



## COMUNICAÇÕES

# 6º Congresso de Pneumologia do Centro

Viseu, Centro de Congressos do Hotel Montebelo, 25 e 26 de Junho de 2015

### CO1. POLIMORFISMO DAS ENZIMAS DAS FASES I E II DO METABOLISMO COMO MODULADORES DA SUSCETIBILIDADE PARA O CANCRO DO PULMÃO

P. Mota<sup>1</sup>, H.C. Silva<sup>2</sup>, M.J. Soares<sup>3</sup>, A. Pego<sup>4</sup>, M. Loureiro<sup>4</sup>, C. Robalo Cordeiro<sup>4</sup>, F.J. Regateiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Pneumologia da Universidade de Coimbra, Departamento de Química, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra. <sup>2</sup>Unidade de Genética Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra e CIMAGO (Centro de Investigação do Cancro, Genética e Ambiente).

<sup>3</sup>Unidade de Psicologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. <sup>4</sup>Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE e Centro de Pneumologia da Universidade de Coimbra.

**Introdução:** A exposição ao fumo do tabaco permanece como o principal fator etiológico para o cancro do pulmão (CP). As interações entre o ambiente e o perfil genético de um indivíduo são particularmente importantes nesta doença. Este estudo teve como principal objetivo avaliar a contribuição dos polimorfismos de *CYP1A1\*2A*, *CYP1A1\*2C*, *CYP2D6\*4*, *GSTP1*, *GSTM1*, *GSTT1* e *NAT2* na suscetibilidade para o CP, numa população portuguesa, tendo em consideração as suas características demográficas e clínicas.

**Métodos:** Foram estudados 200 indivíduos com CP e 247 indivíduos controlos, internados na Unidade de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), provenientes da região centro do país. As características clínicas e demográficas foram obtidas a partir dos ficheiros clínicos e através do preenchimento de um questionário individual. Os polimorfismos dos genes *CYP1A1\*2A*, *CYP1A1\*2C*, *CYP2D6\*4*, *GSTP1*, *GSTM1*, *GSTT1* e *NAT2* foram avaliados através da aplicação das técnicas PCR-RFLP, PCR multiplex, ARMS e a “tempo real”.

**Resultados:** As características tais como género, história familiar de cancro, cessação tabágica e consumo de álcool revelaram-se estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). As associações encontradas entre as enzimas das fases I e II e a população com CP, revelaram uma distribuição dependente do sexo. Estudos de regressão logística demonstraram que um aumento de atividade das enzimas do citocromo P450 (*CYP*), associada a uma atividade reduzida ou nula das enzimas da fase II (*GST*) poderá conduzir a um risco superior.

Quando são apenas considerados os homens fumadores, os polimorfismos estudados dos genes *GSTP1* e *NAT2* parecem contribuir significativamente para o tipo histológico e a presença de metástases, na altura do diagnóstico.

**Conclusões:** Interações múltiplas entre o ambiente e as características de um indivíduo estão claramente associadas a esta doença. As variantes estudadas dos genes do metabolismo parecem atuar de forma sinérgica contribuindo para esta doença e alterando o risco associado com o consumo de tabaco e com o sexo. Os polimorfismos *GSTT1\*0* e *GSTP1 (Ile462Val)* parecem contribuir para o fenótipo maligno através de mecanismos diferentes.

**Palavras-chave:** Cancro do pulmão. Polimorfismos. Suscetibilidade.

### CO2. NEOPLASIAS PULMONARES METÁCRONAS NO TRANSPLANTE PULMONAR - QUANDO SURTEM NO PULMÃO DO DADOR

D. Rodrigues, M.A. Galego, J. Amado, J.M. Borro Maté, J. Ferreira, A.P. Vaz

*Pneumologia da ULS Matosinhos/Hospital Pedro Hispano.*

**Introdução:** O cancro do pulmão (CP) é raro em doentes transplantados pulmonares. Os casos descritos na literatura reportam mais frequentemente situações em que o CP surge no pulmão nativo de doentes transplantados com história tabágica associada. Os autores apresentam um caso em que foram diagnosticadas duas neoplasias pulmonares metácronas no pulmão do dador que foi selecionado para um doente não fumador com silicose maciça progressiva (SMP). **Caso clínico:** Trata-se de um doente de 43 anos submetido a transplante unipulmonar esquerdo no Complexo Hospitalar A Corunha em 2011. O dador era fumador e a tomografia computadorizada (TC) torácica realizada previamente à recolha do órgão não mostrava alterações. Aos dois anos de transplante é diagnosticado um nódulo de novo no lobo superior esquerdo (LSE) do pulmão do dador. A PET/CT mostrou captação ávida de FDG no nódulo descrito e nas áreas envolvidas pela silicose (gânglios broncohilares direitos, mediastínicos bilaterais e massa peri-hilar direita). Os colegas da Corunha optaram por prosseguir diretamente para cirurgia com a

realização de ressecção atípica do nódulo e exérese de um gânglio periaórtico por VATS. O resultado anatomopatológico revelou um carcinoma epidermóide e ausência de malignidade no gânglio excisado (pT1aNx). Em reunião de grupo optou-se por atitude conservadora e vigilância clínica, contudo, dois anos mais tarde os colegas da Corunha constatarem o aparecimento de dois novos nódulos no LSE (PET/CT positivo). Naquele Hospital é decidido prosseguir para a cirurgia com a realização de uma segunda ressecção atípica do LSE e exérese dos nódulos. A histologia de um dos nódulos revelou uma adenocarcinoma de primário pulmonar (pT1aNx) e o segundo nódulo foi compatível com carcinoma epidermóide (pT1aNx). Um mês depois o doente foi internado por abscesso com ponto de partida na loca cirúrgica e posteriormente desenvolveu um quadro compatível com rejeição aguda. Com o tratamento médico obteve-se estabilização clínica, embora com declínio acentuado da capacidade funcional. O prognóstico atual é reservado, não sendo candidato a retransplante pulmonar.

**Discussão:** Este caso levanta questões relevantes quanto aos critérios de seleção dos doadores para transplante pulmonar e quanto à abordagem da neoplasia pulmonar diagnosticada no pós-transplante.

**Palavras-chave:** *Transplante. Pulmão. Neoplasias. Metástases.*

### CO3. APLICAÇÃO DE NOVA TERMINOLOGIA NA ASPERGILOSE PULMONAR

F. Ferro, S. Alfarroba, T. Abreu, P. Barradas, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, CHLN.*

**Introdução:** Dentro do espetro tradicional da aspergilose pulmonar, a aspergilose crónica necrotizante e o aspergiloma podem ser difíceis de distinguir, existindo overlap frequente. Recentemente, foi proposta a terminologia aspergilose pulmonar crónica agregando aspergiloma, aspergilose pulmonar crónica necrotizante e aspergilose pulmonar crónica cavitária. O diagnóstico diferencial entre as duas últimas obriga, respetivamente, à identificação da presença ou ausência de invasão tecidual por hifas.

**Objectivos:** Revisão de casos clínicos à luz da nova proposta de terminologia.

**Métodos:** Estudaram-se três doentes, com diagnósticos de aspergiloma e de aspergilose pulmonar crónica. Analisaram-se ainda os processos das consultas de seguimento para o estudo da evolução dos casos.

**Resultados:** Os doentes revistos, dois homens e uma mulher, com idades entre os 38 e 78 anos, apresentavam como doenças pulmonares de base tuberculose (2 casos), doença pulmonar obstrutiva crónica (2 casos) e neoplasia do pulmão em remissão (1 caso). Os diagnósticos foram assumidos por imagiologia e isolamento de *Aspergillus* no lavado broncoalveolar (*Aspergillus fumigatus* num caso, *Aspergillus niger* nos restantes). Dois exibiam cavidades imagiológicamente documentadas em estudos prévios, sugerindo o diagnóstico de aspergilose pulmonar crónica cavitária. Contudo, a ausência de exames histopatológicos impossibilitou a distinção clara da entidade clínica subjacente nos três casos. Todos os doentes receberam tratamento com voriconazol, entre 5 semanas a 5 meses. Atualmente dois doentes encontram-se assintomáticos. A terceira teve um diagnóstico posterior de aspergiloma num lobo adjacente, com isolamento de *Aspergillus fumigatus*. Recebeu novo tratamento com voriconazol e posteriormente foi submetida a lobectomia, para controlo de hemoptises.

**Conclusões:** Apesar de terem tratamento semelhante e sobreposição clínica, a aspergilose pulmonar crónica necrotizante e a asper-

gilose pulmonar crónica cavitária necessitam de exame histopatológico para diagnóstico diferencial. Vários autores alertam que esta nova terminologia poderá ter apenas importância na classificação de doentes para ensaios clínicos, mas pouca utilidade prática. De facto nenhum dos três casos revistos foi passível de classificação de acordo com a terminologia proposta. Assim, sugere-se a utilização do termo aspergilose pulmonar crónica progressiva de forma a englobar ambas as patologias.

**Palavras-chave:** *Aspergilose pulmonar crónica. Aspergiloma. Aspergilose pulmonar crónica necrotizante. Aspergilose pulmonar crónica cavitária.*

### CO3. NEW TERMINOLOGY APPLICATION IN PULMONARY ASPERGILLOSIS

F. Ferro, S. Alfarroba, T. Abreu, P. Barradas, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, CHLN.*

**Introduction:** Within the traditional spectrum of pulmonary aspergillosis, chronic necrotizing pulmonary aspergillosis and aspergilloma can be difficult to distinguish, with frequent overlap between both. Recently, chronic pulmonary aspergillosis, which includes aspergilloma, chronic necrotizing pulmonary aspergillosis and chronic cavitary pulmonary aspergillosis, was proposed as an alternative terminology. However, the differential diagnosis between the latter two still requires the evaluation of tissue invasion by hyphae.

**Objectives:** Review of clinical cases in the light of the proposed new terminology.

**Methods:** Three patients diagnosed with aspergilloma and chronic necrotizing pulmonary aspergillosis were studied. The evolution of the cases was also studied by analyzing the follow-up appointments.

**Results:** The revised patients, two men and a woman aged between 38 and 78 years, presented as comorbid lung disease TB disease (2 cases), chronic obstructive pulmonary disease (2 cases) and lung cancer in remission (1 case). The diagnoses were made by imaging techniques and by isolation of *Aspergillus* in bronchoalveolar lavage (*Aspergillus fumigatus* in one case, *Aspergillus niger* in the remaining). Two revealed cavities that were documented in previous studies, suggesting a diagnosis of chronic pulmonary aspergillosis. However, the absence of histopathological examinations prevented the clear distinction of the underlying clinical entity in the three cases. All patients received treatment with voriconazole, from 5 weeks to 5 months. Currently two patients are asymptomatic. The third had a subsequent diagnosis of aspergilloma in an adjacent lobe, with isolation of *Aspergillus fumigatus*. She received further treatment with voriconazole and was afterwards submitted to lobectomy for hemoptysis control.

**Conclusions:** Although they have similar treatment and clinical overlapping, chronic necrotizing pulmonary aspergillosis and chronic cavitary pulmonary aspergillosis require histopathological examination for a correct differential diagnosis. Several authors acknowledged that the new terminology may have importance in patient classification for clinical trials, but little practical use. In fact none of the three revised cases could be classified according to the proposed terminology. Thus, it is suggested the use of the term progressive chronic pulmonary aspergillosis to comprise both pathologies.

**Key words:** *Chronic pulmonary aspergillosis. Aspergilloma. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis. Chronic cavitary pulmonary aspergillosis.*

## ONCOLOGIA

### P01. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO E SARCOIDOSE: QUANDO PERMANECE A DÚVIDA

T. Abrantes, J. Silva, M. Sousa, V. Melo, E. Silva, J. Vale, A. Bento, S. Torres

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu.*

**Introdução:** O adenocarcinoma é o tipo histológico de neoplasia mais frequentemente diagnosticado a nível pulmonar, surgindo com frequência associado ao sexo feminino e inclusivamente em não-fumadores.

**Caso clínico:** Mulher, 80 anos, reformada, não fumadora, antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Alzheimer, colocação de pacemaker e valvuloplastia mitral. Medicada com enalapril 5 mg, sinvastatina 10 mg, sertralina 50 mg, alprazolam 0,5 mg, ac. acetilsalicílico 100 mg, furosemida 10 mg e omeprazol 20 mg. Enviada à Consulta Externa (CE) de Pneumologia Geral proveniente da CE Medicina Interna onde era seguida por queixas com 2 meses de evolução de astenia, tosse seca de predomínio nocturno e investigação de anemia microcítica. Sem dispneia, anorexia, perda ponderal, hipersudorese nocturna e/ou febre. Havia realizado TC-TAP que revelou adenopatias supraclaviculares, axilares direitas e mediastínicas bem como imagem nodular, de contornos espiculados, 3,5 cm x 3 cm, no LSD com broncograma aéreo. Exame físico sem alterações. Analiticamente com anemia microcítica ferripriva, elevação do CEA e restante estudo dentro da normalidade (ECA, calcemia, enzimas hepáticas e auto-imunidade). Efetuou excisão de adenopatia axilar direita que revelou linfadenite granulomatosa com granulomas do tipo sarcóide. EFR dentro da normalidade. Gasimetria arterial sem insuficiência respiratória. Efetuou-se VBF que não revelou lesões endobrônquicas. Realizada biópsia transbrônquica no LSD que mostrou parênquima pulmonar normal. Aspirado brônquico negativo para BK, sem desenvolvimento bacteriano ou de micobactérias. Citologia com predomínio de macrófagos e ausência de células neoplásicas. Imunofenotipagem com CD4/CD8 de 2,07. Por se manter indefinição quanto à natureza do nódulo pulmonar, foi submetida a excisão cirúrgica cujo diagnóstico histopatológico foi de adenocarcinoma misto do pulmão.

**Discussão:** A manutenção de elevada suspeição clínica perante resultados incongruentes deverá ser sinónimo de marcha diagnóstica exaustiva, com vista a esclarecimento etiológico claro e adequado plano terapêutico.

**Palavras-chave:** *Nódulo. Anemia. Sarcoidose. Adenocarcinoma.*

### P02. ESTRIDOR - À PROCURA DA ETIOLOGIA

E. Padrão, C. Damas

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

**Introdução:** O estridor é um sintoma frequentemente associado a obstrução da via aérea superior, que deve ser prontamente investigado e que apresenta diversas etiologias. De entre estas, destaca-se a aspiração de corpo estranho, disfunção das cordas vocais, presença de lesão neofomativa ou compressão extrínseca da via aérea. A sua abordagem depende da etiologia subjacente, podendo ser necessário proceder à entubação do doente ou mesmo à realização de traqueostomia.

**Caso clínico:** Homem, de 72 anos, ex-fumador (50 UMA). Diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar estágio IIIB em setembro de

2013, sob quimioterapia de manutenção com pemetrexed. Em junho de 2014 foi admitido no serviço de urgência do CHSJ por estridor e dispneia, referindo associadamente disfagia para sólidos e líquidos com cerca de 1 mês de evolução. À admissão apresentava-se com estridor inspiratório e expiratório, sem insuficiência respiratória, mas com alcalose respiratória (GSA (FIO2 21%): pH 7,54; pCO<sub>2</sub> 27,4 mmHg; pO<sub>2</sub> 76,1 mmHg; HCO<sub>3</sub> 22,7 mmol/L). À avaliação por ORL, foi documentada paralisia da corda vocal direita e parésia da esquerda, sem outras alterações objetiváveis. Efetuou broncofibroscopia, que não revelou lesões obstrutivas na hipofaringe ou traqueia, sem evidência de traqueomalácia. Na endoscopia digestiva alta não se identificaram lesões a condicionar a passagem do endoscópio. Na tomografia computadorizada cerebral e da coluna cervical não se identificaram lesões secundárias sugestivas de metastização. Para esclarecimento etiológico de disfunção das cordas vocais, efetuou ressonância magnética cerebral, que revelou a presença de lesões nodulares hipercaptantes no compartimento infratentorial, encontrando-se dispersas por ambos os hemisférios cerebelosos. Pelo facto de estas lesões envolverem o núcleo do nervo vago (X par), assumiu-se, conjuntamente com Neurologia, o envolvimento neurológico central como a etiologia do estridor.

**Discussão:** Com este caso clínico, as autoras pretendem destacar a importância do estudo etiológico do estridor pelo inerente compromisso da via aérea, que se pode assumir como fatal. Em casos com doença oncológica estabelecida, a evidência de metastização com compromisso neurológico deve ser equacionada nas hipóteses diagnósticas.

**Palavras-chave:** *Estridor. Adenocarcinoma. Metastização. Cerebelo.*

### P03. TUMOR DA CICATRIZ - UMA ENTIDADE ESQUECIDA

M. Afonso, L. Santos, J. Cemlyn-Jones, A. Pêgo

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

**Introdução:** O tumor pulmonar da cicatriz (TPC) é um tipo de neoplasia pulmonar com origem em cicatrizes periféricas do parênquima, resultantes de uma variedade de infeções, lesões e doenças pulmonares. Os TPC correspondem geralmente a adenocarcinomas subpleurais, com atingimento pleural.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 77 anos de idade, enviado ao Serviço de Urgência por pico hipertensivo, referindo concomitante dor na grelha costal direita com alguns meses de evolução. Referência a antecedentes de carcinoma epidermóide bem diferenciado da laringe, sujeito a laringectomia e radioterapia, e recensão pulmonar de tuberculoma cerca 2 anos antes. Ex-fumador. Ao exame objetivo foi identificado nódulo duro, no local de cicatriz de toracotomia, aderente aos planos profundos, cuja análise histológica revelou ser uma metástase de adenocarcinoma pulmonar. A tomografia computadorizada identificou *de novo* nódulo justapleural no segmento posterior do lobo superior direito, nódulo no lobo superior esquerdo, metástase supra-renal esquerda e da parede torácica direita e o cintigrama osteoarticular múltiplas lesões secundárias dispersas. O doente iniciou radioterapia paliativa da lesão da parede torácica.

**Discussão:** Os autores apresentam este caso pela raridade da entidade clínica, frequentemente ignorada, e que consideram renovar dúvidas quanto à necessidade de monitorização adicional de doentes com lesões pulmonares cicatriciais, no contexto de desenvolvimento de lesões neoplásicas, nomeadamente quando são identificados fatores de risco.

**Palavras-chave:** *Tumor da cicatriz.*

#### P04. PNEUMECTOMIA EXTRAPLEURAL POR MESOTELIOMA MALIGNO - EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS

A.L. Garcia, T.A. Nogueira, R. Pancas, J. Bernardo, M.J. Antunes

*Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, HUC.*

**Introdução:** O mesotelioma maligno da pleura é um tumor agressivo, que tem origem em células mesoteliais ou subserosas da cavidade pleural. É considerado um tumor raro, tendo-se verificado um aumento da sua incidência nos últimos anos. O mesotelioma pleural maligno tem como principal fator etiológico a exposição ao amianto, o que explica o aumento da sua incidência desde 1960. O objectivo deste trabalho foi avaliar os resultados dos pacientes sujeitos a pleuro-pneumectomia extra-pleural no nosso centro, descrevendo os resultados perioperatórios e de *follow-up* destes pacientes.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, que envolveu todos os doentes com diagnóstico de mesotelioma pleural maligno (7 doentes), submetidos a pneumectomia extrapleural, no período compreendido entre Janeiro-2004 e Janeiro-2014. A pneumectomia extrapleural consiste na ressecção em bloco da pleura parietal, diafragma homolateral e pericárdio. Os doentes eram maioritariamente do sexo masculino (57%) e apresentavam uma média de idades de 55 anos (40-66 anos).

**Resultados:** O sintoma de apresentação mais frequente foi a dispneia (5 doentes), seguido da toracalgia (4 doentes), tosse e astenia (3 casos) e anorexia (1 doente). Apenas 29% dos doentes tinham contacto conhecido com o amianto e 57% eram fumadores. 71% dos doentes tinham doenças crónicas associadas, principalmente hipertensão arterial e diabetes mellitus. A maioria dos doentes foram submetidos a QT ou RT neoadjuvante. As complicações pós-operatórias foram raras, um doente teve como complicação imediata da cirurgia hemorragia pós-operatória com necessidade de revisão cirúrgica da hemóstase e outro doente tromboembolia pulmonar que resultou no seu falecimento no 2º dia pós-operatório. O tempo médio de internamento pós-operatório foi de 8 dias. Todos os doentes realizaram quimioterapia ou radioterapia adjuvante. O tempo médio de sobrevida foi de 21 meses (0-47,7 meses). O tempo médio de sobrevida aos 6, 24 e 48 meses foi de  $83,3 \pm 15,2\%$ ,  $44,4 \pm 22,2\%$  e  $22,2 \pm 19,2\%$ .

**Conclusões:** Existem poucas evidências sobre a eficácia da pneumectomia extra-pleural para o tratamento do mesotelioma. O tratamento multidisciplinar efetuado, que consiste em quimioterapia neoadjuvante, seguida de pneumectomia extrapleural e quimioterapia/radioterapia adjuvantes parece ter resultados sobreponíveis aos de outros estudos.

**Palavras-chave:** *Pneumectomia extrapleural. Mesotelioma. Sobrevida.*

#### P05. TUMOR DESMÓIDE DA PAREDE TORÁCICA

P.S. Santos, C. Cruz, A. Pego

*Serviço de Pneumologia A, CHUC/HUC.*

**Introdução:** O tumor desmóide é um tipo raro de neoplasia de tecidos moles que não causa metástases, mas com elevado poder de infiltração das estruturas adjacentes. É mais frequente no género feminino, entre a segunda e a quinta década de vida. A ressecção cirúrgica com margens alargadas é o tratamento de eleição.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 75 anos de idade, que iniciou dor dorsal esquerda, tendo realizado vários exames complementares, entre os quais, TC torácica que revelou massa no lobo superior do campo pulmonar esquerdo. Posteriormente, realizou biópsia transtorácica, cujo resultado histológico mostrou tratar-se de um tumor desmóide da parede torácica, tendo sido submetida a exérese da lesão. Passados 6 meses, por apresentar dor pré-cor-

dial, que não cedia a analgésicos, realizou TC torácica que mostrou nova formação tumoral localizada na face postero-lateral do lobo superior do hemitórax esquerdo. Por esse motivo, realizou novamente biópsia transtorácica, cuja histologia revelou tratar-se de recidiva do tumor desmóide, sendo submetida a ressecção da lesão. No entanto, não foi possível a remoção completa da massa por esta se localizar no ápex e envolver a artéria vertebral. Três meses após a cirurgia, repetiu TC torácica que revelou aumento das dimensões da massa tumoral. Nesta fase, sem indicação cirúrgica ou para radioterapia, iniciou ciclo de quimioterapia com carboplatina e etoposido, com redução das dimensões da massa após 6 ciclos, o que permitiu realização de radioterapia, após o término da qual, não se verificou mais evidência da lesão. Desde então, passados 15 anos, não voltou a apresentar recidiva tumoral.

**Discussão:** O tumor desmóide é uma neoplasia benigna com elevada taxa de recidiva locorregional pós-cirúrgica, estando a radioterapia indicada como adjuvante nos casos de ressecção incompleta ou inviável. No caso descrito, verificou-se dois episódios de recidiva após cirurgias de ressecção, com necessidade posterior de radioterapia e quimioterapia concomitante. Após a terapêutica efetuada, não voltou a apresentar qualquer evidência da lesão.

**Palavras-chave:** *Tumor desmóide. Parede torácica.*

#### P06. TERÃO TODOS OS TUMORES TORÁCICOS UM DESFECHO FATAL?

J. Parreira<sup>1</sup>, L. Ferreira<sup>1</sup>, J.M. Silva<sup>1</sup>, R. Gomes<sup>1</sup>, C. Santos<sup>2</sup>, M. Reis<sup>1</sup>, F. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia;* <sup>2</sup>*Serviço de Medicina Interna, Hospital Sousa Martins, Guarda.*

**Introdução:** Uma massa torácica, sintomática ou assintomática, representa uma situação extremamente preocupante devido à possibilidade de se tratar de uma neoplasia maligna, cujo prognóstico é reservado. Neste caso clínico, abordar-se-á um exemplo de um tumor torácico raro, mas com um bom prognóstico.

