorável.

Caso clínico: Doente de 67 anos, sexo masculino, ex-fumador (45 UMA) desde há 17 anos, com antecedentes de SAOS grave, DPOC ligeira, HTA, diabetes mellitus tipo 2, doença aterosclerótica envolvendo os 3 territórios major (enfarte agudo do miocárdio, AVC isquémico com hemiparésia braquial esquerda sequelar, isquemia crónica dos membros inferiores) e aneurisma da aorta abdominal (5,2 cm). Encaminhado para Pneumologia por quadro de tosse crónica com expectoração hemoptóica e pieira desde há 2 anos. Ao exame objetivo apresentava sibilos localizados no campo pulmonar esquerdo. Analiticamente sem aumento dos parâmetros inflamatórios, com Phadiatop inalante negativo e IgE normal. Realizou radiografia do tórax, que não apresentou alterações de relevo. A TC torácica mostrou formação nodular endobrônquica de 5 mm no brônquio lobar superior esquerdo (BLSE), com realce periférico em anel após contraste. Foi submetido a broncofibroscopia, onde se visualizou lesão esbranquiçada a obstruir a entrada do BLSE e línula, a qual foi biopsada. No aspirado brônquico foi isolado *Haemophilus influenzae* multissensível e a cultura de BAAR foi negativa. Histologicamente observou-se intenso infiltrado linfoplasmocitário na lâmina própria, com colónias de bactérias e actinomyces, tendo sido estabelecido o diagnóstico de actinomicose endobrônquica. Iniciou antibioterapia com amoxicilina + ácido-clavulânico, encontrando-se no 5.º mês de tratamento. Mantém seguimento em Pneumologia.

Discussão: Os autores apresentam o caso de uma infecção endobrônquica com uma etiologia rara, num doente com fatores de risco para microaspirações de conteúdo orofaríngeo. Tal como descrito na literatura, destaca-se a dificuldade em identificar o agente, isolado apenas na histologia, e em estabelecer o diagnóstico diferencial com outras patologias que condicionam obstrução brônquica, nomeadamente neoplasia pulmonar ou presença de corpo estranho.

Palavras-chave: *Actinomicose*. *Massa endobrônquica*.

ASPERGILOSE PULMONAR NECROTIZANTE: UM CASO PECULIAR

C. Guimarães, S. André, F. Nogueira

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

A aspergilose pulmonar necrotizante (APN) ou semi-invasiva é uma patologia pouco reconhecida e de difícil diagnóstico; corresponde a um processo infeccioso indolente, com conseqüente destruição do parênquima pulmonar, causada pela inalação do fungo *Aspergillus*, geralmente *Aspergillus fumigatus*. Os autores apresentam um caso clínico que, pela sua gravidade clínica e coexistência de patologia pulmonar prévia grave, sem imunossupressão conhecida, ilustra as particularidades desta patologia. Trata-se de uma mulher de 42 anos, não fumadora, com antecedentes patológicos de Tuberculose Pulmonar em 2001, tratada durante nove meses, DPOC GOLD C (FEV₁ 0.96L - 27%) com enfisema bolhoso bilateral (dois doseamentos de α₁ antitripsina dentro da normalidade), status pós toracotomia esquerda com cirurgia de recessão de bolhas no lobo superior esquerdo e pleurodese após episódio de pneumotórax espontâneo hipertensivo em 2005 no período do puerpério e

síndrome depressivo. Clinicamente estável até Março de 2008, data em que inicia quadro de hemoptises recorrentes, de pequeno volume, e dispneia de esforço. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciava múltiplas bolhas de enfisema bilateralmente, diversas áreas de bronquiectasias cilíndricas e de tração bilaterais, foco de condensação heterogéneo no lobo inferior direito com broncograma aéreo e área de cavitação com conteúdo denso no seu interior, sem nível hidroaéreo. A broncofibroscopia mostrou sinais de hemorragia proveniente do brônquio lobar superior direito. Nas secreções brônquicas foi isolado *Aspergillus fumigatus* e a citologia mostrou um exsudado inflamatório agudo. Exame micobacteriológico direto e cultural negativo. Iniciou terapêutica com voriconazol (200mg bid), que cumpriu durante 3 meses, com evolução clínica e radiológica favorável. A TC Tórax de controlo mantinha a patologia estrutural já conhecida e imagem sugestiva de aspergiloma no lobo superior direito. Foi tendo infeções respiratórias de repetição com isolamento de múltiplos agentes bacterianos multisensíveis, sem novas alterações radiológicas. Exames micobacteriológicos sucessivamente negativos. Razoável estabilidade clínica e radiológica até Março de 2011, altura em que inicia novo quadro de hemoptises, desta vez com repercussão hemodinâmica. Presença de extensa pneumonia multilobar à direita com insuficiência respiratória parcial grave e elevação dos marcadores analíticos de inflamação. Documentada recidiva de aspergilose, com novo isolamento em cultura de *Aspergillus fumigatus*. Reiniciada terapêutica com voriconazol, que cumpriu durante 6 meses, com resolução imagiológica da pneumonia e normalização gasométrica, persistindo imagem sugestiva de aspergiloma. O diagnóstico de APN constitui um verdadeiro desafio clínico. Embora o caráter definitivo do mesmo requeira a demonstração histológica da invasão tecidual pelo *Aspergillus* e seu crescimento em cultura, estão definidos na literatura critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais que permitem que, em doentes com fatores predisponentes, se considere estarmos perante esta enfermidade. Neste enquadramento revela-se fundamental uma elevada suspeição diagnóstica de forma a garantir a rápida e correta identificação desta patologia, determinante para a redução da sua morbilidade e mortalidade.