**Caso clínico:** Trata-se de um homem, de 76 anos, raça caucasiana, residente no distrito da Guarda, fumador de 100 UMA e com antecedentes de cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 e HTA. Recorreu ao SAP da sua área de residência por quadro de dor retroesternal com irradiação para os ombros e dorso. A dor agravava com o decúbito e não tinha relação com o esforço. Havia também referência a episódios semelhantes no passado. Foi transferido para o Hospital de São Teotónio por suspeita de síndrome coronário agudo (SCA). Após exames complementares, excluiu-se SCA e verificou-se a presença de anemia e derrame pleural esquerdo, pelo que foi transferido para o hospital da área de residência para estudo etiológico. Foi então pedido uma TC de tórax para estudo de hipotransparência na base esquerda, que revelou massa sólida e heterogénea com 11,5 cm de maior eixo ocupando o fundo de saco pleural posterior e interno esquerdo, de possível etiologia tumoral com derrame pleural esquerdo e colapso parcial do LIE, provavelmente de natureza compressiva. A broncofibroscopia revelou brônquios fendados na pirâmide basal esquerda, tendo-se realizado minilavados dirigidos que se revelaram negativos para células malignas. Realizou biópsia transtorácica cujo resultado histológico revelou um tumor fibroso solitário da pleura. Posteriormente, foi orientado para ressecção cirúrgica no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, mantendo-se atualmente em *follow-up*.

**Discussão:** O tumor fibroso solitário da pleura é um tumor mesenquimal raro de origem fibroblástica que na maioria das vezes é benigno. Tem um crescimento lento, pelo que num terço dos casos o diagnóstico é acidental e o tratamento é a sua reção total, associando-se a um prognóstico favorável na maioria dos casos.

**P07. SCHWANNOMA TORÁCICO: CASO RARO**

J.P. Silva, C. António, V. Melo, M. Sousa, T. Abrantes, S. Figueiredo, S. Torres

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu.*

**Introdução:** Os schwannomas são tumores raros com origem nas células de revestimento das bainhas nervosas ou células de Schwann e representam cerca de 30% das lesões intradurais extra-medulares. Os schwannomas torácicos manifestam-se mais frequentemente na quarta ou quinta década de vida, sem predomínio por género, são tipicamente assintomáticos e apresentam geralmente uma morfologia em “halter” com localização paravertebral no estudo imagiológico.

**Caso clínico:** Mulher de 68 anos, com antecedentes de diabetes, hipertensão e dislipidemia, não fumadora, que foi referenciada à urgência de Pneumologia por suspeita de neoplasia do pulmão. Referia quadro clínico de tosse seca com cerca de 2 meses de evolução, sem sintomatologia constitucional, tendo realizado em ambulatório Rx-tórax que demonstrou hipotransparência nodular paramediastínica direita e TC tórax que revelou um nódulo sólido de contornos regulares no lobo superior direito, de localização paravertebral com 2,75 cm de diâmetro e forte captação de contraste. Analiticamente não apresentou alterações relevantes. Na videobroncofibroscopia não se observaram alterações macroscópicas endobrônquicas e o estudo citológico do aspirado brônquico e biópsias brônquicas foram inconclusivos. A PET-CT mostrou hipercaptação de FDG-18F e elevado grau de suspeição de malignidade no referido nódulo. Realizou biópsia torácica guiada por TC cujo exame morfológico e imunofenotípico foi compatível com schwannoma.

**Discussão:** A utilização da PET no estudo de nódulos/massas intratorácicas suspeitas de neoplasias do pulmão pode induzir a resultados falso-positivos, como por exemplo em patologia inflamatória e lesões benignas ou de baixo grau de malignidade. A absorção de FDG-18 pelo schwannoma é muito variável, podendo apresentar captação elevada o que habitualmente obriga à realização de biópsia da lesão para o diagnóstico diferencial com neoplasias malignas. Os schwannomas têm geralmente um comportamento benigno, embora estejam descritas recorrências mesmo após tratamentos mais agressivos. A opção terapêutica mais comum é a excisão cirúrgica, complementada por vezes com radioterapia.

**Palavras-chave:** Schwannoma. Torácico. Nódulo. Pulmão.

**P08. LIPOSSARCOMA DO MEDIASTINO: INCIDENTALOMA RARO**

J.P. Silva, T. Abrantes, M. Sousa, V. Melo, A. Reis, S. Torres

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu.*

**Introdução:** O lipossarcoma é a neoplasia de origem mesenquimal maligna mais comum em adultos, embora a localização no mediastino seja extremamente rara. Pode atingir grandes volumes e a clínica depende da compressão de estruturas vizinhas.

**Caso clínico:** Doente de 76 anos, com queixas de dor retroesternal de características pleuríticas, tosse seca, pieira ocasional e dispneia grau 1 mMRC com alguns anos de evolução, não valorizadas pelo próprio. Antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2 e adenocarcinoma in situ do cólon, motivo pelo qual realizou TC-toracoabdominopélvica de estadiamento que revelou massa lipomatosa adjacente ao bordo cardíaco direito, em contacto com o folheto externo do pericárdio e com a parede torácica anterior, com 11,4 cm de maior diâmetro e textura heterogénea esboçando septos no seu interior. Apresenta nas provas de função respiratória síndrome ventilatória moderadamente grave com prova de broncodilatação positiva. Testes cutâneos de alergia negativos. Foi submetido a ressecção cirúrgica da massa e o exame anatomopatológico foi compatível com lipossarcoma bem diferenciado com invasão das margens cirúrgicas. Estão programadas sessões de radioterapia adjuvante.

**Discussão:** Os lipossarcomas são mais comuns no compartimento anterior do mediastino. O tratamento recomendado é a cirurgia com possibilidade de radioterapia adjuvante. Aproximadamente 40% dos lipossarcomas do mediastino recidivam após a cirurgia e isto está relacionado com a incapacidade de obter em muitos casos excisões completas com margens adequadas.

**Palavras-chave:** Lipossarcoma. Mediastino. Massa.

**P09. CARCINOMA EPITELIAL-MIOEPITELIAL PRIMÁRIO DO PULMÃO COM COMPORTAMENTO AGRESSIVO**

L. Santos, M. Afonso, T.M. Alfaro

*Serviço de Pneumologia A, CHUC.*

**Introdução:** O carcinoma epitelial-mioepitelial primário do pulmão é um tumor raro e de baixo grau, com origem nas glândulas traqueobrônquicas submucosas, consideradas o equivalente pulmonar das glândulas salivares minor. Geralmente surge em pacientes de meia-idade e apresenta pequenas dimensões ao diagnóstico.

**Caso clínico:** Homem de 52 anos, fumador (55 UMA), sem outros antecedentes de relevo, com quadro de astenia, anorexia, emagrecimento (8% do peso corporal) e hemoptises com um mês de evolução. A radiografia torácica revelou massa para-hilar, desvio da traqueia e elevação da hemicúpula diafragmática direita. Nesse contexto realizou broncofibroscopia que mostrou hemorragia activa e abundante de aparente origem no brônquio lobar superior direito, aspecto infiltrativo da mesma e alargamento do respectivo esporão, onde se realizaram biópsias, não tendo sido possível a avaliação a jusante por diminuição do calibre do brônquio intermediário. Analiticamente apresentava anemia (11,7 g/dL), leucocitose (12,0 G/L) com neutrofilia (70,9%), hiponatremia (132 mmol/L), elevação do LDH (389 U/L) e da PCR (3,17 mg/dL) com procalcitonina negativa e coagulação normal. A tomografia computadorizada (TC) torácica mostrou lesão tumoral hilar heterogénea, com 9,4 x 7,9 cm, e invasão da veia cava superior, do ramo direito da artéria pulmonar, carina e brônquios principais. Associavam-se nódulos pulmonares esquerdos, espessamento da pleura no seio costofrénico direito, um nódulo sólido hepático e dois nódulos na supra-renal direita, compatíveis com metástases. A histologia da biópsia brônquica revelou um carcinoma epitelial-mioepitelial do tipo das glândulas salivares do pulmão. A TC crânio-encefálica e a cintigrafia óssea não mostraram alterações.

**Discussão:** Os autores apresentam este caso pela raridade do diagnóstico obtido, com particular interesse pela apresentação agressiva quer localmente quer à distância, bastante atípica para esta forma de tumor. O carcinoma epitelial-mioepitelial pulmonar surge maioritariamente como massa endobrônquica polipóide, podendo também desenvolver-se no parênquima pulmonar, resultando em sintomatologia e, conseqüentemente, diagnóstico precoce. O seu crescimento é geralmente indolente e sem invasão à distância, permitindo terapêutica local.

**Palavras-chave:** Carcinoma epitelial-mioepitelial pulmonar. Glândulas salivares. Metastatização.

**P09. PRIMARY EPITHELIAL MYOEPITHELIAL LUNG CARCINOMA WITH AGGRESSIVE BEHAVIOR**

L. Santos, M. Afonso, T.M. Alfaro

*Serviço de Pneumologia A, CHUC.*

**Introduction:** Primary epithelial myoepithelial lung carcinomas are a rare low-grade malignancy, originating from submucosal bronchial glands, which are considered the pulmonary counterpart of the mi-

nor salivary glands. It usually occurs in middle aged patients, having a small size at diagnosis.

**Case report:** A 52-year-old male smoker (55 packs/year) with no remarkable history, presented with asthenia, anorexia, weight loss (8% of body weight) and hemoptysis in the previous month. A chest radiograph showed a right parahilar mass, tracheal deviation and hemidiaphragm elevation. He underwent bronchoscopy that showed active abundant hemorrhage with an apparent origin in right upper lobe bronchus (RULB), as well as an infiltrative appearance of the right bronchial tree and widened RULB spur, which was biopsied. It was not possible to evaluate downstream due to severe narrowing of the bronchus intermedius. Blood tests showed anemia (11.7 g/dL), leukocytosis (12.0 G/L) with neutrophilia (70.9%), hyponatremia (132 mmol/L), LDH (389 U/L) and PCR (3.17 mg/dL) elevation with negative procalcitonin, and normal coagulation. A chest computed tomography (CT) showed a heterogeneous tumor lesion of the hilus with 9.4 × 7.9 cm, and superior vena cava, right pulmonary artery, carina and bilateral main bronchus invasion. It was associated with left pulmonary nodules, right costophrenic angle pleural thickening, a solid hepatic nodule and two right adrenal nodules, compatible with metastasis. The histology from the bronchial biopsy revealed a primary epithelial myoepithelial lung carcinoma of salivary glands type. The head CT and bone scintigraphy didn't show any changes.

**Discussion:** The authors present this case for the rarity of the final diagnosis, particularly interesting for the aggressive presentation both locally and at distance, which is quite atypical in this tumor. Primary epithelial myoepithelial lung carcinoma mostly present as polypoid endobronchial mass, but can also develop as an intraparenchymal mass, resulting in early symptomatology and consequently, early diagnosis. Its growth is usually indolent and without distant invasion, allowing for local therapy.

**Key words:** Primary epithelial myoepithelial lung carcinoma. Salivary glands. Metastasis.

#### P10. CRISE CARCINÓIDE SECUNDÁRIA A TUMOR NEUROENDÓCRINO DE GRANDES CÉLULAS DO PULMÃO METASTÁTICO

V. Clérigo, L. Fernandes, B. Amann, A. Vilariça, P. Barradas, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Unidade de Oncologia Pneumológica, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.*

**Introdução:** A crise carcinóide é uma síndrome incomum e potencialmente fatal. Ocorre em menos de 10% dos doentes com tumores neuroendócrinos, mais frequentemente nos casos que apresentam metastização sistémica. A prevalência nos doentes com tumor neuroendócrino do pulmão é variável na literatura. A crise carcinóide implica um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da libertação massiva de serotonina e outras substâncias vasoativas. O objectivo deste trabalho é reportar um caso de crise carcinóide e alertar para o diagnóstico e abordagem atempada desta entidade.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de um doente de 59 anos com tumor neuroendócrino de grandes células do pulmão com metastização hepática e óssea múltipla, admitido no Serviço de Urgência por *flushing* da face, pescoço e tronco associado a diarreia profusa, vômitos incoercíveis, crise asmática grave e obnubilamento. O episódio inaugural descrito ocorreu dois dias após a conclusão da dose de indução de octreotido. A avaliação analítica revelava aumento dos parâmetros inflamatórios e agravamento significativo da função renal (creatinina 3,3 mg/dL). O restante estudo complementar de diagnóstico revelou-se sem alterações relevantes. No que respeita à abordagem terapêutica, foi instituído octreotido (200 µg 8/8h durante 5 dias e 100 µg 8/8h durante 5

dias), corticoterapia sistémica, levofloxacina ajustada à função renal durante 10 dias admitindo-se potencial foco infeccioso não identificado na investigação etiológica, e restante terapêutica sintomática de suporte. Durante o internamento, verificou-se melhora clínica e analítica progressiva, com alta clínica no 10º dia de internamento com indicação para reavaliação clínica em Hospital de Dia de Oncologia Pneumológica.

**Discussão:** As crises carcinóides constituem uma exacerbação da síndrome carcinóide tendo como principais sintomas: *flushing* significativo, diarreia, instabilidade hemodinâmica, broncoespasmo e alterações do estado de consciência. Raramente ocorre insuficiência renal aguda, como se verificou no caso descrito. Cada tumor secreta um conjunto único de hormonas o que torna cada crise carcinóide ímpar, conduzindo a discrepâncias no que respeita à definição, sintomatologia e tratamento. A eficácia dos análogos da somatostatina na profilaxia continua a ser um tema de marcada controvérsia na literatura.

**Palavras-chave:** Crise carcinóide. Tumores neuroendócrinos do pulmão.

#### P10. CARCINOID CRISIS SECONDARY TO METASTATIC NEUROENDOCRINE LUNG TUMOR OF LARGE CELLS

V. Clérigo, L. Fernandes, B. Amann, A. Vilariça, P. Barradas, C. Bárbara

*Pulmonology Department, Oncology Pneumology Unit, Pulido Valente Hospital, North Lisbon Hospital Centre, E.P.E.*

**Introduction:** Carcinoid crisis is an unusual and potentially fatal syndrome. It occurs in less than 10% of patients with neuroendocrine tumors, most often in those that exhibit systemic metastasis. The prevalence in patients with neuroendocrine lung tumor varies in the literature. The carcinoid crisis implies a collection of signs and symptoms resulting from the massive release of serotonin and other vasoactive substances. The purpose of this paper is to report a case of carcinoid crisis and alert for the diagnosis and timely approach to this entity.

**Case report:** We report the case of a patient of 59 years with neuroendocrine lung tumor of large cells with multiple liver and bone metastasis admitted to the emergency room with flushing of the face, neck and trunk associated with profuse diarrhea, uncontrollable vomiting, serious asthmatic crisis and clouding. The inaugural episode described came two days after completion of octreotide induction dose. Analytical evaluation revealed increased inflammatory parameters and significant worsening of renal function (creatinine 3.3 mg/dL). The remaining complementary diagnostic study showed no significant changes. With regard to therapeutic approach, was set octreotide (200 µg 8/8h for 5 days and 100 µg 8/8h for 5 days), systemic corticosteroid therapy, levofloxacin adjusted to renal function for 10 days admitting potential infectious source not identified in the etiological investigation, and symptomatic therapy rest support. During hospitalization, there was a progressive clinical and analytical improvement with clinical discharge on the 10th day of hospitalization indicated for clinical reassessment in Oncology Pulmonology Day Hospital.

**Discussion:** Carcinoid crisis are an exacerbation of carcinoid syndrome having as primary symptoms: significant flushing, diarrhea, hemodynamic instability, bronchospasm and altered state of consciousness. It rarely occurs acute renal failure, as happened in this case. Each tumor secretes a single set of hormones which makes each carcinoid crisis unique leading to discrepancies as regards definition, symptoms and treatment. The effectiveness of the somatostatin analogs prophylaxis remains a subject of marked controversy in the literature.

**Key words:** Carcinoid crisis. Neuroendocrine lung tumors.

## P11. CIRURGIA EM TUMORES CARCINÓIDES DO PULMÃO

A.L. Garcia, P.M. Correia, T.A. Nogueira, R. Pancas, J. Bernardo, M.J. Antunes

*Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, HUC.*

**Introdução:** Os tumores carcinóides são um tipo raro de tumor pulmonar, no entanto a sua incidência tem aumentado nos últimos 30 anos. São neoplasias de baixo e médio grau de malignidade constituídos por células neuroendócrinas, dividindo-se histologicamente em típicos e atípicos.

**Métodos:** De janeiro de 2008 até dezembro de 2012, foram submetidos a cirurgia de ressecção por neoplasia pulmonar 428 doentes, dos quais 66 (15,4%), revelou tratar-se de tumor carcinóide (66). O Follow-up dos doentes foi feito com base na consulta de processo clínico e entrevistas telefónicas aos doentes e completo em 65 doentes (98,5%). O tempo médio de seguimento foi de  $4,2 \pm 1,4$  anos. A incidência de tumores carcinóides foi igual em ambos os sexos e apresentavam uma média de idades de  $55,1 \pm 13,6$  anos (40-66 anos). Como patologias associadas, encontrou-se HTA em 16 (24,2%), DM2 em 9 (13,6%), DPOC em 4 (6,1%), AVC em 1 (1,5%), tuberculose em 3 (4,5%) e tabagismo em 14 (21,2%).

**Resultados:** A maioria dos doentes foi submetida a lobectomia (45 - 68,2%), seguido de ressecções em cunha em 13 doentes (19,7%), bilobectomia em 4 (6,1%) e pneumectomia em 4 (6,1%). Em 3 doentes (4,5%) houve necessidade de quimioterapia ou radioterapia neoadjuvante, enquanto 9 doentes foram submetidos a quimioterapia ou radioterapia adjuvante (13,6%). O tamanho médio do tumor foi de  $29,6 \pm 18,0$  mm (8-98 mm). Não houve mortalidade hospitalar. Durante o seguimento, 4 doentes sofreram recidiva do tumor primitivo (8,5%). A Sobrevivência aos 5 anos foi de  $94,1 \pm 3,4\%$ , comparável ao da população portuguesa depois de ajustada para o sexo e idade ( $p = 0,678$ ), sendo nos carcinóides típicos de  $95,0 \pm 3,5\%$  e nos atípicos de  $87,5 \pm 11,7\%$  ( $p = 0,240$ ).

**Conclusões:** Nesta população verificámos um padrão epidemiológico sobreponível ao de outros estudos publicados. O tratamento de eleição é a cirurgia e o prognóstico a médio prazo neste tipo de tumores é muito favorável, devolvendo uma sobrevivência comparável ao da população geral, apesar de, aparentemente, menos favorável nos carcinóides atípicos.

## P12. A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS DE LASERTERAPIA EM METASTIZAÇÃO ENDOBRÔNQUICA

C. Costa<sup>1</sup>, P. Dionísio<sup>1</sup>, S. Feijó<sup>1</sup>, A. Quintela<sup>2</sup>, C. Pinto<sup>2</sup>, C. Pulido<sup>2</sup>, P. Monteiro<sup>1</sup>, J. Rosal Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Pneumologia de Intervenção; <sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE-Hospital Santa Maria.

**Introdução:** A metastização endobrônquica (ME) por neoplasias extra-pulmonares é rara (2-4%), sendo mais frequentemente observada em casos de neoplasia da mama, colo-rectal ou renal.

**Caso clínico:** Caso 1: homem, 66 anos, não fumador com diagnóstico em 2012 de adenocarcinoma do cólon com metastização ganglionar e pulmonar (pT4N1M1), submetido a excisão de adenopatia supraclavicular esquerda e hemicolecotomia direita, seguida de quimio e radioterapia adjuvante. Três anos após o diagnóstico, desenvolve quadro de dispneia para pequenos esforços, verificando-se presença de derrame pleural recidivante, pelo que foi proposto para realização de toracoscopia médica com pleurodesse. Apoiando da intubação selectiva com controlo broncofibroscópico, verificado presença de lesão exofítica a obstruir parcialmente o lúmen do brônquio intermediário. Foi efectuada laserterapia e ressecção em bloco da massa endobrônquica. Anatomia patológica compatível com metastização de adenocarcinoma do cólon. Caso 2: homem,

60 anos, não fumador, com antecedente de tuberculose pleural aos 33 anos e adenocarcinoma do cólon (pT3N2Mx) aos 56 anos, submetido a sigmoidectomia e quimioterapia (QT) adjuvante. Três anos após o diagnóstico, observado em tomografia computadorizada de controlo nódulo pulmonar no lobo inferior esquerdo e lesões secundárias a nível hepático sendo submetido a metastasectomia hepática e biópsia cirúrgica do nódulo pulmonar, que confirma a metastização pulmonar. Após um ano, e para controlo de nódulos pulmonares, efectua tomografia de emissão de positrões onde se visualiza uma lesão hipercaptante (SUV 14,6) que parece projectar-se no lúmen do brônquio principal esquerdo (BPE). Efectuada broncofibroscopia onde se verifica obstrução quase completa do BPE por massa endobrônquica, pelo que realiza de imediato laserterapia e ressecção em bloco da massa. Anatomia patológica compatível com metastase de adenocarcinoma colo-rectal.

**Discussão:** A ME por neoplasias extra-pulmonares encontra-se subestimada, pelo que a broncofibroscopia deverá ser realizada, de forma sistemática, em doentes com neoplasia conhecida que venham a desenvolver sintomatologia respiratória. A distinção entre neoplasia primária do pulmão e ME por neoplasia extra-torácica é importante, uma vez que tanto o tratamento como o prognóstico poderão diferir.

**Palavras-chave:** Neoplasia cólo-rectal. Metastização endobrônquica.

## P13. TUMOR ENDOBRÔNQUICO - UM ACHADO RADIOLÓGICO

C. Guimarães<sup>1</sup>, S. André<sup>1</sup>, S. Feijó<sup>2</sup>, F. Nogueira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia Hospital Egas Moniz-CHLO. <sup>2</sup>Hospital de Santa Maria-CHLN.

**Introdução:** O hamartoma pulmonar é uma neoplasia mesenquimatosa benigna, frequentemente assintomática e tipicamente um achado acidental num estudo radiológico torácico. 1,4 a 20% são endobrônquicos, interferindo com a passagem de ar na via aérea e condicionando sintomatologia obstrutiva. Têm um crescimento lento, contínuo, podendo ser múltiplos e recidivar. A ressecção cirúrgica é o tratamento tradicional do tumor endobrônquico; o tratamento endoscópico destes tumores tem sido usado de forma crescente, sem registo de complicações e com eficácia comparável à cirurgia.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de um homem, 78 anos, não fumador, com antecedentes pessoais de neoplasia do cólon sigmóide submetido a sigmoidectomia e quimioterapia, diabetes mellitus, hiperplasia benigna da próstata, DPOC, que recorre ao SU por quadro de dispneia de agravamento progressivo, associada a disfagia e edema da face. Exame objectivo compatível com síndrome da veia cava superior (VCS). Analiticamente sem alterações de relevo, gasimetria arterial com insuficiência respiratória parcial, radiografia de tórax sem alterações. Angio-TC tórax: ao nível da terminação do cateter totalmente implantado (CTI), diminuição do calibre da VCS com trombo imediatamente acima da união da veia ázigos com a VCS; veia ázigos, vasos mediastínicos e veias mamárias de maior calibre traduzindo sobrecarga e shunt venoso. Assimetria das veia jugulares internas, não se podendo excluir trombose à esquerda. Bronquiectasias centrais e imagem endoluminal na bifurcação do BPE com 9 mm. Assumido síndrome da VCS no contexto de trombose provocada pela presença do CTI, tendo iniciado enoxaparina terapêutica e removido o catéter com melhoria clínica gradual. Revistos exames radiológicos anteriores, era já evidente imagem endoluminal no BPE, não descrita. Realizou broncofibroscopia (BF) que mostrou uma lesão polipóide no BPE, ocupando praticamente todo o lúmen, com mucosa lisa, friável. Realizadas biópsias, cuja histologia foi compatível com hamartoma brônquico. Tratado através de BF rígida com fotocoagulação por laser e ressecção do hamartoma.

**Discussão:** A malignização destes tumores é excepcional, mas há estudos que mostram um risco aumentado de desenvolvimento de carcinoma brônquico, pelo que se deve realizar um follow-up regular. O tratamento endoscópico (BF rígida, eletrocirurgia com Argon plasma e laser), quando realizado por broncologistas experientes, é eficaz, poupando uma intervenção cirúrgica, com resolução sintomática completa.

**Palavras-chave:** Hamartoma pulmonar. Broncofibroscopia. Tratamento endoscópico.

#### P14. EVOLUÇÃO ATÍPICA DE UM NÓDULO PULMONAR!

J.C. Duarte, A. Silva, J. Cravo, M. Afonso, J. Cemlyn-Jones

*Serviço de Pneumologia, CHUC-HUC.*

**Introdução:** A capacidade de integrar o saber científico na prática clínica é uma condição determinante para a qualidade dos cuidados prestados ao doente. Neste sentido, as “*guidelines*” podem constituir um instrumento fundamental na ligação entre a evidência científica e as normas da boa prática clínica. Actualmente encontram-se implementadas em muitas instituições de saúde as linhas orientadoras relativas à abordagem do doente com nódulo solitário do pulmão que se baseiam na estimativa da probabilidade de ser maligno, no tamanho do nódulo, nas suas características morfológicas, nos factores de risco e na idade do paciente.

**Caso clínico:** Os autores descrevem um caso clínico de um homem de 69 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratado, portador de arritmia cardíaca e grande fumador (CT 40 UMA). O doente era seguido em consulta de Pneumologia por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e vigilância de um nódulo pulmonar espiculado no lobo superior direito, com cerca de 14 mm de maior eixo, diagnosticado em abril de 2011 que se manteve sempre estável. Após dois anos, ainda em contexto de controlo evolutivo, realizou tomografia computadorizada torácica que revelou aumento volumétrico do nódulo, de 14 mm para 18 mm, apresentando extensão à pleura mediastínica e costal. Para melhor caracterização desta alteração imagiológica, foi sujeito a tomografia de emissão de positrões que evidenciou uma lesão única com alto grau metabólico, pelo que foi realizada lobectomia superior direita com linfadenectomia mediastínica. O resultado anatomo-patológico mostrou tratar-se de um adenocarcinoma misto (acinar e papilar) com invasão focal da pleura visceral, sem metastização ganglionar. O controlo imagiológico posterior revelou sinais da intervenção cirúrgica, sem formações nodulares nem adenopatias associadas. Actualmente mantêm-se assintomático e sem sinais imagiológicos de recidiva.

**Discussão:** Este caso destaca que apesar do que preconizam as “*guidelines*”, estas servem apenas como linhas de orientação e não como condutas obrigatórias. Neste doente a abordagem seleccionada pelo clínico teve um grande impacto no diagnóstico e prognóstico do doente, o que realça a que as “*guidelines*” devem ser periodicamente revistas e reavaliadas, quer na sua actualização, quer no impacto dos cuidados prestados.

**Palavras-chave:** *Guidelines. Nódulo solitário.*

#### P15. NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Silva, J. Cemlyn-Jones, A. Pêgo

*Serviço de Pneumologia do CHUC-HUC.*

**Introdução:** O nódulo solitário do pulmão (NSP) é uma entidade clínica frequente, geralmente identificada em doentes assintomáticos,

em radiografia do tórax de rotina. Imagiologicamente define-se como uma opacidade pulmonar única, inferior a 3 cm de diâmetro, rodeada de parênquima arejado e não associada a adenopatias ou atelectasia. Se apresentar estabilidade por um período superior a dois anos poderá ser considerado benigno, o que não se verificou neste caso clínico.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso clínico de uma doente, de 75 anos, assintomática, não fumadora, que em radiografia do tórax de rotina, apresenta nódulo pulmonar no lobo superior direito (LSD), de 15 mm de diâmetro, com contorno regular e bem definido, que manteve estabilidade durante 6 anos. Dado que a TC de controlo, evidenciou ligeiro aumento das dimensões (25 mm) optou-se por estudo com PET/CT. Este exame revelou três lesões hipercaptantes sugestivas de neoplasias malignas (LSD, mama esquerda e cólon transversal). Foi pedida broncofibroscopia, que não mostrou lesões endobrônquicas e biópsia transtorácica, sendo o resultado inconclusivo. Foi, também, solicitada biópsia percutânea da mama e realizada biópsia a lesão visível na colonoscopia. O resultado histológico das duas biópsias foi compatível com carcinoma mucinoso. Realizou hemicolectomia direita alargada, mastectomia radical esquerda e ressecção em curva do LSD. A histologia do LSD revelou tratar-se de um carcinóide típico, tendo realizado excisão da lesão pulmonar na sua totalidade. Posteriormente, iniciou quimioterapia adjuvante direccionada ao carcinoma do cólon e hormonoterapia. Actualmente mantém hormonoterapia e controlo imagiológico por TC torácica, que até ao momento não apresenta sinais de recidiva.

**Discussão:** Os autores apresentam este caso clínico para dar a conhecer a evolução de um NSP com estabilidade imagiológica por um período de 6 anos, que revelou tratar-se de um tumor carcinóide típico. É de salientar, ainda, a presença de três neoplasias síncronas, todas em estágio cirúrgico.

**Palavras-chave:** *NSP. Neoplasias síncronas. Carcinóide.*

#### P16. DIAGNÓSTICO DE NÓDULO PULMONAR AMILOIDE POR BIÓPSIA CIRÚRGICA - SIMULANDO CANCRO DO PULMÃO

J.V. Lages, A.L. Vieira, C. Lacerda, L. Iglésias, J. Cunha

*Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.*

**Introdução:** A amiloidose é causada por proteínas depositadas como lâminas insolúveis que interferem com o funcionamento dos órgãos. Cada proteína precursora induz um espectro diferenciado de envolvimento dos órgãos, e diferentes manifestações de doença no pulmão. Os depósitos de amiloide podem ocorrer em formas sistémicas ou limitada a órgãos. A exposição do presente caso clínico centra-se na amiloidose derivada da proteína de cadeia leve de imunoglobulina (amiloidose primária), que frequentemente envolve o pulmão tanto em formas localizadas como sistémicas da doença. As manifestações da doença pulmonar variam desde nódulos até à deposição septal e alveolar difusa, simulando malignidade, e/ou em danos difusos alveolares.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 63 anos. Antecedentes de HTA e AVC isquémico. Ex-fumador. Em 2009, no contexto de internamento decorrente do AVC, foi solicitado radiografia de tórax que evidenciou a presença de uma imagem nodular no pulmão direito tendo sido orientado para estudo. Assintomático do ponto de vista respiratório. Ausência de sintomas constitucionais. Exame físico sem alterações de relevo. A TC pulmonar mostrava um nódulo, no segmento anterior do lobo superior direito, de contornos regulares, homogéneo, com cerca de 3,5 cm de maior diâmetro, que contactava a pleura. Broncofibroscopia sem alterações. Biópsia aspirativa transtorácica revelando material necrótico e raras células de núcleo hiperromático, de provável natureza neoplásica.



PET-Scan apresentando avidéz intensa para FDG. Estudo laboratorial, eletrocardiograma e provas funcionais respiratórias sem alterações. Submetido a biópsia cirúrgica do nódulo que revelou substância amiloide. Negativo para malignidade. O doente mantém seguimento em consulta permanecendo assintomático até à atualidade.

**Discussão:** O presente caso clínico pretende descrever uma entidade rara: Doença nodular amiloide localizada. Em contraste com a doença sistémica, as proteínas monoclonais que constituem os depósitos de amiloide localizadas surgem a partir de um pequeno número de células plasmáticas ao redor da lesão. As cadeias leves monoclonais não circulam ou se depositam fora do órgão-alvo. Dados publicados referentes ao prognóstico e tratamento da amiloidose localizada são escassos. A doença nodular pode progredir lentamente, com o aumento do tamanho ou do número de lesões, mas, normalmente, não tem impacto sobre a função pulmonar ou trocas gasosas do pulmão nem na sobrevivência do paciente.

**Palavras-chave:** Amiloidose. Nodular. Local.

#### P16. AMYLOID PULMONARY NODULE DIAGNOSED BY SURGICAL BIOPSY - SIMULATING LUNG CANCER

J.V. Lages, A.L. Vieira, C. Lacerda, L. Iglésias, J. Cunha

*Pulmonology Department, Braga's Hospital.*

**Introduction:** Amyloidosis results from proteins being deposited as insoluble pleated sheets and disrupting organ function. Each precursor protein induces a separate spectrum of organ involvement, and different disease manifestations within the lung. Amyloid deposits occur in systemic and organ-limited forms. The exposure of this case report focuses on amyloid derived from immunoglobulin light-chain protein, which most frequently involves the lung in both systemic and localized forms of the disease. Manifestations of lung disease range from nodules to diffuse alveolar and septal deposition mimicking malignancy and or diffuse alveolar damage.

**Case report:** A 63-year-old male with a past medical history significant for hypertension and ischemic stroke. He was a smoker. In 2009, in the context of hospitalization due to stroke, was requested chest X-ray revealed a pulmonary nodule in the right lung. The patient was oriented to study. Without respiratory symptoms. Absence of constitutional symptoms. His physical examination was normal. CT scan of the chest showed pulmonary nodule, in anterior segment of the right upper lobe, regular, uniform contours, with about 3.5 cm in major diameter, contacting pleura. Bronchoscopy without significant changes. Transthoracic needle aspiration biopsy revealing necrotic material and rare hyperchromatic nucleus cells, probably neoplastic nature. PET-Scan showed intense FDG avidity. Laboratory examination was normal. No abnormality was seen on an electrocardiogram and pulmonary function tests. Submitted to surgical biopsy of the nodule which revealed amyloid substance. Negative for malignancy. The patient remains asymptomatic until the present.

**Discussion:** The case report pretends to describe a rare disease: localized amyloid nodular disease. In contrast to systemic disease, monoclonal proteins constituting localized amyloid deposits arise from a small number of plasma cells surrounding the lesion. Monoclonal light-chain does not circulate or deposit outside the target organ. The published data addressing prognosis and treatment of amyloid localized are anecdotal. Nodular disease may slowly progress, with increasing size or number of lesions, but does not impact on pulmonary function, lung gas exchange or patient survival.

**Key words:** Amyloidosis. Nodular. Local.

#### P17. REFLEXO ENDOBRÔNQUICO DE DOENÇA SISTÉMICA

M. Braz, D. Aguiar, D. Gonçalves, Y. Martins, D. Silva, L. Linhares, F. Barata, A. Rodrigues

*Serviço de Pneumologia B, CHUC.*

**Introdução:** A broncofibroscopia (BF) é uma técnica endoscópica que permite a visualização da árvore brônquica, sendo muitas vezes crucial para obter um diagnóstico definitivo. Determinadas doenças sistémicas podem ter tradução ao nível da mucosa pulmonar brônquica, permitindo ao endoscopista a visualização de imagens pouco frequentes na sua actividade diária.

**Caso clínico:** homem de 60 anos com hepatopatia crónica de etiologia alcoólica (Child-Pugh B) e ex-fumador que recorreu ao Serviço de Urgência por dor e distensão abdominal, dispneia, acompanhada de astenia e anorexia com 1 mês de evolução. Referia ainda emagrecimento de 7 kg em 2 meses. Ao exame objectivo hemodinamicamente estável, apirético e com percussão abdominal compatível com ascite. Realizada paracentese e internado a cumprir cefotaxima para peritonite bacteriana espontânea. No decorrer do internamento reinicia quadro de descompensação da doença de base com icterícia, acompanhada de disfagia para sólidos e disfonía. Analiticamente com aumento das enzimas hepáticas e bilirrubina total à custa da directa. Realizou então tomografia computadorizada do pescoço e tórax que mostrava "parésia da corda vocal esquerda. Na região paratraqueal esquerda superior observa-se área heterogénea de contornos irregulares com área ovalada a nível da emergência dos arcos supra-aórticos com cerca de 16 × 13 mm com área abecedada em organização/lesão necrosada...áreas de consolidação alveolar de distribuição difusa e bilateral. Derrame pleural bilateral. Imagens osteoblásticas nos corpos vertebrais de D4-6 e a nível da cabeça umeral direita, provável etiologia secundária" Neste seguimento foi realizada BF onde se observou uma mucosa traqueobronquica com depósitos de coloração amarela com distribuição difusa e estenose em fenda de b6 direito, com esporão alargado, mucosa com pregas espessadas e engurgitamento vascular. As biopsias brônquicas revelaram "provável adenocarcinoma TTF1 negativo".

**Conclusões:** O uso de técnicas endoscópicas tal como a BF é por vezes unicamente valorizado em relação ao órgão avaliado, e portanto subvalorizado. Os resultados obtidos estão muitas vezes de acordo com a história clínica, sendo o espelho da doença de base.

**Palavras-chave:** Broncofibroscopia. Icterícia.

#### PATOLOGIA INFECIOSA NÃO TUBERCULOSA

##### P18. EPIDEMIOLOGIA DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE (MRSA) EM CULTURA DE ASPIRADO BRÔNQUICO

R. Gomes<sup>1,2</sup>, F. Fernandes<sup>1</sup>, F. Carriço<sup>1</sup>, J. Parreira<sup>1</sup>, M. Reis<sup>1</sup>, F. Luís<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde, Guarda. <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** A prevalência da infecção por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA) na Europa é de 17,8%. Em Portugal e, contrariamente à tendência europeia, a prevalência é crescente. Assim, em 2003 a prevalência era de 47,5% e passou em 2012 para

53,8%. O isolamento deste microorganismo em cultura de aspirado brônquico coloca desafios na abordagem destes doentes.

**Objetivos:** Caracterizar a população adulta com cultura de aspirado brônquico com isolamento de MRSA e, identificar factores de risco associados.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de 544 culturas de aspirado brônquico, no período de 1/10/2010 a 30/9/2013 no Hospital Sousa Martins. Foram selecionadas as culturas com isolamento de MRSA.

**Resultados:** Foram identificados 67 (12% do total) culturas de aspirado brônquico com identificação de MRSA. Destas culturas, 75% dos doentes eram do género masculino, com idade mediana de 77 anos (âmbito 38-97) e predominio de não fumadores (73%). Os principais motivos para a realização da broncoscopia (BC) foram a infecção broncopulmonar (39%) e a *toilette* brônquica (24%). A BC evidenciou maioritariamente sinais inflamatórios (54%). Cerca de 40% dos doentes estavam internados em unidade hospitalar, com duração mediana de 14 dias (âmbito 1-49), sendo superior nos doentes do género masculino (15,5 dias, âmbito 1-49) versus feminino (13 dias, âmbito 1-22),  $p = 0,2$ . A presença de factores de imunodepressão foi constatada em 81% dos doentes: 13 fármacos, 6 *diabetes mellitus*, 5 neoplasias. Cerca de 29,9% dos doentes tinham efectuado antibioterapia nos últimos 3 meses. Quanto à distribuição dos isolamentos do MRSA por anos, verificou-se uma tendência crescente de 12% para 13,5%. Constatou-se a presença de critérios de infecção em 71,6%, e de colonização em 28,4%. Em 23,9% foi isolado concomitantemente pelo menos outro microorganismo.

**Conclusões:** O isolamento de MRSA no aspirado brônquico ocorreu predominantemente em homens, não fumadores e com idade avançada. A indicação para a broncoscopia foi maioritariamente a suspeita de infecção broncopulmonar, apresentando a maioria sinais inflamatórios. Evidenciaram-se como factores de risco a imunossupressão, o internamento hospitalar prolongado e a antibioterapia prévia, concordantes com a literatura. Há uma tendência crescente no isolamento de MRSA. Este estudo assume particular relevância por permitir um melhor conhecimento da nossa realidade epidemiológica.

**Palavras-chave:** *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA). Aspirado brônquico. Epidemiologia. Factores de risco.

### P19. “PNEUMONIA. OU TALVEZ NÃO...”

A.C. Ferreira, J. Trepa, M. Braz, F. Costa

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

**Introdução:** A pneumonia no adulto que cursa com os sinais e sintomas típicos é um diagnóstico comum. Mas o diagnóstico diferencial com outras patologias pulmonares e extra-pulmonares que apresentam clínica semelhante é não deve ser esquecido. Os autores apresentam o caso clínico de um doente com sinais e sintomas sugestivos de pneumonia mas cujo diagnóstico final se revelou muito diferente.

**Caso clínico:** Homem, 61 anos, ex-fumador, apresenta-se com febre, toracalgia postero-basal direita de carácter pleurítico e intensidade severa, com limitação na deambulação. Associou-se a singultos persistentes (que surgiam com movimentos muito ligeiros da caixa torácica) e tosse com expectoração escassa amarelada. Ao exame objetivo, destaca-se temperatura de 39 °C e singultos persistentes, mas uma auscultação cardiopulmonar normal. Analiticamente, PCR 29,2. A radiografia do tórax mostrava elevação da hemicupula diafragmática direita e a ecografia torácica, ligeiro derrame pleural direito associado a imagem sugestiva de consolidação com broncograma aéreo. Foi estabelecido diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e medicado com amoxicilina, ácido clavulânico e azitromicina. A TC-tórax, realizada no sentido de esclarecer etiologia de singultos, destacava apenas imagem sugestiva de pequena atelectasia

ao nível da base direita. As hemoculturas positivaram para *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível (SAMS) sensível aos antibióticos administrados. Só após administração de corticoterapia houve alívio da dorsolombalgia e dos singultos, tendo doente alta com corticoterapia oral em esquema de descontinuação. Após 7 dias, coincidindo com a suspensão da corticoterapia, recorre ao SU por recidiva dos singultos incoercíveis e dorsolombalgia intensa. Ao exame objectivo, destaca-se os singultos constantes e dor à palpação da região torácica referida. Analiticamente, destaca-se PCR 6,6, VS 72 e dímeros-D 495. Realiza angio-TC que exclui trombos, mas revela alterações no 10º corpo vertebral. Na ressonância magnética dorsal vêem-se múltiplas alterações compatíveis com espondilodiscite ao nível de D9-D10. Colhe culturas que positivam novamente para SAMS, sendo medicado com flucloxacilina e gentamicina, e posteriormente ciprofloxacina, com boa resposta.

**Discussão:** Realça-se a importância do diagnóstico diferencial da pneumonia, mesmo quando os sinais e sintomas são muito sugestivos desta patologia. A Espondilodiscite Infecciosa é uma causa rara de dorsolombalgia no adulto, de difícil diagnóstico, dada a sua evolução insidiosa e sintomas pouco específicos.

**Palavras-chave:** *Espondilodiscite infecciosa*. PAC.

### P20. ONDE TRATAMOS A PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE? AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO CRB-65!

C.S. Moreira, R. Sousa, J.D. Santos, R. Oliveira

*USF Infante D. Henrique.*

**Introdução:** Dos pontos mais importantes para a gestão e prognóstico da pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é a decisão do local onde tratar. Os critérios CURB-65 coadunam-se de elevada aplicabilidade à prática clínica, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, que pela impossibilidade da determinação da urémia, utilizam-se na sua versão modificada - CRB-65. É calculada uma pontuação que atribui um risco, determinando o local onde deverá ser tratada a PAC. Assim, considerou-se pertinente a avaliação da utilização destes critérios nos doentes com diagnóstico de PAC na nossa Unidade.

**Objetivos:** Avaliação da taxa de utilização dos critérios CRB-65, determinando qual o melhor local de tratamento da PAC.

**Métodos:** Estudo: observacional, descritivo, transversal. População: inscritos na Unidade com  $\geq 18$  anos. Critérios de Inclusão: utentes com diagnóstico de Pneumonia (R81). Critérios de Exclusão: diagnóstico de Pneumonia não realizado na Unidade. Amostra: os que cumpram os critérios. Fonte de dados: Processo Clínico MedicineOne®. Análise estatística: Microsoft Excel 2010®.

**Resultados:** Dos 12.384 utentes adultos da Unidade, 0,52% tiveram Pneumonia, incluindo-se 54 utentes (57,41% mulheres). A média de idades é 59,44, sendo o grupo etário mais populoso dos 61-70 anos, com 20,37%. Na totalidade, os critérios CRB-65 foram avaliados em 9,26% dos utentes ( $n = 5$ ). Individualmente o parâmetro “C” - Confusão foi avaliado em 96,30% ( $n = 52$ ), não se verificando nenhum caso; “R” - Frequência respiratória (FR) foi avaliado em 33,33% ( $n = 18$ ), verificando-se 3 casos com FR  $> 30$  cpm; “B” Tensão Arterial (TA) foi avaliado em 9,26% ( $n = 5$ ), não se verificando nenhum caso com TA sistólica  $< 90$  mmHg ou TA diastólica  $\leq 60$  mmHg; “ $\geq 65$  anos” são 44,44% dos utentes ( $n = 24$ ). Nos 9,26% casos ( $n = 5$ ), cujos critérios CRB-65 foram avaliados, verificou-se que pontuaram entre 1 e 2.

**Discussão:** A principal conclusão a retirar é a escassa utilização do CRB-65, tendo em conta que apenas em 9,26% todos os parâmetros foram avaliados. Nos casos totalmente avaliados, resultou a pontuação de 1 e 2, onde a decisão tomada foi tratar em ambulatório, não estando desadequada, no entanto carecia de verificação de outros factores como por exemplo, as comorbilidades. Destaca-se

ainda que estes critérios podem ser utilizados para monitorizar a resolução clínica da infeção.

**Palavras-chave:** *Pneumonia adquirida comunidade. CRB-65.*

## P21. AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO TERAPÊUTICA DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE, PELA DGS

C.S. Moreira, R. Sousa, J.D. Santos, R. Oliveira

*USF Infante D. Henrique.*

**Introdução:** Na pneumonia adquirida na comunidade (PAC) quando tratada em ambulatório, a escolha do antibiótico (ATB) deve considerar se os indivíduos são saudáveis ou com comorbilidades e se realizaram antibioticoterapia nos 3 meses anteriores. O tratamento empírico deve dirigir-se contra o *S. pneumoniae*, agente responsável mais frequente. A Direção Geral de Saúde (DGS) e a British Thoracic Society, apontam a amoxicilina como ATB de 1ª linha no tratamento empírico em indivíduos saudáveis. Naqueles com comorbilidades ou ATB nos 3 meses anteriores, recomenda-se uma associação de amoxicilina com outro ATB.

**Objectivos:** Avaliar a Adequação da Terapêutica preconizada na PAC numa Unidade de Saúde Familiar.

**Métodos:** Estudo: observacional, descritivo, transversal População: inscritos na Unidade com  $\geq 18$  anos. Critérios de Inclusão: utentes com diagnóstico de Pneumonia (R81). Critérios de exclusão: diagnóstico de pneumonia não realizado na Unidade. Amostra: os que cumpram os critérios. Fonte de dados: Processo Clínico MedicineOne®. Análise estatística: Microsoft Excel 2010®.