Palavras-chave: *Aspergilose pulmonar necrotizante (APN). Aspergillus fumigatus. Aspergiloma.*

O PULMÃO NAS IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

B. Ferreira, I. Franco, T. Shiang

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

As imunodeficiências primárias (IPs) constituem um grupo de doenças raras, herdadas geneticamente, que aumentam a suscetibilidade a infeções por agentes habitualmente pouco patogénicos, assim como a predisposição para doenças autoimunes e malignas. Embora se manifestam, na sua grande maioria, no período pós natal e durante a infância, alguns casos são detetados clinicamente mais tarde, na vida adulta. Os sintomas estão associados ao grau de imunodeficiência e ao sistema imune afetado. Os autores descrevem o caso de um doente de 36 anos, fumador, com atraso mental ligeiro, baixa estatura (percentil 5), dismorfia facial e alopecia total desde os 3 anos de idade, de etiologia não esclarecida. Apresentava antecedentes de infeções respiratórias de repetição, desde a infância, e um internamento hospitalar, 4 anos antes, por pneumonia pneumocócica com reação pleural, tratada sem intercorrências. Internado novamente por pneumonia complicada com empiema multiloculado e bacteriemia a *Streptococcus pneumoniae*. Colocado dreno pleural e instituída antibioterapia de largo espectro. Apresentava na tomografia de tórax, para além do derrame pleural empiemático, múltiplas bronquiectasias cilíndricas e quísticas,

de paredes espessadas, abrangendo todos os lobos. VIH negativo. Levantada a suspeita de IP, pelo que realizou estudo imunológico que revelou panhipoglobulinemia grave: imunoglobulina (Ig) G 19,6 (N: 680-1450), IgM < 17 (34-214), IgA < 25,5 (83-407), com défice grave de G2 e G4 e complemento normal. Iniciou, neste contexto, tratamento com IgG endovenosa, tendo apresentado melhoria lenta mas favorável. Tendo em conta o fenótipo associado a atraso mental e imunodeficiência primária, foi pedido estudo genético para caracterização da síndrome. O diagnóstico precoce das IPs permite a instituição de tratamento adequado, com inequívoco benefício na mortalidade e qualidade de vida dos doentes, tornando obrigatória a investigação diagnóstica perante a suspeita. Nas IPs com predomínio de défice humoral são comuns as infeções por microorganismos piogénicos, como o *Streptococcus pneumoniae*, e a terapia de reposição com IgG permite diminuir a frequência e a gravidade das infeções, prevenindo complicações e sequelas. A *European Society for Immunodeficiencies* definiu sinais de alarme perante os quais deve aumentar o limiar de suspeição de IP na idade adulta. Sendo as infeções do aparelho respiratório das mais frequentes, a pneumologia surge como uma especialidade de eleição no diagnóstico desta entidade.