**Resultados:** Dos 12.384 utentes adultos da Unidade, 0,52% tiveram pneumonia, incluindo-se 54 utentes (57,41% mulheres). A média de idades é 59,44, sendo o grupo etário mais populoso dos 61-70 anos, com 20,37%. Em 55,56% apresentaram  $\geq 1$  comorbilidade (diabetes mellitus 20%; DPOC 20%; doença cardíaca 66,67%; doença renal 46,67%; doença hepática 3,33%; neoplasia 20%; alcoolismo 16,67%; antibioticoterapia há  $\leq 3$  meses 6,67%). Dos 44,44% (n = 24) sem comorbilidades: 20,83% (n = 5) foi prescrito amoxicilina 500 mg 8/8; 8,33% (n = 2) claritromicina 500 mg 12/12h; 16,67% (n = 4) associação amoxicilina + macrólido; 4,17% (n = 1) fluoroquinolona; 50% (n = 12) amoxicilina + ác. clavulânico 875 + 125 mg 12/12h. Dos 55,56% (n = 30): 30% (n = 9) amoxicilina 1 g 8/8h + macrólido; 6,67% (n = 2) fluoroquinolona; 16,67% (n = 5) cefalosporina; 13,33% (n = 4) macrólido; 33,33% (n = 10) amoxicilina + ác. clavulânico 875 + 125 mg 12/12h. Verificou-se uma adequação em 42,59% (n = 23) dos casos.

**Conclusões:** A taxa de adequação, 42,59% (n = 23), refere-se aos casos que cumprem a norma da DGS. Utesentes saudáveis (n = 5 + n = 2) e os com comorbilidades (n = 9 + n = 2), acrescentando 5 casos de intolerância à amoxicilina, onde foi prescrito cefalosporinas, considerando-se adequado. Nas prescrições inadequadas, 57,41% (n = 31), destaca-se a elevada utilização da associação amoxicilina + ác. clavulânico (22 casos), visto o não benefício acrescido desta, em relação ao *S. pneumoniae*.

**Palavras-chave:** *Pneumonia adquirida comunidade. Tratamento.*

## P22. NOCARDIOSE PULMONAR VERSUS NEOPLASIA DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

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

**Introdução:** A nocardiose pulmonar é uma doença infecciosa rara, mais frequente em imunodeprimidos, que se manifesta sob a forma

de massa pulmonar, condensação com cavitação ou abscesso. A mortalidade aumenta com a gravidade da infeção e com o atraso no diagnóstico e terapêutica.

**Caso clínico:** Mulher, 78 anos, agricultora, não fumadora, internada na Ginecologia por metrorragias, que realizou TC-tórax com identificação de massa de 7,3 cm no vértice pulmonar esquerdo, estendendo-se ao mediastino superior e região cervical inferior, heterogénea, com cavitação central e em contacto com estruturas vasculares, parede lateral esquerda da traqueia e esófago. Doente sem queixas respiratórias, encontrava-se eupneica, apirética, com SatO<sub>2</sub> de 94% (FiO<sub>2</sub> 21%), mas com degradação do estado geral e dependência total para as atividades de vida diária (AVD). A auscultação cardíaca era rítmica e à auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular bilateral, sem ruídos adventícios. Como antecedentes pessoais referia hipertensão arterial, anemia microcítica e diabetes mellitus tipo 2 insulino-tratada. Analiticamente PCR de 9,38 mg/dL. Realizou broncofibroscopia onde se visualizaram edema da mucosa do BLSE e secreções mucopurulentas abundantes. A microbiologia do aspirado brônquico revelou *Nocardia* tendo iniciado terapêutica dirigida com sulfametoxazol 800 mg/trimetoprim 160 mg. Efetuada PET-CT que confirmou a presença de massa anteriormente descrita e invasão de D2/D3, com características anatomofuncionais de neoplasia maligna de alto grau metabólico. Foi proposta para biopsia pulmonar transtorácica que não foi realizada por interposição de estruturas vasculares e inacessibilidade da lesão. Após instituição terapêutica verificou-se boa evolução clínica, laboratorial e radiológica, com melhoria do estado geral e diminuição progressiva da dependência para as AVD. Pela evolução favorável decidiu-se em Reunião Multidisciplinar de Decisão Terapêutica manter sob vigilância. Realizou TC-tórax de controlo aos três meses que mostrou franca redução das dimensões da área de densificação parenquimatosa pelo que manteve seguimento periódico. Após um ano de antibioterapia apresentava apenas alterações residuais. Ficou assim estabelecido o diagnóstico de Nocardiose pulmonar.

**Discussão:** A nocardiose pulmonar é uma infeção mais frequente em doentes imunodeprimidos. Neste caso clínico, apresentamos uma doente com imunossupressão secundária à diabetes mellitus em que o diagnóstico precoce e a terapêutica dirigida poderão ter contribuído para o sucesso verificado.

**Palavras-chave:** *Nocardiose pulmonar. Massa pulmonar.*

## P23. PNEUMONIA A PNEUMOCYSTIS JIROVECI EM DOENTES INFECTADOS POR VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

M. Reis<sup>1</sup>, J.F. Ramirez<sup>2</sup>, S. Betkova<sup>2</sup>, L. Alves<sup>2</sup>, D. Póvoas<sup>2</sup>, M.J. Baldo<sup>3</sup>, T. Martins<sup>2</sup>, M.J. Manata<sup>2</sup>, S. Cardoso<sup>2</sup>, F. Maltez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, ULS da Guarda. <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital de Curry Cabral, CHLC. <sup>3</sup>Serviço de Medicina Interna, ULS da Guarda.

**Introdução:** A pneumocistose é uma infecção oportunista causada por *Pneumocystis jirovecii* (PJ). Actualmente associa-se a morbidade e a mortalidade menos significativas, devido à introdução de profilaxia primária e secundária em doentes seleccionados e ao tratamento com corticóides. O diagnóstico baseia-se em dados clínicos, gasimétricos, analíticos, imagiológicos e técnicas moleculares. A confirmação do diagnóstico faz-se pela pesquisa do PJ através da reacção de polimerização em cadeia (PCR) no LBA. O número crescente de terapêuticas imunossupressoras tem-se associado a um aumento da sua incidência neste grupo de doentes.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: doente do sexo masculino de 43 anos de idade. Co-infectado por VIH e VHC, com história de múltiplas infecções oportunistas e incumprimento da terapêutica anti-retrovírica. Internado por anorexia, perda ponderal, cansaço, tosse com expectoração muco-purulenta e toracalgia tipo pleurítica com cin-

co meses de evolução. Não apresentava insuficiência respiratória, a radiografia do tórax mostrava imagem sugestiva de cavitação no lobo superior esquerdo e o estudo etiológico inicial era negativo. Por agravamento clínico, gasimétrico e tomografia computadorizada (CT) do tórax com padrão em vidro despolido e com áreas císticas de predomínio nos lobos superiores, considerou-se o diagnóstico presuntivo de pneumocistose. Caso clínico 2: doente do sexo masculino de 39 anos de idade. Co-infectado por VIH e VHC, sem terapêutica anti-retrovírica. Internado por astenia, anorexia com uma semana de evolução e dispneia, cansaço para esforços progressivamente menores, tosse com expectoração purulenta e múltiplas dejecções diarreicas com três dias de evolução. Apresentava insuficiência respiratória parcial grave e infiltrado intersticial bilateral na radiografia do tórax, pelo que foi admitido o diagnóstico de pneumocistose. A TC do tórax apresentava padrão em vidro despolido bilateral exuberante, poupando os vértices pulmonares. Em ambos os casos clínicos foi instituída terapêutica com cotrimoxazol e corticoterapia sistémica durante 21 dias, com evolução favorável. O diagnóstico confirmou-se nos dois doentes pela identificação de PJ no LBA por PCR.

**Discussão:** O diagnóstico e tratamento precoces, bem como a instituição de profilaxia quando indicada, associa-se a aumento da sobrevida e a diminuição da morbidade associada, em doentes com pneumocistose. A suspeição diagnóstica deverá ter em conta as diferentes formas de apresentação clínica e imagiológica.

**Palavras-chave:** *Pneumocystis jirovecii*. *Pneumonia*. *VIH*.

#### P24. INFECÇÕES OPORTUNÍSTICAS PULMONARES: 2 EM 1?

T. Abrantes, J. Silva, M. Sousa, V. Melo, E. Silva, J. Vale, A. Bento, S. Torres

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu.*

**Introdução:** O tratamento quimioterápico de patologia oncológica do foro hematológico favorece a emergência de infecções oportunistas, nomeadamente a nível do sistema respiratório, que se encontra em permanente contacto com o ambiente. As infecções pulmonares podem agravar o prognóstico em doentes imunocomprometidos.

**Caso clínico:** Homem, 56 anos, empresário, não fumador, antecedentes de leucemia linfocítica crónica e hipertensão, medicado com amlodipina 10 mg. Internado, em isolamento, no Serviço de Hematologia, por neutropenia e lesões compatíveis com varicela disseminada, 10 dias após ciclo de R-CHOP. Sob aciclovir e factor de crescimento. Biópsia cutânea compatível com lesão secundária a infecção por herpes virus. Febril ao 3º dia de internamento, com agravamento da neutropenia, aumento dos parâmetros inflamatórios e insuficiência respiratória tipo 1 “de novo”. Iniciou, nessa altura, meropenem, fluconazol e pedida colaboração de Pneumologia. Sem história de dispneia, tosse, pieira, dor torácica e/ou hemoptises. Exame físico apenas com as lesões acima descritas e discreta polipneia. Normotenso, normocardico e SpO<sub>2</sub> 88% em ar ambiente. Nos dias subsequentes manteve-se febril e com agravamento da insuficiência respiratória. Radiografia torácica revelou hipotransparência, heterogénea, com aparente broncograma aéreo, no andar superior do hemitórax direito. TC-torácica com alterações “de novo”: áreas de padrão em “crazy paving” nos ápices pulmonares e áreas focais mal definidas tipo consolidação com formato nodular com vidro despolido periféricamente, dispersas por todo o parênquima pulmonar. Realizou VBF que mostrou secreções mucosas em quantidade moderada, sem lesões endobrônquicas. Lavado e aspirados bronco-alveolares positivos para DNA de *Pneumocystis jirovecii*. Sem desenvolvimento bacteriano e/ou de BK. Exame parasitológico, CMV, EBV e VZV negativos. Alterado tratamento para trimetopim/sulfametoxazol e ganciclovir, com melhoria clínica, imagiológica e analítica.

**Discussão:** O diagnóstico precoce de infecções pulmonares em hospedeiros imunocomprometidos reduz a morbi-mortalidade associada à infecção. A adequada suspeição clínica, investigação molecular e microbiológica são estratégias fundamentais para o sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** *Pneumocystis jirovecii*. *Varicela*. *Imunosupressão*.

#### P25. PNEUMONIA POR VARICELA ZOSTER COM SÍNDROME DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA AGUDA

A.T. Alexandre, S. Raimundo, T. Gomes, A. Afonso

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

**Introdução:** A varicela resulta da infeção primária pelo vírus *Varicella zoster*, que ocorre habitualmente em crianças, em geral com evolução benigna. A Pneumonia é uma complicação grave, com incidência em adultos cerca de 25 vezes superior relativamente a crianças. A taxa de mortalidade de pneumonia por varicela varia entre 10 e 33%, aumentado quando há necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI).

**Caso clínico:** Os autores relatam o caso de um indivíduo do género masculino, 47 anos, fumador, com hábitos etílicos marcados, previamente saudável, que, ao longo de uma semana, recorreu várias vezes ao SU por epigastralgias e tosse não produtiva. Desenvolveu febre elevada, dispneia progressiva e rash cutâneo com extenso número de lesões em várias fases de evolução com distribuição centrípeta, tendo sido admitido em internamento hospitalar. Apresentava bicitopenia, disfunção renal e cito-colestase hepática. Realizou TC torácica, que mostrou densificações parenquimatosas peribroncovasculares e em vidro despolido dispersas bilateralmente. Foi admitida Pneumonia por Varicela. Evoluiu com choque séptico, rhabdomiólise, lesão renal aguda com necessidade de Terapêutica de Suporte Renal contínua e critérios de ARDS severo (*ratio* PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de 43) refratário a medidas de recrutamento alveolar. Fez suporte de ECMO em unidade de referência durante 19 dias. Realizou ainda broncoscopia flexível, que mostrou lesões maculares dispersas pela traqueia e por toda a árvore brônquica. Foi readmitido em desmame de VMI por traqueostomia, atingindo autonomia ventilatória. Teve alta assintomático, com resolução das lesões cutâneas e melhoria franca das alterações radiológicas.

**Discussão:** No presente caso clínico foram documentados fatores de risco para evolução para Pneumonia por Varicela descritos na literatura, nomeadamente género masculino, tabagismo, febre elevada, exantema cutâneo grave (mais de 100 lesões) e atingimento hepático. Esta complicação tem um curso variável, desde rápida resolução até desenvolvimento de ARDS. Estudos recentes salientam que a referenciação atempada destes doentes para centro especializado de ECMO tem impacto no prognóstico.

**Palavras-chave:** *Varicela*. *Pneumonia*. *ARDS*. *ECMO*.

#### P25. VARICELLA ZOSTER PNEUMONIA WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

A.T. Alexandre, S. Raimundo, T. Gomes, A. Afonso

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

**Introduction:** Varicella (chickenpox) results from primary infection by *Varicella zoster* virus, which usually occurs in children, typically with benign course. Pneumonia is a serious complication, with an incidence in adults about 25 times higher than in children. Pneumonia mortality rate for chickenpox varies between 10 and 33%, increasing when there is need for invasive mechanical ventilation (IMV).

**Case report:** The authors report the case of a 47-year old male, smoker, with marked drinking habits, previously healthy, that over a week went several times to the ER with epigastric pain and nonproductive cough. He later developed high fever, progressive dyspnea and skin rash with extensive number of lesions at various stages of evolution and centripetal distribution, having been admitted to hospital. He had bicytopenia, renal and hepatic dysfunction. A CT scan was performed, which showed peribronchovascular parenchymal and ground glass densification scattered bilaterally. Varicella pneumonia was assumed. The patient developed septic shock, rhabdomyolysis, acute renal failure requiring continuous renal support therapy and severe ARDS criteria (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ratio of 43) refractory to alveolar recruitment measures. ECMO support was performed in specialized center for 19 days. A flexible bronchoscopy was also performed, which showed macular lesions scattered throughout the trachea and the whole bronchial tree. He was readmitted in IMV weaning by tracheostomy, eventually reaching ventilatory autonomy. He was discharged reporting no symptoms, with resolution of skin lesions and frank improvement of radiological changes.

**Discussion:** In this case several risk factors for progression to varicella pneumonia described in literature were noticed, including male gender, smoking, high fever, severe rash (more than 100 lesions) and liver involvement. This complication has a variable course, from early settlement to ARDS development. Recent studies point out that the timely referral of these patients to specialized ECMO center has impact on prognosis.

**Key words:** *Chickenpox. Pneumonia. ARDS. ECMO.*

## P26. CASO CLÍNICO DE ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA

A.F. Matos, F. Freitas, I. Correia, A. Manique, L. Boal, R. Macedo, C. Bárbara

*Centro Hospitalar de Lisboa Norte.*

**Introdução:** A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma reação de hipersensibilidade comum em doentes com asma, aquando da colonização da árvore brônquica por espécies de *Aspergillus*. Episódios repetidos de obstrução brônquica, inflamação e impactação mucoide contribuem para o desenvolvimento de bronquiectasias, fibrose e compromisso respiratório.

**Caso clínico:** Expõe-se o caso de uma doente do género feminino, 18 anos, com diagnóstico de asma brônquica de difícil controlo desde a infância. Episódios obstructivos caracterizados por dispneia de início súbito, pieira e tosse de predomínio noturno, com reversão após terapêutica broncodilatadora. Provas de função respiratória compatíveis com obstrução reversível do fluxo aéreo e múltiplos internamentos por exacerbações. Acompanhamento irregular e incumprimento terapêutico desde os 15 anos com registo de múltiplas avaliações em contexto de urgência e exacerbações infecciosas. Internamento no serviço de pneumologia (adultos) por nova agudização, associada a alteração radiológica compatível com atelectasia do lobo inferior direito (LID). Referência a agravamento progressivo de dispneia, que à admissão ocorria em repouso, além de agravamento de intensidade da tosse e purulência da expectoração. TC de tórax a descrever preenchimento do brânquio segmentar apical do LID, espessamento da parede brônquica do lobo médio e bronquiectasias centrais e periféricas do segmento inferior da línula. Isolados em micológicos de secreções brônquicas *Aspergillus fumigatus*, detetadas precipitinas séricas para *Aspergillus*, eosinofilia periférica, bem como IgE total e específica elevadas (1.422 U/ml e positivo classe 4, respetivamente). Testes cutâneos reativos para antigénios de *Aspergillus*, reunindo-se assim critérios para o diagnóstico de ABPA. Foi iniciada terapêutica combinada com corticoterapia sistémica e itraconazol além de manutenção da terapêutica inalatória. Na reavaliação aos dois meses, melhoria clí-

nica relevante, caracterizada fundamentalmente pelo aumento de tolerância ao exercício.

**Discussão:** A ABPA é comumente possibilidade diagnóstica em doentes com asma, principalmente aquando de testes cutâneos reativos para *Aspergillus*. Não há no entanto testes específicos na determinação diagnóstica, que se estabelece com base em critérios clínicos, radiológicos e imunológicos. O tratamento visa o controlo dos episódios de inflamação aguda além de limitar a progressão de lesão pulmonar, devendo ser iniciado precocemente. Apesar da monoterapia com glucocorticoide ser mais frequentemente utilizada, há evidência de benefício da terapêutica combinada.

**Palavras-chave:** *Asma. Aspergillus. Dispneia. Bronquiectasias.*

## P27. COMPLICAÇÕES PULMONARES DA TERAPÊUTICA COM FLUDARABINA

A.S. Machado, N. Jacinto, P. Rocha, J. Meneses Santos

*Hospital de Santa Maria.*

**Introdução:** A terapêutica com fludarabina causa imunossupressão acentuada e é responsável por risco aumentado de infecção pulmonar oportunística. Causa, por outro lado, toxicidade pulmonar sobretudo em doentes portadores de leucemia linfocítica crónica (LLC). Os autores apresentam um caso de LLC sob fludarabina que se complicou de pneumonia a *Pneumocystis jirovecii* (PCP) e cuja radiologia torácica revelou sinais de fibrose intersticial pulmonar e pneumonia organizativa (PO) e/ou pneumonia organizativa aguda fibrosante (POAF).

**Caso clínico:** Homem, 72 anos, diagnóstico de LLC, completou 6 ciclos de fludarabina (45 mg 3 dias cada ciclo), ciclofosfamida e rituximab em julho de 2014, atingindo remissão completa. Foi internado em setembro de 2014 por cansaço fácil e expectoração mucosa desde há um mês e febre com 24h de evolução. Observou-se: hemoglobina- 9,7 mg/dL, leucócitos- 2.090 × 10<sup>6</sup>/L, linfócitos- 200 × 10<sup>6</sup>/L, plaquetas- 118.000 × 10<sup>6</sup>/L, PCR- 18,2mg/dL, paO<sub>2</sub>- 63,8 mmHg com FiO<sub>2</sub>- 40%, SpO<sub>2</sub> 92%, paCO<sub>2</sub>- 34,9 mmHg, pH- 7,47. A radiografia torácica evidenciou infiltrado intersticial bilateral dos 2/3 inferiores dos campos pulmonares. Iniciou antibioterapia endovenosa com piperacilina-tazobactam 4,5 g, 6/6h e trimetoprim, 15 mg/Kg/dia e sulfametoxazol, 75 mg/Kg/dia (TMP/SMX). As hemoculturas e estudos serológicos para agentes de pneumonia da comunidade foram negativos. Identificou-se *Pneumocystis jirovecii* por imunofluorescência no lavado bronco-alveolar (LBA). O internamento complicou-se com agravamento da insuficiência respiratória (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> = 80) e mielotoxicidade pelo TMP/SMX. Houve necessidade de ventilação mecânica invasiva, corticoterapia e substituição de TMP/SMX por primaquina e clindamicina. A evolução clínica foi favorável com a regressão do quadro respiratório. A tomografia computadorizada torácica de alta resolução, 15 dias após a resolução deste quadro, revelou doença intersticial fibrótica crónica com PO e/ou POAF e sinais de hipertensão pulmonar.

**Discussão:** Nos doentes em tratamento com fludarabina a presença de manifestações respiratórias deve obrigar a esforço significativo para exclusão de processo infeccioso. A sensibilidade do LBA com imunofluorescência directa é de 80-90% para o diagnóstico de PCP. Por outro lado, aquelas manifestações podem decorrer da toxicidade pulmonar da fludarabina. Esta manifesta-se por pneumonite aguda ou subaguda e por fibrose intersticial com PO e/ou POAF. Em alguns estudos a incidência desta toxicidade é de 8-9%. Sugere-se assim a necessidade de vigilância regular, eventualmente radiológica e gasimétrica arterial, dos doentes sob esta terapêutica.

**Palavras-chave:** *Leucemia linfocítica crónica. Fludarabina. Pneumonia Pneumocystis jirovecii. Fibrose intersticial pulmonar com pneumonia organizativa e/ou pneumonia organizativa aguda fibrosante.*

## P28. ABCESSO PULMONAR - UMA COMPLICAÇÃO DA COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA

A.A. Santos, J.S. Carvalho, J.M. Correia, F. Nogueira

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

**Introdução:** O excesso de peso e obesidade são um problema importante de saúde pública e são reconhecidos como uma epidemia mundial. As técnicas cirúrgicas para o seu tratamento são amplamente aceites e têm vindo a evoluir ao longo dos últimos 50 anos. Estão descritas as suas complicações agudas e a curto prazo, no entanto os dados acerca das complicações a longo prazo, nomeadamente respiratórias, são escassos. Estudos de follow-up têm demonstrado incidências elevadas de complicações esofágicas, e estas estão associadas a sequelas pulmonares, como infecções respiratórias recorrentes, hemoptises, bronquiectasias e fibrose.

**Caso clínico:** Mulher de 59 anos de idade, não fumadora, com antecedentes de cirurgia de colocação de banda gástrica há 10 anos, foi observada em consulta de Pneumologia por quadro de tosse produtiva de expectoração mucosa, com quatro meses de evolução, em maio de 2014. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que apresentava área de consolidação central no lobo superior esquerdo e opacidades nodulares e micronodulares com distribuição centrilobular no lobo médio e lobo inferior direito, compatíveis com disseminação endobrônquica. Era igualmente descrito presença de banda gástrica, havendo distensão esofágica a montante e estase. Foi realizada broncofibroscopia com lavado broncoalveolar, tendo os resultados bacteriológicos sido negativos e o restante estudo inconclusivo. Cumpriu antibioterapia com melhoria. Em outubro observa-se reaparecimento da tosse produtiva, com febre, artralgias e mialgias. Foi novamente medicada com antibiótico. No entanto, uma semana depois mantinha tosse com expectoração hemoptoica. Repetiu TC torácica que documentou consolidação de quase todo o lobo médio com broncograma aéreo, existindo na porção anterior e inferior área de hipodensidade com captação periférica e aspeto biloculado, com bolhas de ar, compatível com abscesso pulmonar. Igualmente observava-se ectasia do esófago com estase de líquido na metade inferior. Analiticamente com leucocitose (10.300/uL), sem neutrofilia e com PCR de 10,7 mg/dL, gasimetria arterial sem alterações. Cumpriu 28 dias de levofloxacina e fisioterapia respiratória, em ambulatório, com melhoria nas várias reavaliações.

**Discussão:** Apresenta-se este caso por se tratar de uma complicação pouco frequente da colocação de banda gástrica e com o intuito de realçar as complicações respiratórias de algumas cirurgias bariátricas.

**Palavras-chave:** Abscesso pulmonar. Banda gástrica.

## P28. PULMONARY ABSCESS - A COMPLICATION OF GASTRIC BANDING

A.A. Santos, J.S. Carvalho, J.M. Correia, F. Nogueira

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

**Introduction:** Overweight and obesity are an important public health problem and are recognized as a worldwide epidemic. Surgical techniques to its approach are widely accepted and have been evolving in the last 50 years. Their acute and short-term complications are well described, however data regarding the long-term complications, namely respiratory ones, are scarce. Follow-up studies have demonstrated a high incidence of esophageal complications, and those have been associated with pulmonary sequelae, such as recurrent respiratory infections, hemoptysis, bronchiectasis and fibrosis.

**Case report:** 59 year old woman, non smoker, submitted to gastric banding surgery ten years before, was observed in a pulmonology consultation complaining of productive cough with mucous sputum for the last four months in May of 2014. Was submitted to thoracic computed tomography (CT) that showed a central consolidation in the left upper lobe and nodular and micronodular opacities with centrilobular distribution in the middle and right inferior lobe, suggesting endobronchic dissemination. It was also described the presence of a gastric band and there was esophageal distension and stasis. Bronchofibroscopy with bronchoalveolar lavage was performed. Bacterial studies were negative and the rest of the study was inconclusive. She was medicated with antibiotic, with benefit. In October there is recurrence of the productive cough, with fever, myalgia and arthralgia. Again she was medicated with antibiotic. However, a week later she still had cough and hemoptoic sputum. The thoracic CT as repeated and it documented a consolidation of almost all the middle lob with air bronchogram, and in the anterior and inferior portion there was a hipodensity with peripheral contrast gain and a biloculated aspect with air bubbles, compatible with pulmonary abscess. There was also observed esophageal ectasia and stasis in its inferior half. Analytic showed leukocytosis (10,300/uL), without neutrophilia and a C-reactive protein of 10.7 mg/dL. She completed 28 days of Levofloxacin and respiratory physiotherapy, in ambulatory regimen, with clinical improvement in several reevaluations.

**Discussion:** We present this case as it describes an uncommon complication of gastric banding and with the aim to emphasize the respiratory complications of some bariatric surgery.

**Key words:** Pulmonary abscess. Gastric band.

## P29. ABCESSOS PULMONARES - 5 ANOS EM REVISÃO

M.A. Galego, D. Rodrigues, A.P. Vaz, J. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, ULSM, E.P.E.*

**Introdução:** O abscesso pulmonar representa a necrose de tecido pulmonar resultante de um processo infeccioso. O quadro clínico é indolente, sobretudo em infeções por anaeróbios. A antibioterapia e a cinesiterapia constituem a base do tratamento. A cirurgia é raramente necessária.

**Objectivos:** Caracterização dos doentes internados com diagnóstico de abscesso pulmonar no departamento de Medicina da ULSM.

**Métodos:** Análises retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com diagnóstico de abscesso pulmonar segundo a classificação ICD-10 (J85), entre novembro de 2009 e novembro de 2014.

**Resultados:** Foram identificados 61 casos, com idade média de 64 anos (mínima 33; máxima 92), dos quais 80% eram homens. Das comorbidades relevantes, destacaram-se o alcoolismo (33%), a diabetes (26%) a doença cerebrovascular (11%), a terapêutica imunossupressora (7%) e a patologia pulmonar estrutural (51%); 15 doentes (25%) não apresentavam qualquer factor de risco conhecido. A tosse produtiva (74%), a toracalgia (33%), a febre (52%) e as queixas constitucionais - perda ponderal (43%) e anorexia (58%), foram dos sintomas mais comuns à apresentação. O tempo de evolução médio à altura do diagnóstico foi de 27 dias. O isolamento de agente foi possível em 21% - os microrganismos mais frequentes foram a *P. aeruginosa* eo *S. aureus*. O *M. tuberculosis* foi identificado em 1 caso. Foram diagnosticadas 8 neoplasias durante o estudo, todas por broncofibroscopia, 6 como primários do pulmão. O tempo médio de internamento foi de 26 dias e a duração média de antibioterapia 38 dias, com a clindamicina associada a betalactâmicos como terapêutica mais comum, nos esquemas iniciais. Todos os doentes fizeram cinesiterapia e em nenhum caso houve tratamento cirúrgico. Doze doentes faleceram (média de idades de 73 anos) - 42% com passagem por unidades de cuidados intensivos/in-

termédios. Os óbitos resultaram, sobretudo, de complicação/evolução de patologias pré-existentes (doenças pulmonar estrutural grave e cardíaca, neoplasia em estágio avançado).

**Conclusões:** Os resultados obtidos estão, na sua maioria, de acordo com o descrito na literatura. O baixo número de agentes identificados reflecte a dificuldade no isolamento de anaeróbios através dos exames diagnósticos habituais. O elevado número de óbitos pode estar relacionado com a idade mais avançada e maior número de comorbilidades associadas.

**Palavras-chave:** Abscesso pulmonar. *Pneumonia necrotizante*.

## TUBERCULOSE

### P30. TUBERCULOSE - UM DESAFIO ATUAL

A.V. Cardoso<sup>1</sup>, H. Lobo Martins<sup>2</sup>, S. Campinha<sup>3</sup>, R. Duarte<sup>3,4,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João. <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Baixo Vouga. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

<sup>4</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia.

<sup>5</sup>Centro de Referência para TBMR da Região Norte. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**Introdução:** Apesar da diminuição da incidência da tuberculose (TB) em Portugal nos últimos anos, esta mantém-se em valores acima da média europeia. O diagnóstico e a instituição de tratamento atempados são fundamentais para diminuir a transmissão da doença. Contudo, a apresentação clínica e radiológica diversa da TB pode tornar o seu diagnóstico um verdadeiro desafio.

**Caso clínico:** Homem, 41 anos, fumador. Antecedentes de exposição a TB na infância, na altura fez rastreio tendo sido excluída doença. Aos 38 anos, aparecimento de lesão cutânea ao nível do hemitórax superior esquerdo motivando realização de TC torácica para avaliação da extensão da mesma. A TC revelou que esta se limitava à região subcutânea, contudo, ao nível do LSE mostrou áreas nodulariformes de contornos espiculados, a maior com 35 mm. Sem queixas respiratórias ou constitucionais. Foi submetido a remoção cirúrgica da lesão cutânea cujo exame anatomo-patológico revelou tratar-se de dermatofibrosarcoma protuberans. Não fez tratamento adicional e até à data sem evidência de recidiva. Para estudo das alterações do LSE, realizou BFC com LB/LBA que revelou exame micobacteriológico direto positivo no LB (negativo no LBA), com teste de amplificação de ácidos nucléicos (TAAN) para *Mycobacterium tuberculosis complex (MT-complex)* e exame micobacteriológico cultural negativos, pelo que não foi estabelecido diagnóstico de TB. Citologia LB/LBA sem evidência de malignidade. Manteve-se em vigilância. Três anos após, referiu queixas de tosse seca com dois meses de evolução e hipersudorese noturna. Repetiu TC torácica que mostrou aumento dimensional das lesões; e BFC com LB/LBA e biópsias pulmonares transbrônquicas sem isolamentos microbiológicos, evidência de malignidade ou processo granulomatoso. Proposto para biópsia cirúrgica, tendo realizado ressecção em cunha do LSE: processo granulomatoso necrotizante, com pesquisa de BAAR e TAAN para *MT-complex* negativos. Dada a elevada suspeita de tuberculose, foi pedida nova TAAN de outra amostra da peça cirúrgica que veio positivo, tendo-se assumido o diagnóstico de TB e iniciado tratamento anti-bacilar (HRZE).

**Discussão:** O caso descrito mostra uma apresentação clínica/imagiológica menos típica de TB pulmonar e realça a importância de manter a suspeição clínica e insistir nas técnicas de isolamentos

microbiológicos, de forma a poder estabelecer o diagnóstico e a instituir o tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Tuberculose. *Mycobacterium tuberculosis complex*. Exame micobacteriológico. Teste de amplificação de ácidos nucléicos.

### P31. TUBERCULOSE PULMONAR - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Pereira, J. Lages, J.F. Cruz, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

**Introdução:** A tuberculose pulmonar é uma das principais causas infecciosas de morte a nível mundial, morrendo mais pessoas por tuberculose em todo o mundo, do que por qualquer outra doença infecciosa curável. A chave do diagnóstico da tuberculose reside no alto nível de suspeição clínica. A radiografia torácica continua a ter um papel central, sendo a hipotransparência fibro-nodular e a cavitação, sobretudo nos segmentos apicais e posteriores dos lobos superiores ou segmentos superiores dos lobos inferiores, o aspecto mais frequente. Contudo, pode observar-se qualquer padrão radiológico. A tomografia computadorizada torácica é mais sensível do que a radiografia torácica, na deteção de doença ativa ou inativa.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma jovem de 24 anos, caucasiana, costureira, fumadora (5 UMA). Antecedentes de síndrome depressivo e gravidez ectópica aos 18 anos. Admitida no nosso hospital por quadro de tosse seca, que alternava com períodos de expectoração amarelo-esverdeada, com início há cerca de 3 meses. Associadamente, referia toracalgia pleurítica retro-esternal e sibilância ocasional. Negava febre, dispneia, hemoptise, perda ponderal ou anorexia. Negava contacto com conviventes doentes ou aspiração de corpo estranho. Sem história de patologia respiratória prévia. Ao exame objetivo, a salientar sibilância mais evidente no 1/3 superior do hemitórax direito à auscultação pulmonar. Analiticamente, sem alterações de relevo. A teleradiografia do tórax revelou atelectasia do lobo superior direito, com sinal em "S Golden", confirmada por tomografia computadorizada torácica, sem outras alterações. Neste contexto, foi submetida a broncofibroscopia, onde se visualizou uma mucosa brônquica irregular, hipervascularizada e com aparente necrose extensa do brônquio lobar superior direito, com extensão ao brônquio principal. O exame direto do aspirado brônquico foi positivo para BAAR, bem como o exame cultural, com isolamento de *Mycobacterium tuberculosis complex*. Ainda em curso o resultado da biópsia brônquica e o teste de sensibilidade aos antibióticos. A doente iniciou terapêutica com os 4 antibióticos de 1ª linha.

**Discussão:** Este caso demonstra uma forma de apresentação radiológica de tuberculose pulmonar incomum, pelo que os autores pretendem alertar para a sua consideração no diagnóstico diferencial, mesmo em doentes imunocompetentes e sem contexto epidemiológico.

**Palavras-chave:** Atelectasia. Tuberculose pulmonar. Diagnóstico diferencial.

### P32. TUBERCULOSE OCULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J.P. Eusébio, C. D'Araújo, D. Duarte, C.C. Cardoso, A. Domingos

Serviço de Pneumologia, CHO, Unidade de Torres Vedras.

**Introdução:** A Tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa multissistémica que afecta primariamente os pulmões e é responsável por significativa morbi-mortalidade a nível mundial. Para além dos pulmões, outros órgãos podem ser afectados, incluindo o globo ocular. O envolvimento ocular em doentes com TB sistémica é raro, e apenas 1,2-1,39% dos doentes com TB pulmonar têm TB

ocular. A uveíte posterior é a apresentação mais comum de TB ocular, com lesões afectando predominantemente a coróide.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente de 55 anos de idade, sexo masculino, ex-fumador, com antecedentes pessoais irrelevantes, referenciado pela Oftalmologia ao CDP de Torres Vedras para despiste de TB ocular em doente com queixas de diminuição focal da acuidade visual e lesão coróideia única. O teste de sensibilidade à tuberculina (TST) foi positivo (28 mm), tal como o teste de detecção de interferão  $\gamma$  (IGRA). A radiografia do tórax não evidenciou alterações relevantes, tal como a TC torácica. Neste contexto, decidiu-se iniciar terapêutica de prova segundo esquema 2 HRZE/7 HR, que o doente mantém actualmente, com evolução clínica favorável.

**Discussão:** Apesar de raros, os tubérculos coróideus são as lesões mais conhecidas no contexto de TB ocular, com várias descrições clínicas e histopatológicas presentes na literatura. Localizam-se profundamente na coróide, comumente no polo posterior, apresentando-se unilateralmente (mais frequentemente) ou bilateralmente como lesões amareladas, discretas, com bordos mal definidos e centro elevado. Podem estar associados a perivasculite retiniana. A apresentação clínica com diminuição da acuidade visual geralmente deve-se à sua localização dentro e em redor da mácula, com fluido subretiniano circundante. Tubérculos mais periféricos são geralmente assintomáticos, a não ser que estejam associados a inflamação do segmento anterior. O diagnóstico desta entidade é geralmente presumptivo, corroborado por testes laboratoriais como o TST ou o IGRA, ou evidência radiológica em radiografia do tórax ou TC torácica. O diagnóstico definitivo, feito por demonstração histopatológica da presença de micobactérias é extremamente raro, estando-se a realizar cada vez mais técnicas de biologia molecular em amostras intra-oculares. Quando iniciada atempadamente, a terapêutica antibacilar é eficaz no tratamento desta entidade.

**Palavras-chave:** Tuberculose ocular. Uveíte. Coróide.

### P32. OCULAR TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

J.P. Eusébio, C. D'Araújo, D. Duarte, C.C. Cardoso, A. Domingos

*Serviço de Pneumologia, CHO, Unidade de Torres Vedras.*

**Introduction:** Tuberculosis (TB), a multisystem infectious disease, primarily affects the lungs and causes significant morbidity and mortality worldwide. TB, however, may affect other organs, including the eye. Ocular involvement in patients with systemic TB is uncommon and only 1.2-1.39% of patients with pulmonary TB may have intraocular TB. Posterior uveitis is the most common presentation of intraocular TB, with lesions predominantly present in the choroid.

**Case report:** The authors present the case of a 55-year-old male, former-smoker, with irrelevant personal background, referenced to the Torres Vedras's Pneumologic Diagnostic Center by Ophthalmology for ocular TB screening in a patient with complaints of decreased visual acuity and single choroidal lesion. The tuberculin sensitivity test was positive (28 mm) such as  $\gamma$ -interferon detection test. Chest X-rays showed no significant changes, such as chest CT scan. In this context, it was decided to start therapeutic proof with the scheme 2 HRZE/7 HR, which the patient presently maintains, with a favorable clinical outcome.

**Discussion:** Although uncommon, choroidal tubercles are the most recognized lesions in ocular TB, with both clinical and histopathologic descriptions available in the literature. They are located deep in the choroid, usually situated in the posterior pole, presenting unilaterally (more commonly) or bilaterally as yellowish lesions, discrete with ill-defined borders and typically elevated centrally. Choroidal tubercles may have associated retinal perivasculitis. Poor vision at presentation may be due to tubercles located in and around the macula with surrounding subretinal fluid. Peripheral tubercles are usually asymptomatic unless associated with anterior

segment inflammation. The diagnosis is usually presumptive and corroborated by laboratory tests such as positive tuberculin skin test or IFN- $\gamma$  release assays, or radiographic evidence on chest X-ray or PET/computer-assisted tomography. Definitive diagnosis by histopathological demonstration of mycobacteria is extremely rare, although PCR is increasingly being performed on intraocular samples. Antitubercular therapy effectively reduces the rate of recurrence of inflammation when administered in a timely manner.

**Key words:** Ocular tuberculosis. Uveitis. Choroiditis.

### P33. DISPNEIA NO DOENTE COM DOENÇA AUTO-IMUNE

C. Lacerda<sup>1</sup>, A. Machado<sup>2</sup>, D. Coutinho<sup>3</sup>, R. Duarte<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Porto. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** As doenças auto-imunes (DAI) podem ser sistémicas e cursar com atingimento pulmonar. Contudo, tendo em conta a fragilidade do sistema imunitário inerente à DAI, esta é por si só um fator de risco independente para o desenvolvimento de outras patologias respiratórias nomeadamente de causa infecciosa.

**Caso clínico:** Mulher de 45 anos, socióloga e ex-fumadora. Destacase como antecedente pessoal uma infecção respiratória grave aos 30 anos. Apresenta desde há vários anos episódios intermitentes de síndrome de Raynaud, artralgias/artrites, úlceras vaginais, aftas orais, eritema malar e, mais recentemente, episódios de uveíte anterior. Este quadro motivou, há 9 anos, um estudo e seguimento em consulta de DAI por conectivite indeterminada (provável doença de Beçhet/lúpus eritematoso sistémico) que atualmente se encontra estabilizado e sem necessidade de medicação. O estudo analítico auto-imune inicial mostrou apenas positividade para os anticorpos anti-nucleares (ANAs 1/160) e para HLA-B35 e HLA-B27 no estudo molecular. Há cerca de 10 meses inicia um quadro de fadiga acentuada e dispneia progressiva para médios/pequenos esforços, sem outro sintoma associado, que motivou um estudo com ECG, ecocardiograma, radiografia de tórax e provas funcionais respiratórias que se revelaram normais. Sete meses após início e persistência dos sintomas realizou uma TC tórax que mostrou pequenas bronquiectasias no lobo superior direito associado a pequenos granulomas calcificados e diminutas imagens nodulares não calcificadas. Realizou um exame microbiológico e micobacteriológico de expectoração cujo o resultado foi negativo. Posteriormente efetuou uma broncofibroscopia com LBA dirigido que não revelou alterações endobrônquicas e os exames citológico, baciloscopias e teste de amplificação dos ácidos nucleicos foram negativos. Ao 40º dia a cultura positivou para *Mycobacterium tuberculosis complex*, resistente à Estreptomina. Iniciou tratamento tuberculoestático com evolução favorável.

**Discussão:** A tuberculose pulmonar nem sempre se manifesta de forma típica podendo estar camuflada por outras patologias pré-existentes o que resulta frequentemente em atrasos no diagnóstico. Perante a presença de novos sintomas deverão ser equacionados e excluídos, através de um estudo alargado, todos diagnósticos possíveis.

**Palavras-chave:** Doenças auto-imunes. Tuberculose pulmonar.

### P34. O PAPEL DA BIÓPSIA TRANSTORÁCICA NO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE

T. Abrantes, J. Silva, M. Sousa, V. Melo, E. Silva, J. Vale, A. Bento, S. Torres

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

**Introdução:** A tuberculose permanece um problema maior de saúde pública. O diagnóstico de tuberculose pulmonar assenta, essen-



cialmente, em achados clínicos e imagiológicos sugestivos, complementados por estudo laboratorial específico.

**Caso clínico:** Mulher, 31 anos, desempregada, fumadora com CT de 11 UMA, sem doenças conhecidas e sem medicação diária. Enviada ao Serviço de Urgência pelo médico assistente por perda de peso involuntária de 4 kg em 3 meses (10 kg em 2 anos), referindo hipersudorese nocturna, tosse seca esporádica e dor torácica, pleurítica, a nível torácico posterior direito. Sem história de dispneia, pieira, hemoptises, anorexia, astenia, artralgias. Sem comportamentos de risco ou história de trauma. Sem história familiar de neoplasia. Exame físico sem alterações de relevo. Normotensa, normocardica e SpO<sub>2</sub> 98% em ar ambiente. Analiticamente de destacar quantiferon positivo (0,79 IU/mL), VIH negativa. A radiografia torácica revelou imagem vagamente nodular, pericentimétrica, projectada ao LSD. TC torácica com 3 imagens nodulares, a nível do segmento posterior do lobo superior direito, uma delas cavitada com 1,2 cm e as restantes com 1,5 e 0,7 cm, de contornos esfumados e espiculados, a maior delas com captação de contraste iodado. Adjacente a estas lesões, áreas esboçando flor-de-mimosa. Colhidas amostras de expectoração (n = 5), pesquisa de BK negativa, sem desenvolvimento bacteriano ou de micobactérias. Realizou VBF que não mostrou lesões endobrônquicas. MiniLBA negativo para BK, ausência de desenvolvimento de bacteriano e de micobactérias. Citologia negativa para células neoplásicas. Celularidade com predomínio linfocítico. Realizou TC-tórax, após 2 meses de seguimento, mantendo as lesões anteriormente descritas. Submetida a biópsia aspirativa transtorácica (BTT), cujo exame directo revelou raros BAAR e cultura de micobactérias positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, multissensível. Iniciou terapêutica antibacilar com melhoria clínica e imagiológica.

**Discussão:** A BTT pode surgir como último recurso para diagnóstico de tuberculose pulmonar, sendo a cultura de BK através deste método um exame com alta sensibilidade e especificidade.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Cavitação. Biópsia.

### P35. MICOBACTERIOSES ATÍPICAS - REALIDADE NA CIDADE DE LISBOA

F. Teixeira Lopes, S. Alfarroba, A. Dinis, M.C. Gomes, A. Tavares

Centro de Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches, Departamento de Saúde Pública.

**Introdução:** A incidência estimada da infecção por micobactérias não-tuberculosas (IMNT) é de 1 a 1,8/100.000 habitantes. Existem critérios clínicos, imagiológicos e microbiológicos que determinam a indicação e o tipo de tratamento.

**Objectivos:** Caracterização dos casos de IMNT notificados em Lisboa nos últimos 3 anos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos casos de IMNT notificados pelo CDP Dr. Ribeiro Sanches nos anos de 2012 a 2014 e sua caracterização (clínica, critérios de diagnóstico, tratamentos e resultados).

**Resultados:** Nos últimos 3 anos foram notificados 37 casos de IMNT, correspondendo a 0,7/100.000 casos/habitantes/ano. A maioria (62%) em doentes do sexo feminino e com média de idades de 56,7 anos. Os factores de risco mais comuns foram bronquiectasias (17), tabagismo (17), infecção VIH (10), história de neoplasia (7) e emigração (6). As micobactérias identificadas foram *Mycobacterium avium* complex (14 *avium*, 3 *intracelular*), *M. abscessus* (4), *M. chelonae* (3), *M. kansasii* (2), *M. gordonae* (2), *M. lentiflavum* (2), uma co-infecção por *M. avium* e *M. xenopi*, uma co-infecção por *M. avium* e *M. kansasii*, uma *M. fortuitum*, uma *M. xenopi* e uma *M. szulgai*. Os isolamentos foram obtidos na expectoração (16 casos), no lavado brônquico (16), em hemoculturas (2), no líquido pleural

(1) e numa biópsia cutânea (1). Houve um predomínio de primeiras infecções (36). A maioria (89%) teve apenas manifestações pulmonares, havendo um caso de co-infecção pulmonar e cutânea e uma micobacteriose disseminada. As alterações imagiológicas mais encontradas foram bronquiectasias com inflamação (7) e nódulos cavitados (6). A terapêutica teve uma duração média de 9,1 meses. Todos os esquemas incluíram um macrólido e a maioria utilizou etambutol (33) e rifampicina/rifabutina (28), de acordo com as normas publicadas. Houve uma recidiva.

**Conclusões:** O diagnóstico e tratamento das IMNT permanece um desafio. Dados epidemiológicos são escassos e as normas terapêuticas requerem actualização. Admitimos um sub-diagnóstico de IMNT em Lisboa de acordo com a literatura. A maioria dos nossos doentes foi tratada de acordo com as normas. Contudo a duração média de tratamento foi inferior à aconselhada. A melhoria sintomática e consequente abandono da terapêutica poderá ser um dos motivos.

**Palavras-chave:** Micobactérias atípicas.

### P36. UMA QUESTÃO DE ÊMBOLOS

J.P. Eusébio, C. D'Araújo, D. Duarte, C.C. Cardoso, A. Domingos

Serviço de Pneumologia, CHO, Unidade de Torres Vedras.