Palavras-chave: *Imunodeficiência primária. Pneumonia pneumocócica.*

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM CASO DE H1N1

H. Carneiro, M.J. Silva, G. Silva*, F. Paula, F. Frois, L. Ferreira, L. Telo

Serviço de Medicina III, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte. Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Serviço de Pneumologia II, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Mulher, de 21 anos de idade, manicure, natural de Minas Gerais, a residir em Portugal há 2 anos, saudável, sem antecedentes pneumológicos, não fumadora e sem outros factores de risco. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia e toracalgia anterior direita irradiada para o ombro homolateral. Dois dias antes, teria sido medicada com anti-inflamatórios não esteróides e relaxantes musculares sem alívio. Referiu quadro viral com sintomatologia ligeira 1 semana antes que cedeu à terapêutica sintomática, sem necessidade de recurso médico hospitalar. No dia em que recorreu ao SU encontrava-se prostrada, sem sinais de dificuldade respiratória, eupneica e com saturações periféricas de oxigénio de 97% em ar ambiente. Hipotensa e taquicárdica (TA: 77/34 mmHg e FC 145 batimentos por minuto) com murmúrio vesicular diminuído à direita na auscultação pulmonar, apresentando na percussão e palpação semiologia de derrame/pneumonia. O restante exame objectivo era negativo. Realizados exames de imagem (radiografia torácica e tomografia computadorizada torácica) que confirmaram imagens sugestivas de pneumonia com condensação e broncograma aéreo do lobo inferior direito, atelectasia passiva do parênquima pulmonar subjacente, extenso empiema à direita e pneumotórax anterior direito. Realizada drenagem torácica com saída de líquido purulento e isolamento da estirpe bacteriana *Streptococcus pyogenes* grupo A Lancefield, metilcilina sensível. A pesquisa dos antígenos da legionella e pneumococos na urina foi negativa. As culturas do bacilo de Kock, Legionella e HIV do sangue e líquido pleural foram negativas. O resultado da urocultura foi negativo. Não se isolou SAMR. Identificou-se no exsudado faríngeo em zaragatoa o vírus H1N1 por RT-PCR. Por apresentar shock séptico e hipoxémia grave com acidose respiratória foi internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pneumológicos (UCIP). Foi medicada com Oseltamivir, Amoxicilina/Clavulanato, Azitromicina e cinesiterapia respiratória. Assistiu-se a uma lenta mas progressiva recuperação respiratória hemodinâmica, sem necessidade de recurso à ventilação mecânica.

No entanto, foi necessário recorrer à descorticação pleural (VATS) para drenagem e limpeza do empiema atendendo à sua persistência e loculação, com componente cisural e ligeiro colapso passivo do lobo inferior direito. Ao fim de 27 dias de internamento, teve alta assintomática, eupneica e hemodinamicamente estável passando a ser acompanhada em consulta da especialidade.

Conclusões: O interesse deste caso é o facto de numa doente saudável, sem patologia prévia e imunocompetente mas provavelmente colonizada com *Streptococcus pyogenes*, a infecção pelo vírus da gripe A, H1N1, predispor-la a uma pneumonia grave com empiema fibrinoso. O *Streptococcus pyogenes* é um agente menos comum de infecção pneumológica grave com shock séptico, infectando apenas 2 a 3% dos adultos. Este modo de apresentação não é vulgar com esta estirpe bacteriana (onde predominam as faringo-amigdalites e as infecções dérmicas) sendo a raridade e gravidade do quadro por este tipo de agente, numa doente sem factores predisponentes, em que se detecta concomitantemente uma infecção pelo vírus da gripe A o motivo que justificou a sua divulgação.

Palavra-chave: *Pneumonia e H1N1.*

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS INFANTIS, STRESS INFANTIL E STRESS PARENTAL

C. Pedro, A. Papoila, I. Caires, J.M. Martins, J. Marques, P. Martins, P. Paixão, P. Pinto, S.V. Santos, N. Neuparth

Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Esta investigação, centrada nas infeções respiratórias na criança, visou o estudo da relação do *stress* parental e da satisfação

conjugal com: (a) variáveis individuais dos pais, e variáveis sociodemográficas, (b) o cortisol urinário de 24h na criança, indicador primário da fisiologia do *stress*. Propôs-se um estudo longitudinal, cujas dimensões em análise foram avaliadas e comparadas em dois momentos: Tempo 1 (Verão) e Tempo 2 (Inverno). Os participantes (com idades entre os 6 meses e os cinco anos) e respetivos pais distribuem-se por dois grupos em função do número de infeções respiratórias da criança ser alto ou baixo. A sintomatologia da doença respiratória foi identificada de acordo com informação obtida no âmbito do projeto ENVIRH (financiado pela FCT e no qual a presente pesquisa se ancorou), cujo objetivo é o estudo da qualidade do ar nas escolas e sua relação com a saúde e o bem-estar das crianças. No Tempo 1 foram recolhidos 475 questionários relativos ao *stress* parental, satisfação conjugal e variáveis sócio-demográficas dos pais e 102 amostras de urina da criança (para determinar o cortisol urinário de 24h na criança, indicador primário da fisiologia do *stress*) e esta informação foi relacionada com a informação recolhida nos 475 questionários relativos às doenças respiratórias destas respetivas crianças. Desta forma pretende-se perceber se existe alguma associação entre crianças com maior número de infeções respiratórias terem ou não, por um lado, um nível mais elevado de cortisol na sua análise de urina de 24h e, por outro, pais com um nível de *stress* parental mais elevado e uma menor satisfação conjugal.

Esta investigação tem o apoio financeiro da FCT, cujas referências são: Projeto ENVIRH - PTDC/SAU-ESA/100275/2008. Bolsa de Doutoramento FCT - SFRH/BD/75970/2011.

Palavras-chave: *Infeções respiratórias infantis. Stress parental. Cortisol urinário.*