**Introdução:** O embolismo gordo (EG), definido pela ocorrência de oclusão de pequenos vasos por gotículas de gordura geralmente originadas em fracturas ósseas (fémur, tibia, pélvis), artroplastias ou outros procedimentos ortopédicos, é uma patologia praticamente ubíqua em todos essas situações (80-100% dos casos), e normalmente não causa danos aos órgãos atingidos. Em situações raras, o EG pode evoluir para síndrome de embolismo gordo (SEG), em que há lesão e disfunção de um ou mais órgãos (principalmente pulmões, cérebro e pele), podendo ser potencialmente fatal.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente de 35 anos de idade, sexo masculino, com antecedentes pessoais irrelevantes, vítima de acidente de viação do qual resultou traumatismo crânio-encefálico, fractura das apófises transversas direitas de L2 e L3 e fractura fechada diafisária do fémur esquerdo. Dois dias após o acidente, o doente foi submetido a encavilhamento anterógrado longo do fémur sob raquianestesia, que decorreu sem intercorrências. Quatro dias após o acidente, o doente iniciou quadro de toracalgia pleurítica direita e insuficiência respiratória parcial com necessidade de oxigenoterapia. Análises revelaram anemia ligeira, citólise hepática ligeira e elevação do CK 4.296 U/L, PCR 15 mg/dL e D-dímeros 3.586 ng/dL. A TC torácica evidenciou área de consolidação em topografia central, principalmente no lobo inferior direito e padrão em vidro despolido nos lobos superiores e com menor expressão no lobo médio, língula e lobos inferiores. Realizou-se ainda um ecocardiograma transtorácico que revelou dilatação das cavidades direitas com hipocinesia da parede livre do ventrículo direito e hipertensão pulmonar moderada. Admitido provável embolismo pulmonar gordo, transferiu-se o doente para uma unidade de cuidados intensivos e instituiu-se terapêutica de suporte com evolução clínica e imagiológica favorável.

**Discussão:** O diagnóstico de SEG é puramente clínico, não existindo nenhum exame laboratorial ou imagiológico que o confirme. O SEG apresenta desde insuficiência respiratória e alterações neurológicas variadas até convulsões e coma profundo. Actualmente não existe tratamento específico para o SEG, baseando-se a sua abordagem no tratamento de suporte de cada uma das suas consequências orgânicas, sendo a medida mais requisitada o suporte ventilatório.

**Palavras-chave:** Embolismo gordo. Fracturas.

### P36. A MATTER OF EMBOLI

J.P. Eusébio, C. D'Araújo, D. Duarte, C.C. Cardoso, A. Domingos

*Serviço de Pneumologia, CHO, Unidade de Torres Vedras.*

**Introduction:** Fat Embolism (FE), defined by the occurrence of occlusion of small vessels by fat droplets originated mainly from bone fractures (femur, tibia, pelvis), arthroplasties or other orthopedic procedures, is an almost ubiquitous condition in all these situations (80-100% of cases), and usually does not cause damage to the organs. In rare situations, the FE may evolve into Fat embolism syndrome (FES) in which there is damage and dysfunction of one or more organs (especially lungs, brain and skin), which can be life threatening.

**Case report:** The authors present a case of a 35-year-old male with irrelevant personal background, victim of a motorcycle accident which resulted in traumatic brain injury, fracture of the right transverse apophyses of L2 and L3 and closed diaphyseal fracture of the left femur. Two days after the accident, the patient underwent antegrade femoral long nailing under spinal anesthesia, which took place without complications. Four days after the accident, the patient complained about right pleuritic chest pain, accompanied by partial respiratory failure requiring oxygen therapy. Blood analysis revealed mild anemia, mild hepatic cytolysis and elevation of CK 4,296 U/L, CRP 15 mg/dL and D-dimer 3,586 ng/dL. A chest CT-scan showed a consolidation area in central topography, especially in the lower right lobe and ground glass opacities in the upper lobes and, with a lesser extent, in the middle lobe, lingula and lower lobes. A transthoracic echocardiogram revealed dilation of the right cavities with hypokinesia of the free wall of the right ventricle and moderate pulmonary hypertension. A likely fat pulmonary embolism was admitted and the patient transferred to an intensive care unit, where he received supportive therapy with clinical and imaging favorable evolution.

**Discussion:** FES diagnosis is purely clinical and there are no laboratory or imaging tests to confirm it. FES features from respiratory failure and variable neurological changes, to convulsions and deep coma. There is currently no specific treatment and its approach is based in the support treatment of each of its organizational consequences, being the most required measure ventilatory support.

**Key words:** Fat embolism. Fractures.

tosse seca, dispneia e ortopneia com quatro dias de evolução. Ao exame objectivo, apresentava valores tensionais de 220/130 mmHg, taquicardia e discretos fevres na base pulmonar esquerda. Foi realizada fundoscopia que identificou sinais de neuropatia óptica hipertensiva. A radiografia de tórax revelou infiltrados em asa de borboleta e a gasometria arterial alcalose respiratória. A avaliação analítica demonstrou elevação dos parâmetros inflamatórios, lesão renal aguda franca (creatinina sérica 8,41 mg/dL) e hipocaliémia. O electrocardiograma destacou sinais de hipertrofia ventricular esquerda. Foi sujeito a ecografia renovascular na qual se visualizou apenas aumento da reflectividade parenquimatosa renal. A tomografia computadorizada torácica revelou espessamento dos septos interlobulares e densificação em vidro despolido perihilar bilateral - padrão de "crazy paving". O doente foi submetido a broncofibroscopia com colheita de aspirado e lavado brônquico que revelaram macrófagos com ferro intracitoplasmático, sem sinais de infecção. Foram ainda realizados estudos da auto-imunidade, complemento, factor reumatóide e crioglobulinas que foram negativos, assim como as serologias virais. Os valores de renina e aldosterona apresentaram-se elevados. Uma TC abdominal revelou um adenoma na supra-renal esquerda. O doente foi submetido a biópsia renal que foi compatível com nefroangioesclerose hipertensiva. Após este procedimento, desenvolveu-se hematoma renal e perirenal esquerdo com hemorragia activa, pelo que foi necessário efectuar embolização da artéria renal homolateral. O doente mantém-se actualmente sob hemodiálise e terapêutica anti-hipertensiva agressiva. Observou-se resolução dos infiltrados pulmonares.

**Conclusões:** Este caso merece destaque por se tratar de uma causa rara mas identificável de hemorragia alveolar difusa. A terapêutica adequada é importante na prevenção da evolução da doença.

**Palavras-chave:** Hipertensão maligna. Hemorragia alveolar difusa. Diagnóstico. Lavagem broncoalveolar.

### P38. COLUMBOFILIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J.P. Gomes<sup>1,3</sup>, M. Petrova<sup>1</sup>, D. Donaire<sup>1</sup>, G. Cruz<sup>2</sup>, B. Barbosa<sup>1,3</sup>, J. Pereira de Moura<sup>1,3</sup>, A. Carvalho<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna A; <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>3</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

**Introdução:** A dispneia é um sintoma muito frequente na prática clínica. A sua existência é um desafio ao raciocínio médico, por ser expressão clínica de uma extrema variedade de patologias, que vão desde as infecciosas, às autoimunes, às vasculares ou mesmo cardíacas.

**Caso clínico:** Homem de 66 anos, independente nas atividades da vida diária que recorre ao serviço de urgência por dispneia de início abrupto, toracalgia do tipo pontada, bilateral, localizada aos 1/3 inferior do tórax, de intensidade máxima 7/10, sem irradiação, fatores de alívio ou de agravamento, que cedeu espontaneamente e febre (temperatura axilar 37,8 °C). Como antecedentes pessoais: febre reumática (na infância), tuberculose óssea (2001) tratada, neoplasia vesical operada, hiperplasia benigna da próstata operada, substituição valvular aórtica e mitral (há 8 meses - colocação de válvulas mecânicas), insuficiência cardíaca, doença renal crónica estágio 2 e história progressiva de tabagismo. Durante a realização da história clínica, verificámos que o doente tinha com *hobbie* a columbofilia. Tinha estado internado recentemente com febre sem foco, tendo sido tratado com antibioterapia. Ao exame físico estava taquicárdico, hipertenso (158/84 mmHg), febril (38,7 °C), tinha diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases. Ao estudo complementar destaca-se a leucocitose ( $17,0 \times 10^9/\text{mL}$ ) com neutrofilia, com uma PCR de 0,59 mg/dL, alcalose metabólica com PaO<sub>2</sub> de 87 mmHg com O<sub>2</sub> a 5L/min, FA de RVC e reforço hilar bilateral na radiografia torácica. É medicado com ceftriaxone e internado. Durante o internamento, realizou-se: estudo serológico para VHB, VHC, VIH e para M. tuberculosis que não

## DOENÇAS DIFUSAS PULMONARES

### P37. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA - COMPLICAÇÃO RARA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL MALIGNA

J.C. Duarte, J. Cravo, T. Alfaro

*Serviço de Pneumologia A, CHUC.*

**Introdução:** A hemorragia alveolar difusa (HAD) é uma síndrome rara e potencialmente fatal com múltiplas etiologias, sendo fundamental a sistematização no seu diagnóstico diferencial. A hipertensão arterial maligna é uma síndrome rara, definida como uma emergência hipertensiva com lesão de órgãos, carecendo de uma terapêutica célere e intensiva, sendo obrigatório o despiste de causas secundárias.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de um doente do género masculino, de 51 anos de idade, fumador (CT 30 UMA) e com antecedentes de sinusite. Recorre ao Serviço de Urgência por

tinha alterações; hemoculturas sem crescimento antimicrobiano; prova de Mantoux, sem reação; ecocardiograma transtorácico, sem vegetações visíveis. Inicia corticoterapia com metilprednisolona, apresentando resolução das queixas em cerca de 2 dias. À data da alta clínica, encontrava-se assintomático. Em ambulatório, enquanto aguardava a reavaliação em consulta externa de Medicina Interna, realizou a tomografia computadorizada torácica (alterações em vidro despolido) e a broncofibroscopia, que mostraram alterações compatíveis com o diagnóstico de pneumonia por hipersensibilidade.

**Discussão:** A “arte” do diagnóstico diferencial constitui parte fundamental da atividade clínica. A abordagem holística do doente, apoiada numa história clínica bem elaborada, é um dos pilares indispensáveis à nossa boa prática médica.

**Palavras-chave:** *Dispneia. Columbofilia. Toracalgia. Endocardite.*

### P39. QUANDO O SOM DOS CASCOS É DE ZEBRAS

J.S. Carvalho, A.A. Santos, F. Martins, C. Cristóvão, L. Oliveira, H. Lucas, F. Nogueira

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

**Introdução:** Um dos principais objectivos na abordagem da patologia intersticial pulmonar é diferenciar entre etiologia idiopática e secundária. Esta tarefa pode ser difícil, uma vez que frequentemente os doentes apresentam múltiplos factores confundentes (exposição ocupacional/ambiental diversa). Nestas situações é fundamental integrar os achados clínicos, radiológicos e histológicos.

**Caso clínico:** Homem de 70 anos, leucodérmico, ex-fumador (60 UMAs). História profissional de exposição a múltiplos pneumopulventes: sílica, asbestos, chumbo, tintas, diluentes. Sem exposição a fármacos potencialmente tóxicos para o pulmão. Seguido durante mais de três anos em consulta de Pneumologia por doença do interstício pulmonar (DIP). A investigação etiológica foi inconclusiva, destacando-se: - ANAs 1/160 e factor reumatóide positivo; avaliado por Reumatologia, excluindo-se doença reumatológica; Broncofibroscopia com lavado broncoalveolar sem alterações; TCs torácicas seriadas com doença estável, observando-se gânglios paratraqueais calcificados, áreas de densificação intersticial com padrão micronodular em vidro despolido e aspectos em “favo de mel” de predomínio basal; Ecocardiograma sem alterações. Assumiu-se provável pneumoconiose face à exposição profissional. Internado no Serviço de Pneumologia por infecção respiratória, apresentando hipoxémia marcada e dispneia significativa para pequenos esforços. Cumpriu antibioterapia com resolução do quadro infeccioso, mas persistiu insuficiência respiratória parcial com necessidade crescente de oxigenoterapia. Repetiu TC torácica que confirmou progressão da doença intersticial pulmonar (maior extensão do padrão de vidro despolido e fibrose). Iniciou acetilcisteína em dose antioxidante e intensificou-se corticoterapia, sem melhoria. Instituída azatioprina, também sem resposta. Acabou por falecer no contexto de insuficiência respiratória de agravamento progressivo refractária à terapêutica. Tendo em conta a evolução rapidamente progressiva da doença (não expectável face à hipótese de pneumoconiose) e instabilidade hemodinâmica, que impossibilitou a realização de exames invasivos para esclarecimento diagnóstico, foram realizadas biópsias pulmonares *post-mortem*. O diagnóstico anatomo-patológico foi Pneumonia Intersticial Usual; não se observaram asbestos, nódulos silicóticos ou outras alterações sugestivas de etiologia secundária.

**Discussão:** Este caso ilustra algumas dificuldades da abordagem das DIP: importância da obtenção de um diagnóstico com caracterização histológica sempre que possível; distinção entre progressão/exacerbação aguda da doença de base e agudização em contexto infeccioso; necessidade de acompanhamento destes doentes, reconsiderando os diagnósticos assumidos sempre que a evolução clínica e/ou imagiológica o sugira.

**Palavras-chave:** *Doença intersticial pulmonar. Pneumonia intersticial usual. Pneumoconiose.*

### P39. SOMETIMES THE SOUND OF HOOFS COMES FROM ZEBRAS

J.S. Carvalho, A.A. Santos, F. Martins, C. Cristóvão, L. Oliveira, H. Lucas, F. Nogueira

*Pulmonology Department, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.*

**Introduction:** One of the main goals approaching patients with interstitial lung diseases (ILD) is to separate idiopathic from secondary causes. Yet, this may be a difficult task because in many patients several confounding factors may coexist (occupational/environmental exposure to a multitude of agents). In such cases integrating clinical, radiological and pathological data is crucial.

**Case report:** 70-year-old white male, former smoker (60 pack-years) with occupational exposure to multiple toxic agents: silica, asbestos, lead, dyes and thinners. He denied any significant drug exposure. He was diagnosed with ILD and was followed in a Pulmonology outpatient setting for over three years. The diagnostic workup was inconclusive: His ANA titer was 1/160 and had a positive rheumatoid factor but had no evidence of Rheumatologic disease; bronchoscopy and bronchoalveolar lavage findings were normal; several chest CTs showed stable disease with calcified paratracheal nodes, interstitial densification with ground glass micronodular opacities and honeycombing predominantly in lower lobes; echocardiogram was normal. Considering the occupational exposure a pneumoconiosis was assumed. He was admitted to the Pulmonology Department with a lower respiratory tract infection, presenting with marked exertional dyspnea and hypoxemia. The infection resolved with antibiotic treatment; however hypoxemia and respiratory failure persisted with increasing oxygen needs. A new chest CT was performed, showing progressive fibrosis and ground glass pattern. There was no clinical improvement after treatment with acetylcysteine, corticosteroids and azathioprine. The patient died of refractory respiratory failure. Due to the unexpected rapidly progressive course of the disease, unusual in pneumoconiosis, a *post-mortem* lung biopsy was performed (patient's critical condition precluded aggressive procedures). Histopathologic examination revealed Usual Interstitial Pneumonia. There were no asbestos bodies or fibers, silicotic nodules or any other findings suggesting secondary pulmonary fibrosis.

**Discussion:** This case depicts some of the challenges faced while approaching patients with ILD: the importance of searching for the accurate diagnosis with histopathological examination whenever feasible; distinguishing between progression of the disease and superimposed infections in patients with acute exacerbations; the need to reevaluate established diagnoses in the light of new clinical, imaging or other data during the course of the disease.

**Key words:** *Interstitial lung disease. Usual interstitial pneumonia. Pneumoconiosis.*

### P40. PULMÃO DO SULFATADOR DE VINHAS: CASO CLÍNICO

P. Matos, T. Alfaro

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

**Introdução:** A descrição da entidade clínica ocupacional causada pela inalação de cobre contido nos *sprays* utilizados para a prevenção do crescimento de bolores na vinha foi feita pela primeira vez por Cortez Pimentel e Fernando Marques em 1969. Apesar da fisiopatologia da

doença não estar completamente esclarecida, acredita-se que o cobre inalado causa pneumonite de hipersensibilidade, podendo evoluir para fibrose pulmonar se a exposição não for interrompida.

**Caso clínico:** Homem de 64 anos, não fumador, com antecedentes de HTA, HBP e doença de Raynaud. Recorreu ao Serviço de Urgência por tosse irritativa, opressão torácica e febre poucos dias após sulfatação de vinha. Apresentava insuficiência respiratória parcial grave e infiltrados heterogêneos em ambos os hemitórax, de predomínio basal, na radiografia torácica. Foi internado para terapêutica e estudo complementar. Efetuada broncoscopia flexível com lavado broncoalveolar e biópsias transbrônquicas. A TCAR demonstrou micronodulação centrilobular nos lobos inferiores, algumas bronquiectasias de tração e enfisema parasseptal. O estudo funcional ventilatório evidenciou DLCO ligeiramente diminuída. A histologia foi compatível com pneumonite de hipersensibilidade. Teve alta sem insuficiência respiratória, medicado com corticoterapia inalada fixa, oral em esquema regressivo e com evicção de contacto com cobre inalado. No seguimento em consulta externa verificou-se normalização dos parâmetros gasométricos e ventilatórios, com resolução do padrão micronodular em TCAR de reavaliação aos 6 meses.

**Discussão:** O cobre continua a ser utilizado em preparações para sulfatação agrícola, podendo causar reações de hipersensibilidade quando o trabalhador não utiliza equipamento de proteção. Salienta-se a importância da investigação etiológica e ocupacional, especialmente nas formas de apresentação aguda, como no caso apresentado, não só pela mimetização clínica de processos infecciosos, bem como para a consciencialização de adoção de medidas de proteção inalatória.

**Palavras-chave:** Pulmão do sulfatador. Cobre inalado. Pneumonite de hipersensibilidade.

#### P41. VASCULITE SECUNDÁRIA AO PROPILTIOURACILO - CASO CLÍNICO

J.N. Machado, J.C. Costa, C. Ferreira, A. Marques, T. Costa

*Serviço de Pneumologia, Hospital Geral-CHUC.*

**Introdução:** O propiltiouracilo (PTU) é um fármaco antitiroideu utilizado no tratamento da doença de Graves e bócio multinodular. O desenvolvimento de anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (AN-CAs) durante o tratamento com propiltiouracilo não é raro, no entanto, em apenas alguns ocorre vasculite de pequenos vasos causadora de hemorragia alveolar.

**Caso clínico:** Os autores relatam o caso de uma doente de 72 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, bócio multinodular, depressão, glaucoma e hipoacusia, medicada com perindopril/indapamida, propiltiouracilo, flunarizina, sinvastatina, pantoprazol, sertralina e beta-histina, admitida no serviço de urgência por tosse, hemoptises, toracalgia posterior, astenia e febre com 8 dias de evolução. Ao exame objectivo ressalta-se estabilidade hemodinâmica, apirexia, auscultação pulmonar com crepitações na base esquerda e sopro sistólico aórtico II/VI. Laboratorialmente apresentava anemia de 8,7 g/dl, PCR elevada e provas hepáticas alteradas. Ecografia abdominal sem alterações. RX tórax com opacidades alveolares bilaterais perihilares. Gasimetria arterial com FiO<sub>2</sub> 21% - pH 7,47, PaO<sub>2</sub> 63 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 36 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 26 mmol/l e SatO<sub>2</sub> 93,7%. Foi internada, assumida pneumonia e iniciada antibioterapia empírica com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Em D1 verificou-se agravamento da insuficiência respiratória, hemoptise moderada e agravamento radiológico com maior profusão das opacidades alveolares bilateralmente. Foi colocada a hipótese de hemorragia alveolar, realizado estudo analítico auto-imune, iniciada corticoterapia em pulsos e contactados os Cuidados Intensivos (UCI) para onde foi transferida. Já na UCI verificou-se positividade para ANCAp MPO + (211) e PR3+ (7,2) e VS elevada

(110) e realizou TAC com alterações compatíveis com hemorragia alveolar. Foi estabelecida relação causal provável do quadro com propiltiouracilo, sendo este substituído por metibazol. Por boa evolução clínica teve alta da UCI em D10 e realizou, em D14, LBA que foi compatível com hemorragia alveolar. Manteve evolução clínica favorável, permitindo alta hospitalar sem necessidade de oxigenoterapia, a manter corticoterapia sistémica.

**Discussão:** O PTU tem sido reportado como responsável por positividade a ANCA em 4% a 46% dos casos, podendo, nalguns deles, conduzir a vasculites. Ainda que vasculite ANCA+ causada por PTU tenha sido mais frequentemente reportada na doença de Graves, também pode estar presente no bócio multinodular e cursar com envolvimento pulmonar.

**Palavras-chave:** Vasculite. ANCA. Propiltiouracilo. Hemorragia alveolar difusa.

#### P42. PNEUMONITE POR HIDROCARBONETOS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Raimundo, A. Alexandre, A. Loureiro, A. Fernandes, A. Afonso

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

**Introdução:** A pneumonite por hidrocarbonetos (PHC) é uma pneumonite química rara (2) causada pela inalação ou aspiração de hidrocarbonetos exógenos voláteis. A forma aguda observa-se em artistas que praticam pirofagia ou em contexto ocupacional. A clínica típica surge usualmente nas primeiras 12h, caracterizando-se por dispneia, toracalgia, febre e tosse não produtiva. Raramente ocorre tosse produtiva hemoptoica, vômitos, cefaleias e irritação da orofaringe. A auscultação pulmonar é habitualmente normal. Analiticamente poderá encontrar-se leucocitose e neutrofilia e gausimetricamente hipoxémia de grau variável. As anomalias radiológicas são frequentes e precoces, presentes à admissão em 90-95% dos casos. O diagnóstico pode revelar-se desafiante pela necessidade de identificação da exposição a hidrocarbonetos e pela clínica e achados radiológicos inespecíficos, mimetizando outras patologias.

**Caso clínico:** Sexo masculino, 38 anos, fumador (18 UMA). Trabalhador da construção civil. Carcinoma da bexiga aos 23 anos tendo realizado cistectomia, agora sob vigilância. A 09/03/2015, trinta minutos após o início de aplicação de produto de impermeabilização de superfícies ("HSO" - composto principalmente por solvente parafínico), doente iniciou clínica de dispneia, tosse não produtiva, intensa e emetizante, sensação de opressão torácica e irritação ocular e da orofaringe. Encontrava-se protegido com máscara de papel. Contactado o Centro de Informações Antivenenos que deu indicação de remoção do vestuário, banho corporal e oxigenoterapia. À admissão no SU do CHTMAD encontrava-se hemodinamicamente estável, apirético e ligeiramente taquipneico. Sem dificuldade respiratória e SpO<sub>2</sub> a ar ambiente de 97%. A orofaringe encontrava-se ruborizada e a auscultação pulmonar normal. Apresentava hipoxémia (PO<sub>2</sub> 63 mmHg) e leucocitose com neutrofilia. A radiografia torácica mostrava hipotransparência homogênea de predomínio nos campos pulmonares inferiores e a TCAR torácica mostrava focos de vidro despolido dispersos bilateralmente. Internado para vigilância, terapêutica de suporte e corticoterapia sistémica, assumindo-se o diagnóstico de PHC. Alta a 11/03/2015 com indicação para interrupção da exposição ao produto, curto curso de corticoterapia sistémica e cessação tabágica.

**Discussão:** A PHC aguda é rara, podendo ser confundida com outras patologias mais frequentes. É necessário estar ciente das suas características para poder ser incluída no diagnóstico diferencial quando existirem achados clínicos e/ou radiológicos suspeitos.

**Palavras-chave:** Pneumonite por hidrocarbonetos. Hidrocarbonetos. Pneumonia lipóide exógena aguda.

### P43. SÍNDROME PULMÃO RIM GRAVE SECUNDÁRIO A POLIANGEITE MICROSCÓPICA

V. Melo, M. Sousa, M. Oliveira, G. Sorbo, A. Campos, A.S. Torres

*Serviço de Pneumologia, CHTV.*

**Introdução:** A poliangeíte microscópica é uma vasculite sistêmica, inflamatória e necrotizante que atinge pequenos vasos e se associa à presença de ANCA. 90% dos doentes apresentam envolvimento renal com glomerulonefrite crescêntica necrotizante pauci-imune. O envolvimento pulmonar (hemorragia alveolar, derrame pleural) é frequente (10%). A manifestação mais grave é doença pulmonar e renal combinada sob a forma de síndrome pulmão-rim.

**Caso clínico:** Homem de 33 anos, saudável, fumador 15 UMA. Quadro com 4 semanas de tosse com expectoração hemoptóica e astenia. Ao exame objetivo apresentava-se pálido, eupneico, com crepitações basais e edema periférico. Analiticamente: anemia grave (7,2 g/dl) e insuficiência renal (Ur 185 mg/dl e Cr 7,68 mg/dl), sedimento urinário com leucocitúria. A radiografia torácica mostrou padrão alveolar bilateral. Realizou TC tórax: densificação alveolar difusa de todos os lobos pulmonares sobretudo à direita, sugestiva de hemorragia alveolar. Submetido a plasmáfereze durante 7 dias associadamente a corticoterapia com metilprednisolona pulsos de 500 mg × 3 dias seguidos de prednisolona 1 mg/Kg/dia e ciclofosfamida 100 mg/dia ajustada à função renal. Realizou VBF com evidência de hemorragia alveolar. Do estudo analítico destacam-se Ac. Anti-MPO positivos (233 U/ml). Foi transferido para a UCIP por progressão da insuficiência respiratória com necessidade de EOT e VMI sem melhoria nas primeiras horas tendo o doente sido transferido para o HSJ e submetido a ECMO durante 8 dias com melhoria das hemoptises e desmame progressivo da VMI. Manteve plasmáfereze com substituição total com plasma, terapêutica imunossupressora e suporte dialítico. Transferido para o serviço de nefrologia onde esteve sob tratamento com hemodiálise e prednisolona 60 mg/dia, ciclofosfamida 100 mg/dia e profilaxia de pneumocistose. Foi submetido a biópsia renal que revelou glomerulonefrite crescêntica e necrotizante pauci-imune e vasculite de pequenos vasos. Teve alta para a unidade de hemodiálise extra-hospitalar clinicamente estabilizado, eupneico, sem sinais de vasculite ativa.

**Discussão:** O diagnóstico de poliangeíte microscópica pode ser difícil e requer elevada suspeição clínica sendo feito essencialmente por exclusão. Se o diagnóstico e início de tratamento não forem precoces o prognóstico e a gravidade são piores como demonstrado neste caso. Corticoterapia, imunossupressão e plasmáfereze (se houver hemorragia alveolar difusa ou insuficiência renal com agravamento rápido ou com necessidade de diálise) são o tratamento recomendado.

### P44. RELEVÂNCIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS NA PROTEINOSE ALVEOLAR

A.V. Cardoso<sup>1</sup>, P.C. Mota<sup>1,2</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, A.C. Fiuza<sup>3</sup>, A. Morais<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João. <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>3</sup>Serviço de Anestesia, Centro Hospitalar São João.

**Introdução:** A proteinose alveolar (PA) é uma entidade clínica rara, caracterizada pela acumulação intra-alveolar de material lipoproteico. Apresenta 2 formas, ambas associadas a disfunção dos macrófagos: na forma auto-imune estão presentes auto-anticorpos anti-fator estimulante das colónias de granulócitos (GM-CSF); a forma secundária está associada a infecções, a doenças hematológicas e a exposições inalatórias. Uma particularidade importante é a suscetibilidade destes doentes a infecções pulmonares, nomeadamente por agentes oportunistas.

**Caso clínico:** Homem, 42 anos, padeiro, com diagnóstico de PA de etiologia auto-imune (anticorpos anti-GM-CSF positivos), apresentando como fator de agravamento a exposição a farinha de pão. O diagnóstico foi efetuado com base em características clínicas (dispneia de esforço e tosse seca), radiológicas (TC tórax alta resolução com padrão *crazy-paving*) e lavado broncoalveolar (LBA) (aspeto leitoso, com coloração PAS positiva). À data do diagnóstico, o doente apresentava insuficiência respiratória tipo 1 e síndrome ventilatória restritiva moderada com défice de difusão pelo monóxido de carbono. O doente foi submetido a lavagem pulmonar total (LPT) bilateral em outubro de 2012. Por deterioração do quadro descrito teve necessidade de efetuar mais duas LPT (janeiro de 2013 e janeiro de 2014). Após as lavagens pulmonares apresentava evolução clínica, imagiológica, funcional e gasométrica favorável, mas mantinha hipoxemia (paO<sub>2</sub> -65 mmHg). No líquido drenado durante a última LPT, assim como no aspirado brônquico efetuado no dia seguinte, foi isolado uma espécie de *Mycobacterium scrofulaceum*, pelo que iniciou tratamento antibiótico empírico (etambutol, isoniazida, rifampicina e estreptomina) em fevereiro de 2014. Cerca de 2 meses após o início do tratamento, apresentou resolução da hipoxemia e franca melhoria radiológica que mantém. Até à data sem necessidade de efetuar nova lavagem pulmonar.

**Discussão:** O caso apresentado salienta a importância das infeções oportunistas nos doentes com PA e o impacto que o seu tratamento pode ter na evolução clínica destes doentes. De referir ainda a rentabilidade diagnóstica do microbiológico do líquido drenado durante a LPT, devendo ser prática comum o seu envio para exame microbiológico.

**Palavras-chave:** *Proteinose alveolar. Lavagem pulmonar total. Agentes oportunistas. Mycobacterium scrofulaceum.*

### P45. PNEUMONIA ORGANIZATIVA COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE SÍNDROME ANTISINTETASE

J.B. Correia, C. António, C. Andrade, A. Carragoso, A.S. Torres

*Serviço de Pneumologia, CHTV.*

**Introdução:** A síndrome antisintetase caracteriza-se, clinicamente, por miosite, febre, poliartrite inflamatória, fenómeno de Raynaud e doença pulmonar intersticial, e imunologicamente, pela presença de anticorpos anti-tRNA sintetase (Acs), sendo os anti-Jo1 os mais comuns.

**Caso clínico:** Mulher de 58 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, bócio eutiroideu e acidente isquémico transitório em 2005. Medicação habitual: valsartan+hidroclorotiazida 160/25 mg id, amlodipina 5 mg id, ácido acetilsalicílico 100 mg id. Acs antinucleares (ANAs) persistentemente positivos, sem critérios de doença sistêmica autoimune. Recorreu ao serviço de urgência por cansaço fácil e dispneia de esforço com 2 meses, tosse não produtiva e febre com alguns dias. Auscultação pulmonar: ferveores crepitantes bibasais. Nessa altura, realizou RX-tórax com infiltrado pulmonar bibasal, gasimetria arterial com hipoxemia e análises com leucócitos  $15,4 \times 10^9/L$  com 82% neutrófilos, PCR 6,82 mg/dL. Instituiu-se antibioterapia em internamento com levofloxacina com franca melhoria clínica, tendo tido alta a aguardar TC tórax. Readmitida uma semana depois por recorrência das queixas e hipoxemia (pO<sub>2</sub> 59 mmHg), sem queixas musculares e sem Raynaud. Internada para estudo. Exames complementares: RX-tórax sem agravamento do infiltrado pulmonar; Análises sem alterações, CK normal; TC-tórax com zonas de consolidação bibasal com broncograma aéreo; Autoimunidade ANAs+ 1/320 com padrão granular; Provas funcionais respiratórias com obstrução das pequenas vias aéreas, prova de broncodilatação negativa. Pesquisa de Acs antisintetase com antiEJ positivo; broncofibroscopia sem alterações macroscópi-

cas, lavado broncoalveolar com 700 células/mm<sup>3</sup>, 70% linfócitos (CD4/CD8 = 0,22), 24% macrófagos, 6% eosinófilos, 0% neutrófilos, DNA BK negativo, cultura negativa; eletromiografia normal. Introduzida corticoterapia (prednisona 1 mg/Kg/dia) com rápida normalização da hipoxemia e das queixas. TC-tórax após introdução de corticoterapia com redução das imagens de condensação bilaterais, padrão imagiológico sugestivo de pneumonia organizativa em resolução (sem áreas passíveis de biopsar). TC-tórax aos 3 meses de tratamento apenas com alguns traços de fibrose bibasal.

**Discussão:** Apesar da síndrome anti-sintetase se tratar de uma doença sistêmica, pode raramente manifestar-se apenas por envolvimento pulmonar. O envolvimento pulmonar é o principal condicionante do prognóstico do doente com síndrome anti-sintetase, pelo que este diagnóstico deve ser equacionado nos doentes com doença pulmonar intersticial isolada. Assim, a avaliação do padrão de autoimunidade poderá representar um grande auxílio no diagnóstico precoce desta situação.

**Palavras-chave:** *Anti-sintetase. Anti-tRNA sintetase. Pneumonia organizativa.*

#### P46. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA POR HIPERSIBILIDADE À CLOMIPRAMIDA: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

L. Rei, J. Coutinho, G. Salvado

*Hospital Amato Lusitano.*

**Introdução:** A pneumonia eosinofílica aguda é a forma mais comum de síndrome eosinofílica pulmonar. Caracterizada habitualmente por hipoxemia, infiltrados pulmonares e eosinofilia alveolar e pode ocorrer secundária a fármacos. Devemos suspeitar de pneumonia eosinofílica quando estamos perante um doente polimedicação com quadro clínico heterogêneo com envolvimento predominante, mas não exclusivo, das vias aéreas. Ao contrário das pneumonias típicas não existe evidência de infecção por bactérias, vírus ou fungos.

**Caso clínico:** Os autores descrevem um caso de pneumonia eosinofílica por exposição a clomipramida numa mulher de 47 anos, caucasiana, fumadora, com antecedentes pessoais de síndrome depressiva e hipertensão arterial. A doente recorreu ao SU por tosse, dispneia de pequenos esforços, cansaço fácil, dor abdominal e perda de peso. Internada por insuficiência respiratória aguda (PaO<sub>2</sub>: 50 mmHg). Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios e alteração das enzimas hepáticas consistente com padrão de colostase. TAC tórax com padrão de densificação vagamente nodular em ambos os pulmões, centrilobulares de provável natureza inflamatória. O lavado bronco-alveolar realizado uma semana após interrupção do fármaco revelou predomínio de macrófagos, linfócitos e relação CD4/CD8: 0,13. A normalização dos parâmetros analíticos e excelente evolução clínica após interrupção do tratamento com clomipramida sugerem como diagnóstico pneumonia eosinofílica aguda causada por uma reação de hipersensibilidade a este fármaco. Actualmente a doente suspendeu hábitos tabágicos e mantém-se assintomática.

**Discussão:** Com este trabalho os autores pretendem alertar para uma reacção adversa rara em relação com fármacos de uso pouco frequente. Sendo a pneumonia eosinofílica um diagnóstico de elevada suspeição clínica. Não existe evidência de terapia eficaz para a pneumonia eosinofílica senão a evicção do alergéneo despoletante. Crê-se que o tratamento tradicional com esteróides oferece benefício limitado.

**Palavras-chave:** *Insuficiência respiratória. Pneumonia eosinofílica. Clomipramida. Lavado bronco-alveolar.*

#### P46. ACUTE EOSINOPHILIC PNEUMONIA BY HYPERSENSITIVITY TO CLOMIPRAMINE: REPORT OF A CASE

L. Rei, J. Coutinho, G. Salvado

*Hospital Amato Lusitano.*

**Introduction:** The acute eosinophilic pneumonia is the most common form of pulmonary eosinophilic syndrome. Usually characterized by hypoxia, pulmonary infiltrates and alveolar eosinophilia and can occur secondary to drugs. We suspect eosinophilic pneumonia when we are faced with a patient polimedicated with heterogeneous clinical presentation with predominant involvement, but not exclusive, of the airways. Unlike typical pneumonias there is no evidence of infection by bacteria, viruses or fungi.

**Case report:** The authors describe a case of eosinophilic pneumonia from exposure to Clomipramine in a 47 year old woman, Caucasian, smoker, with history of depression and high blood pressure syndrome. The patient appealed to the ER because of cough, dyspnea small efforts, tiredness, abdominal pain and weight loss. Hospitalized with acute respiratory failure (PaO<sub>2</sub>: 50 mmHg). Analytically with elevated inflammatory parameters and changes in liver enzymes consistent with cholestasis pattern. TAC chest with vaguely nodular densification pattern in both lungs, centrilobular probable inflammatory nature. The bronchoalveolar lavage one week after discontinuation of the drug revealed a predominance of macrophages, lymphocytes and CD4/CD8 ratio: 0:13. Standardization of analytical parameters and excellent clinical outcome after discontinuation of Clomipramine suggested as a diagnostic acute eosinophilic pneumonia caused by a hypersensitivity reaction to this drug. Currently the patient has suspended smoking habits and remains asymptomatic.

**Discussion:** With this work the authors intend to warn of a rare adverse reaction compared with infrequent use of drugs. As eosinophilic pneumonia, a diagnosis of high clinical suspicion. There is no evidence of effective therapy for eosinophilic pneumonia but the eviction of allergy trigger. It is believed that the traditional steroid therapy offers limited benefits.

**Key words:** *Respiratory failure. Eosinophilic pneumonia. Clomipramine. Bronchoalveolar lavage.*

#### P47. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA: DIFERENTES APRESENTAÇÕES IMAGIOLÓGICAS

P. Ramalho, P.U. Brito, C. Dias, A. Costa, A. Arrobas

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

**Introdução:** A pneumonia eosinofílica crónica (PEC) é uma entidade clínica rara e de etiologia desconhecida, caracterizada por infiltração alveolar e intersticial de eosinófilos. Imagiologicamente caracteriza-se pela presença de consolidações periféricas, opacidades tipo vidro despolido e reticulares. Os autores apresentam três casos clínicos com diferente apresentação imagiológica.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: mulher, 52 anos, antecedentes de asma brônquica na infância, assintomática desde os 12 anos de idade. Queixas de dispneia associada a esforços com meses de evolução, pieira e tosse produtiva. O estudo funcional respiratório (EFR) mostrou uma redução da DLCO. Analiticamente com eosinofilia periférica e elevação da IgE sérica. A TC torácica revelou espessamento das paredes brônquicas no segmento médio do LIE. O líquido da lavagem broncoalveolar (LLBA) mostrou alveolite eosinofílica (31%) e as biópsias pulmonares transbrônquicas (BPTB) foram inconclusivas. Iniciou corticoterapia com resolução da sintomatologia. Caso clínico 2: mulher, 42 anos, antecedentes de asma na infância e hipotireoidismo por tireoidite auto-imune. Queixas com-

patíveis com asma brônquica não controlada, com agravamento da dispneia, pieira e tosse seca com a suspensão da corticoterapia. O EFR mostrava um padrão obstrutivo grave com broncodilatação positiva e hiperinsuflação pulmonar. Analiticamente apresentava eosinofilia periférica e elevação da IgE sérica. A TC torácica mostrava áreas de densificação em vidro despolido bilateralmente, algumas associadas a espessamento dos septos interlobulares sugerindo padrão em “*crazy paving*”. O LLBA revelava uma alveolite eosinofílica (65%). Caso clínico 3: mulher, 61 anos, antecedentes de neoplasia da mama direita. Apresentava queixas de astenia, anorexia, dispneia e temperaturas subfebris, tendo iniciado antibioterapia empírica, sem melhoria clínica ou radiológica. Analiticamente apresentava eosinofilia periférica e a radiografia do tórax mostrava opacidade no LSD e LM. Iniciou corticoterapia com melhoria clínica. A TC torácica de controlo mostrou resolução das condensações, revelando no entanto área de infiltrado intersticial, de novo, de predomínio subpleural. O LLBA mostrou uma alveolite eosinofílica (30%) e as BPTB não foram diagnósticas.

**Discussão:** Descrevem-se três casos clínicos de PEC em que a apresentação imagiológica é distinta, como espessamento das paredes brônquicas e opacidades alveolares, com densidades que variam do vidro despolido à consolidação.

**Palavras-chave:** *Pneumonia eosinofílica crónica. Apresentações imagiológicas distintas.*

#### P48. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C.A. Simão, C.C. Sousa, H. Liberato, F. Rodrigues

*Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.*

**Introdução:** A pneumonia eosinofílica crónica representa uma entidade em que eosinófilos apresentam um papel importante na sua patogenia. Ocorre predominantemente no sexo feminino podendo, em metade dos casos, estar associada a atopia. Os sintomas predominantes são tosse seca, dispneia e toracalgia, caracterizando-se pela sua evolução progressiva ao longo de meses. O tratamento consiste na corticoterapia, sendo que a sua resposta é variável.

**Caso clínico:** Mulher, 53 anos, caucasiana, não fumadora, empregada numas piscinas municipais e com história conhecida de rinite alérgica e síndrome depressivo. Admitida no Serviço de Pneumologia por quadro clínico caracterizado por cansaço para médios esforços, dispneia, tosse seca, perda ponderal (2 Kg) com quatro meses de evolução e agravamento nas duas semanas prévias ao internamento. Sem outra sintomatologia associada tal como febre, estertores, rinorreia, prurido, toracalgia, artralguas e hemoptises. Dos exames complementares realizados é de salientar anemia normocítica, normocrómica (Hb 11,5 g/dL), leucocitose 12.200/uL com eosinofilia 6.300/uL e PCR 10,2 mg/dL, serologias para agentes atípicos negativas, pesquisa de ovos e parasitas nas fezes negativa. Realizou gasometria arterial que evidenciou hipoxemia de 56,2 mmHg. A radiografia de tórax veio a mostrar hipotransparências heterogéneas bilaterais. A tomografia computadorizada do tórax demonstrou alterações intersticiais difusas, nódulos de predomínio periférico nos lobos superiores, médio e língula associados a áreas em vidro despolido e condensação com broncograma aéreo. Realizou broncofibroscopia (sem alterações) com lavado bronco-alveolar cujo resultado foi líquido turvo, com 1.800 células e predomínio de eosinófilos (65%). Admitiu-se o diagnóstico de pneumonia eosinofílica iniciando terapêutica com prednisolona 1 mg/Kg, com franca melhoria clínica, analítica e imagiológica.

**Discussão:** As doenças pulmonares eosinofílicas são entidades que podem mimetizar patologia pulmonar infecciosa, contudo o estudo complementar permite chegar ao seu diagnóstico. O diagnóstico precoce e início de corticoterapia são fundamentais. Apesar de a resposta ao tratamento ser variável, neste caso, observou-se uma

excelente evolução clínica, imagiológica e laboratorial com o início de corticoterapia.

**Palavras-chave:** *Pneumonia eosinofílica. Eosinofilia. Corticoterapia.*

#### P49. “DIG A LITTLE DEEPER” – A PROPÓSITO DE UM CASO DE DISPNEIA

M. Alvarenga Santos, S. Clemente, M. Aguiar, S. Tello Furtado

*Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introdução:** A dispneia de esforço é um sintoma comum na prática clínica geralmente investigada com exames complementares realizados em repouso, como as provas de função respiratória (PFR) e o ecocardiograma. Contudo, nalguns casos, a informação fornecida por estes testes pode não orientar para o diagnóstico. Apresenta-se um caso clínico demonstrativo da utilidade de um teste de exercício simples, seguro e de fácil execução, a prova de marcha de seis minutos (PM6M).

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 77 anos e reformado de trabalhador da construção civil. Tinha história conhecida de diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e excesso de peso. O doente cessou hábitos tabágicos em 2006 (55 unidades maço-ano) e estava medicado com metformina e amlodipina. Sem história familiar relevante. Em 2012, foi referenciado à consulta de Pneumologia por queixas de dispneia de esforço e enfisema em tomografia computadorizada torácica. A dispneia era quantificada em grau 1 pela escala do *Medical Research Council* modificada e o doente referia episódios prévios de expectoração hemoptoica no contexto de infeções respiratórias e epistaxis ocasional. Na observação, não apresentava sinais de dificuldade respiratória, a auscultação pulmonar não revelava alterações e tinha uma saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) em repouso de 95%. Destacavam-se telangiectasias cutâneas dispersas. As PFR e o ecocardiograma não mostraram alterações. A PM6M evidenciou dessaturação significativa com o esforço (SpO<sub>2</sub> mínima de 86%), tendo percorrido 410 metros (82% do previsto). A broncoscopia flexível revelou lesões vasculares da mucosa, histologicamente compatíveis com doença de Osler-Weber-Rendu. A ressonância magnética torácica não mostrou malformações arteriovenosas pulmonares. O cateterismo cardíaco direito diagnosticou hipertensão arterial pulmonar moderada e alterações sugestivas de *shunt* arteriovenoso hepático. Assumiram-se os diagnósticos de doença de Osler-Weber-Rendu e hipertensão arterial pulmonar. O doente iniciou sildenafil, oxigenoterapia de deambulação e integrou um programa de reabilitação respiratória.

**Discussão:** Com este caso, pretende-se demonstrar a mais-valia dos testes de exercício na avaliação da dispneia, nomeadamente da PM6M. Apesar de habitualmente utilizada para avaliar a capacidade funcional do doente, ao detetar dessaturação significativa no esforço, permite identificá-la como causa de dispneia, servindo como alavanca de decisão para outros exames complementares que podem conduzir ao diagnóstico definitivo.

**Palavras-chave:** *Doença de Osler-Weber-Rendu. Prova de marcha de 6 minutos.*

#### P49. “DIG A LITTLE DEEPER”: A DYSPNEA CASE REPORT

M. Alvarenga Santos, S. Clemente, M. Aguiar, S. Tello Furtado

*Pulmonology Department, Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introduction:** Exertional dyspnea is a common symptom usually explored with tests performed at rest, such as pulmonary function tests (PFT) and echocardiogram. Nevertheless, in some situations, this information is insufficient to guide the diagnosis. We report a

case emphasizing the importance of a simple, safe and easy to perform test, the 6-minute walk test (6MWT).

**Case report:** The patient is a 77 years-old male, retired construction worker, with history of type 2 diabetes, hypertension, dyslipidemia and overweight. He also had a 55 pack-years history of smoking (stopped in 2006) and was under metformin and amlodipine. He had no family history of interest. In 2012, he was referred to a pulmonologist for evaluation of exertional dyspnea and emphysema in thoracic tomography. He had grade 1 dyspnea, as by the modified Medical Research Council scale and he also complained about blood-streaked sputum during past respiratory infections and occasional epistaxis. He showed no signs of difficulty breathing, normal lung auscultation and oxygen saturation (SpO<sub>2</sub>) of 97% at rest. He had scattered skin telangiectasias. PFT and echocardiogram were normal. 6MWT showed severe exercise induced hypoxemia with a lowest SpO<sub>2</sub> of 86% and a walked distance of 410 meters (82% of predicted). Flexible bronchoscopy revealed respiratory mucosa vascular lesions, histopathologically compatible with Osler-Weber-Rendu disease. Thoracic magnetic resonance excluded pulmonary arteriovenous malformations. Cardiac catheterization diagnosed moderate pulmonary arterial hypertension and suggested the presence of an arteriovenous hepatic shunt. We assumed the definite diagnosis of Osler-Weber-Rendu disease and pulmonary arterial hypertension. The patient was prescribed sildenafil, oxygen therapy during exercise and was included in a respiratory rehabilitation program.

**Discussion:** This case report highlights the advantage of adding exercise tests such as 6MWT to standard dyspnea evaluation. Although typically used to assess the patient's functional status, they allow identification of exercise induced hypoxemia, which might be a critical step in requesting other more specific exams towards a definite diagnosis.

**Key words:** Osler-Weber-Rendu disease. 6-minute walk test.

## DOENÇAS OBSTRUTIVAS DAS VIAS AÉREAS

### P50. PROJECTO CONECTAR BAIXO MONDEGO - A EXPERIÊNCIA DA USF TOPÁZIO

A.R. Magalhães, R.M. Carvalho, C. Pereira, J. Penetra, L.M. Santiago, M.G. Neto

USF Topázio, Coimbra.

**Introdução.** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) caracteriza-se pela limitação do fluxo aéreo, não totalmente reversível, usualmente progressiva e associada a uma resposta inflamatória do pulmão, a partículas ou gases nocivos. É considerada a quarta causa de morte nos países desenvolvidos e a sua prevalência aumenta com a idade. Os principais factores de risco são os hábitos tabágicos e a exposição a fumos e agentes poluentes. Em Portugal, a prevalência estimada em indivíduos com  $\geq 40$  anos é de 14,2%. Contudo, a prevalência diagnosticada é de apenas 5,34%, adivinhando-se uma elevada proporção de subdiagnósticos. Assim, no âmbito do Projecto "ConectAR Baixo Mondego" foram realizados rastreios de DPOC em 15 unidades do Centro do País, incluindo a USF Topázio.

**Objectivos:** Verificar a prevalência de DPOC na população rastreada da USF Topázio.

**Métodos:** Seleccionaram-se os utentes com idade  $\geq 40$  anos e hábitos tabágicos tendo-se excluído os diagnósticos de DPOC conheci-

dos. Os utentes que aceitaram ser rastreados preencheram o questionário CAT e foram submetidos a espirometria. A leitura das mesmas foi realizada por especialistas de Pneumologia integrando o questionário CAT.

**Resultados:** Dos 447 utentes elegíveis, 21,5% foram submetidos ao rastreio. Em 60,5% os resultados foram normais, 24% apresentavam anomalias ventilatórias não compatíveis com DPOC, 12,5% DPOC e 3% necessidade de repetição. Todos os diagnósticos de DPOC pertencem ao sexo masculino sendo mais comum no grupo etário dos 61 aos 70 anos. Ao calcular a proporção de diagnósticos de acordo com o número de rastreados, verifica-se maior prevalência no grupo etário com idade  $\geq 70$  anos. Relativamente aos diagnósticos de DPOC, 83,3 (31%) foram classificados como GOLD A, 8,3 (3%) GOLD B e 8,3 (3%) GOLD D.

**Conclusões:** Infelizmente a pequena amostragem impede a extrapolação rigorosa dos resultados para a restante população da USF. O diagnóstico de DPOC verificou-se em 12,5% dos casos submetidos ao rastreio, todos do sexo masculino. Metade dos casos diagnosticados pertence a indivíduos do grupo etário dos 61 aos 70 anos. Nos indivíduos diagnosticados, a maioria foi classificada como GOLD A, seguindo-se em igual número GOLD B e D. Seria interessante comparar os resultados da USF Topázio com as restantes unidades.

**Palavras-chave:** Doença pulmonar obstrutiva crónica. Projecto ConectAR.

### P51. AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NUMA UNIDADE DE SAÚDE

M. Rocha<sup>1</sup>, T. Tavares<sup>2</sup>, R. Rodrigues<sup>1</sup>, J. Carvalho<sup>1</sup>, M. Correia<sup>3</sup>, M. Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF Infante D Henrique. <sup>2</sup>USF Viseu Cidade. <sup>3</sup>USF Grão Vasco.

**Introdução:** A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença respiratória comum caracterizada por uma limitação não totalmente reversível do fluxo aéreo. É ainda uma das principais causas de morbimortalidade. Como tal, é fundamental estabelecer o diagnóstico de forma correta e precoce. De acordo com as *guidelines* do "Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease" (GOLD), o diagnóstico exige a realização de uma espirometria a fim de confirmar a presença dessa limitação. Considera-se DPOC quando a relação FEV<sub>1</sub>/FVC  $< 70\%$ .

**Objectivos:** Avaliação e melhoria contínua da qualidade do diagnóstico de DPOC numa Unidade de Saúde.

**Métodos:** Dimensão estudada: adequação técnico-científica. Unidade de estudo: Todos os doentes com diagnóstico de DPOC da USF Infante D. Henrique. Fonte de dados: Processo informático MedicineOne®. Avaliação: Interna. Critério avaliado: Valor de FEV<sub>1</sub>/FVC  $< 70\%$  na espirometria de doentes com DPOC. Colheita de dados: Realizada pelos autores. 1ª avaliação: 30/10/2013 e 2ª avaliação: 30/10/2014. Relação temporal: retrospectiva. Tipo de intervenção prevista: Educacional.

**Resultados:** Da primeira avaliação resultaram 166 doentes com diagnóstico de DPOC inserido no processo clínico informático. Destes, 19,3% (n = 32) tinham espirometria pedida. Dos doentes com espirometria pedida, 46,9% confirmaram o diagnóstico, 37,5% apresentavam FEV<sub>1</sub>/FVC  $> 70\%$  e 15,6% (n = 3) dos doentes não tinham a relação FEV<sub>1</sub>/FVC registada. A intervenção na USF foi realizada em Março de 2014. Da segunda avaliação, um ano depois, resultaram 85 doentes com diagnóstico de DPOC. Destes, 68,2% (n = 58) tinham espirometria pedida. Relativamente aos resultados da espirometria, 58,6% confirmaram o diagnóstico 22,4% apresentavam FEV<sub>1</sub>/FVC  $> 70\%$  e em 19,0% dos doentes não tinham a relação FEV<sub>1</sub>/FVC registada.

**Conclusões:** Foi possível verificar uma melhoria da qualidade do diagnóstico de DPOC após a intervenção. Verificou-se um aumento



da percentagem de espirometrias pedidas para confirmação do diagnóstico e a consequente diminuição de doentes com diagnóstico de DPOC sem espirometria pedida. As medidas corretoras aplicadas foram a apresentação e discussão dos dados da 1ª avaliação à equipa e a revisão do tema, com especial atenção na interpretação da espirometria. O investimento contínuo na melhoria da qualidade é fundamental, salientando-se a importância da apresentação e discussão dos resultados com a equipa e o reforço das boas práticas.

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

## P52. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA - QUAL A NOSSA REALIDADE?

A.R. Teixeira

USF Infante D. Henrique (ACeS Dão Lafões).

**Introdução:** De acordo com o estudo *Burden of Obstructive Lung Disease*, a prevalência da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), em adultos com mais de 40 anos, atinge os 14,2%. O diagnóstico da DPOC exige a realização de provas funcionais respiratórias (PFR), indicadas na presença de sintomatologia sugestiva (tosse, expetoração, dispneia, fadiga com o esforço e pieira) ou de fatores de risco, sendo o tabagismo o mais importante. Assim, a Direção-Geral de Saúde (DGS) preconiza a realização de PFR em indivíduos fumadores com mais de 40 anos e com uma carga tabágica superior a 10 UMA, tendo como objetivo um diagnóstico precoce da DPOC.

**Objetivos:** Determinar a prevalência de DPOC na Unidade de Saúde Familiar (USF) em estudo; Determinar a percentagem destes diagnósticos suportados pela realização de PFR; Avaliar a prescrição de PFR em fumadores com idade superior a 40 anos.

**Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e descritivo. Período do estudo: abril de 2015. População: indivíduos pertencentes aos 8 ficheiros médicos da USF em estudo com o diagnóstico Abuso do Tabaco e/ou DPOC. Variáveis: demográficas, Unidades Maço Ano, espirometria. Fonte de dados: processo clínico informatizado (MedicineOne®). Análise de dados: Excel®2011.

**Resultados:** Dos 15 490 utentes da USF, 725 (4,7%) são fumadores e 108 (0,7% da população geral e 1,4% dos indivíduos com mais de 40 anos) têm o diagnóstico de DPOC. Dos fumadores, 416 (54,45%) têm idade superior a 40 anos. Notou-se uma prevalência do sexo masculino em ambos os grupos. Verificou-se 47,2% dos utentes com DPOC tinham realizado PFR, o mesmo acontecendo em 11,5% dos fumadores com mais de 40 anos.

**Conclusões:** A prevalência de DPOC encontrada é inferior à descrita na literatura, o que pode corresponder a um subdiagnóstico. Torna-se, por isso, fundamental o constante estímulo pela melhoria da qualidade dos serviços prestados ao utente. Assim, perante estes resultados, pretende-se dar início a um ciclo de melhoria da qualidade, com a apresentação destes resultados à equipa de saúde e a realização de uma nova avaliação dentro de 1 ano.

**Palavras-chave:** DPOC. Tabagismo. Diagnóstico precoce.

## P53. ESTENOSE TRAQUEAL E ASMA NÃO CONTROLADA

J.P. Silva, T. Abrantes, M. Sousa, V. Melo, S. Figueiredo, S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu.

**Introdução:** O estudo etiológico da estenose traqueal é vasto e difícil, incluindo patologia traumática, doenças inflamatórias crónicas, doenças do colagénio e neoplasias. A estenose pode desenvolver-se lentamente e os sinais e sintomas iniciais são pouco específicos o que dificulta o diagnóstico e pode atrasar o tratamento.

**Caso clínico:** Mulher de 67 anos, não fumadora, com antecedentes de valvuloplastia mitral há 9 anos e asma brônquica de longa data, observada por queixas de dispneia, pieira, rouquidão e opressão torácica com agravamento progressivo nos últimos anos. Refere ainda obstrução nasal persistente e queixas dispépticas ocasionais. Sintomatologia sem relação sazonal. Sem história de aspiração de corpo estranho. Já avaliada por Otorrinolaringologia que não relatou alterações relevantes. Submetida a endoscopia digestiva alta que revelou gastropatia eritematosa sem lesões da mucosa esofágica. Medicada com terapêutica broncodilatadora com corticóide inalado com ajuste de dose recente, sem melhoria do quadro. Apresenta na prova funcional respiratória síndrome obstrutiva grave (VEMS 58%), curva espirométrica com morfologia normal e prova de broncodilatação positiva. Sem evidência de atopia nos testes cutâneos e analíticos. Na TC-tórax destaca-se redução do lúmen traqueal no terço proximal. A broncofibroscopia revela estenose irregular da traqueia no seu terço superior com início a cerca de 1 cm das cordas vocais, sem envolvimento da cricóide, com orifício central de 8 mm de menor diâmetro. Optou-se por realizar ressecção cirúrgica com exérese do segundo e terceiro anel cartilágneo da traqueia e anastomose topo a topo. O exame anatómopatológico revelou metaplasia epidermóide do epitélio respiratório. Objetivou-se melhoria clínica significativa após a cirurgia.

**Discussão:** A estenose traqueal desenvolve-se como resultado de uma condição médica subjacente ou após uma agressão física/outra natureza à traqueia. Parece-nos que neste caso a estenose se tenha desenvolvido após entubação endotraqueal tendo em conta os antecedentes cirúrgicos. O tratamento pode ser por endoscopia ou cirurgia, de acordo com a localização e extensão da estenose, sendo importante ainda agir sobre condições médicas subjacentes.

**Palavras-chave:** Estenose. Traqueia. Obstrução.

## REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E CESSAÇÃO TABÁGICA

### P54. ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC) - BENEFÍCIOS DA REABILITAÇÃO PULMONAR

F. Fernandes<sup>1,2</sup>, N. Sousa<sup>1,2</sup>, L. Rodrigues<sup>1</sup>, A. Tavares<sup>1,2</sup>, M. Maurício<sup>1</sup>, A. Albuquerque<sup>1</sup>, R. Gomes<sup>1,2</sup>, M. Reis<sup>1</sup>, J. Parreira<sup>1</sup>, F. Carriço<sup>1</sup>, L. Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. Hospital Sousa Martins, Serviço de Pneumologia. <sup>2</sup>Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** Pacientes com DPOC experienciam frequentemente sintomas que limitam as actividades da vida diária, podendo condicionar ansiedade e depressão.

**Objetivos:** Avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com DPOC referenciados a um Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) e estimar o impacto deste programa nestes sintomas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com base na consulta do processo clínico de doentes com DPOC submetidos a PRP nos últimos 4 anos. A ansiedade e depressão foram avaliadas utilizando a “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). Foram ainda avaliados os resultados da Prova de Marcha dos 6 minutos (PM6M), da “modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC), da “London Chest Activity of Daily Living” (LCADL) e do “St George’s Respiratory Questionnaire” (SGRQ).

**Resultados:** N = 39 doentes, 94,9% homens, com idade média de 66 anos e PM6M com valor médio de 432,57 m ± 80,83. Os valores iniciais de HADS foram 7,44 para a ansiedade (A) e 5,46 para a depressão (D), sendo que 41,03% dos doentes apresentaram valores iniciais ≥ 8 para A e 28,21% para D. Correlacionaram-se de forma significativa com a ansiedade: a gravidade da dispneia (mMRC) (r = 0,368, p < 0,05) e as actividades que causam/são limitadas pela dispneia (avaliação SGRQ) (r = 0,423, p < 0,05). Correlacionaram-se de forma significativa com a depressão: a gravidade da dispneia (r = 0,374, p < 0,05), a melhoria na LCADL (r = 0,442, p < 0,05), a melhoria no SGRQ (r = 0,620, p < 0,05) e a diminuição do impacto da doença no quotidiano (avaliação SGRQ) (r = 0,398, p < 0,05). No final do PRP verificou-se uma melhoria global no HADS-A (5,15; p < 0,05) e no HADS-D (4,23; p < 0,05). Objectivou-se ainda uma diminuição significativa no número de indivíduos com valor ≥ 8 para HADS-A (17,95%; p < 0,05) e HADS-D (7,69%; p < 0,05).

**Conclusões:** O PRP desenvolvido parece conduzir a diminuição nos níveis de ansiedade e depressão em doentes com DPOC. Sintomas de ansiedade e depressão estão associados com a gravidade dos sintomas respiratórios (mMRC), e a sua presença parece estar relacionada a redução na qualidade de vida avaliada pelo SGRQ e LCADL. Não se verificou relação entre a melhoria nos sintomas de ansiedade e depressão e o aumento na distância percorrida na PM6M.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Depressão. DPOC. Reabilitação pulmonar.

#### P54. ANXIETY AND DEPRESSION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) - BENEFITS OF PULMONARY REHABILITATION

F. Fernandes<sup>1,2</sup>, N. Sousa<sup>1,2</sup>, L. Rodrigues<sup>1</sup>, A. Tavares<sup>1,2</sup>, M. Maurício<sup>1</sup>, A. Albuquerque<sup>1</sup>, R. Gomes<sup>1,2</sup>, M. Reis<sup>1</sup>, J. Parreira<sup>1</sup>, F. Carriço<sup>1</sup>, L. Ferreira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. Hospital Sousa Martins, Serviço de Pneumologia. <sup>2</sup>Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade da Beira Interior.

**Introduction:** Patients with COPD often experience symptoms that impair their performance on daily living activities and can be source of anxiety and depression.

**Objectives:** To search for the presence of symptoms of anxiety and depression in a COPD patient population referred to a pulmonary rehabilitation programme (PRP) and to estimate the impact for the programme in these symptoms.

**Methods:** Retrospective study, based on the evaluation of clinical files of COPD patients that completed a PRP over the last 4 years. Anxiety and depression symptoms were addressed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Other outcome measures included 6-minute walk test (6 MWT), modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC), London Chest Activity of Daily Living (LCADL) and St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

**Results:** N = 39 patients, 94.9% male, with average age of 66 years and mean 6 MWT of 432.57 m ± 80.83. The initial values of HADS were 7.44 for anxiety (A) and 5.46 for depression (D), with 41.03% of patients with initial results ≥ 8 for A and 28.21% for D. A significant correlation with anxiety was observed for: dyspnea severity (mMRC) (r = 0.368, p < 0.05) and activities that cause/are limited by breathlessness (SGRQ evaluation) (r = 0.423, p < 0.05). A significant correlation with depression was observed for: dyspnea severity (mMRC) (r = 0.374, p < 0.05), improvement in LCADL (r = 0.442, p < 0.05), improvement in SGRQ (r = 0.620, p < 0.05) and decrease of the impact of the disease in daily life (SGRQ evaluation) (r = 0.398, p < 0.05). At the end of the PRP there was a global improvement in HADS-A (5.15; p < 0.05) and HADS-D (4.23; p < 0.05). The number of patients with levels ≥ 8 for HADS-A (17.95%; p < 0.05) and HADS-D (7.69%; p < 0.05) was significantly reduced.

**Conclusions:** The PRP seems to lead to improve in anxiety and depression levels of patients with COPD. Anxiety and depression symptoms are associated with the severity of respiratory symptoms (mMRC), and their presence seems to be related with a decrease in quality of life accessed by SGRQ and LCADL. There was no relationship between the improvement in symptoms of anxiety and depression and increase in 6MWT distance.

**Key words:** Anxiety. Depression. COPD. Pulmonary rehabilitation.

#### P55. CESSAÇÃO TABÁGICA DURANTE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA - BREVE ANÁLISE

J. Cravo<sup>1</sup>, P. Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, CHUC/HUC (Diretor: Dr. Mário Loureiro). <sup>2</sup>Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital Pedro Hispano (Diretor: Dr. Alcino Amado).

**Introdução:** A reabilitação pulmonar cada vez mais se afirma como fundamental em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), principalmente nos estádios mais avançados. Anteriormente, um doente que mantivesse hábitos de tabagismo ativo era excluído do programa, mas atualmente considera-se que pode funcionar como promotor da cessação tabágica.

**Caso clínico:** Os autores avaliaram os doentes que iniciaram Reabilitação Respiratória no serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Pedro Hispano de Matosinhos, com o diagnóstico principal de DPOC, entre abril de 2012 e abril de 2014 - 41 doentes. Destes, 85% eram do género masculino e a média de idades era de 66,6 anos. Apenas três doentes não tinham hábitos tabágicos ativos - todas do género feminino. Dos restantes 38 doentes, 27 pessoas (71%) eram ex-fumadores e na avaliação realizada um ano após o fim da primeira sessão de treino, nenhum tinha voltado a fumar. Os restantes (29%), tinham iniciado treino, com tabagismo ativo, tendo sido efectuada educação para cessação tabágica, mas não foi prescrita qualquer medicação específica. Cerca de 64% desses doentes (7) começaram cessação durante o programa, 100% do sexo masculino, mantendo ausência de consumo após um ano. Dos restantes 36% (4), dois eram do género masculino e 2 do feminino, com maior incidência de alcoolismo ativo e de problemas psiquiátricos, comparando com os que efetivaram cessação. Verificou-se também que quanto maior o número de semanas do programa, maior a probabilidade desses doentes aceitarem a cessação tabágica.

**Discussão:** Apesar do número reduzido de doentes e das várias limitações do estudo, é possível comprovar algum benefício com a realização da reabilitação respiratória para a consumação da cessação tabágica em doentes com DPOC. No entanto estes dados apenas permitem uma avaliação a curto prazo e não contemplam variáveis que podem influenciar o sucesso quer da reabilitação quer da implementação da abstinência do tabaco, pelo que estudos mais completos são essenciais.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Cessação tabágica. Reabilitação respiratória.

#### P56. ACONSELHAMENTO EM CESSAÇÃO TABÁGICA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NUM HOSPITAL PORTUGUÊS

A.C. Lucas<sup>1</sup>, C.P. Rosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Belmonte; <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** A cessação tabágica é a medida preventiva mais eficaz a curto prazo, na redução da morbimortalidade associada ao

tabaco. A identificação dos fumadores e caracterização do seu comportamento tabágico são fundamentais para adequar as estratégias de prevenção. O internamento constitui uma janela de oportunidade para iniciar a cessação tabágica. O diagnóstico e tratamento do tabagismo devem ser implementados sistematicamente.

**Objectivos:** Avaliar o tipo de intervenção e efetividade do aconselhamento para deixar de fumar pelos profissionais de saúde.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo, com aplicação de questionário por entrevista direta aos doentes com 18 ou mais anos, internados nos Departamentos de Medicina, Cirurgia, Psiquiatria, Urgência e Emergência, no período compreendido de novembro de 2011 a fevereiro de 2012.

**Resultados:** O comportamento tabágico foi obtido em 151 doentes através da entrevista direta (52,2% dos doentes internados que se encontravam colaborantes), com idade mediana de 73 anos, 51% do sexo masculino. A pergunta acerca dos hábitos tabágicos foi efetuada a 31,8% (n = 48) dos doentes. O aconselhamento para cessação realizou-se em 28,6% (n = 6) dos fumadores e apenas 4,8% (n = 1) foram referenciados para seguimento especializado.

**Conclusões:** Apesar da evidência científica comprovar a eficácia da intervenção clínica e aconselhamento para a cessação tabágica, verificou-se que os profissionais de saúde não valorizam esta temática, não identificando convenientemente os fumadores nem lhes oferecendo ajuda especializada. Os doentes internados encontram-se mais conscientes da sua patologia e receptivos à informação e mudança comportamental, e por isso a intervenção no internamento deverá ser encarada como uma oportunidade excepcional.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Aconselhamento. Cessação tabágica.

## P56. COUNSELING ON SMOKING CESSATION BY HEALTH PROFESSIONALS IN A PORTUGUESE HOSPITAL

A.C. Lucas<sup>1</sup>, C.P. Rosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Belmonte Primary Care Unit. <sup>2</sup>Faculty of Health Sciences, University of Beira Interior.

**Introduction:** Smoking cessation is the most effective preventive measure in the short term, in reducing morbidity and mortality associated with tobacco. The admission to hospital is a window of opportunity to initiate smoking cessation. The diagnosis and treatment of smoking must be implemented systematically.

**Objectives:** To evaluate the type of intervention and effectiveness of counseling for smoking cessation by health professionals.

**Methods:** Observational, cross-sectional and descriptive study, with a questionnaire by direct interview to patients with 18 or more years old, admitted in the departments of Medicine, Surgery, Psychiatry, Urgency and Emergency Department, between November 2011 and February 2012.

**Results:** The smoking behavior was obtained in 151 patients by direct interview (52.2% of inpatients who were cooperating), with a median age of 73 years, 51% were male. The question about the smoking habits was carried to 31.8% (n = 48) of patients. The counseling for cessation took place in 28.6% (n = 6) of smokers and only 4.8% (n = 1) were referred for specialized follow-up.

**Conclusions:** Despite the scientific evidence to prove the effectiveness of clinical intervention and counseling for smoking cessation, it was found that health professionals do not value this matter, not properly identifying smokers or offering them specialized help. The inpatients are more aware of their condition and receptive to information and behavioral change, and therefore the intervention in hospital should be seen as an exceptional opportunity.

**Key words:** Smoking. Counseling. Smoking Cessation.

## P57. CRISE ECONÓMICA: IMPACTO NA ALTERAÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS

F. Carriço, F. Fernandes, R. Gomes, J. Parreira, M. Reis, M.F. Luís

*Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins (HSM)-ULS Guarda.*

**Introdução:** O tabagismo é considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável. O hábito tabágico é um comportamento multifatorial com influência de fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais. Uma das medidas apontadas com maior impacto no consumo é o aumento do custo do tabaco. A economia portuguesa foi severamente afetada pela crise mundial a partir de 2008. O desemprego aumentou e o poder de compra *per capita* diminuiu, modificando estilos de vida.

**Objectivos:** Avaliação do impacto da crise económica no comportamento tabágico.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, comparativo, do protocolo de consulta com avaliação do perfil tabágico de 200 fumadores que frequentaram a consulta de desabitação tabágica da ULS da Guarda em 2 períodos de conjuntura económica diferentes. Grupo I (pré-crise) - 1ºs 100 fumadores que recorreram à consulta de desabitação do HSM em 2004/2005. Grupo II (crise) - 1ºs 100 fumadores que recorreram à consulta de desabitação do HSM em 2013/2014.

**Resultados:** Predomínio de género masculino nos dois grupos, com médias de idades sem significado estatístico (p = 0,407) 45,4% desempregados no grupo II. Nº cigarros/dia - Grupo I 26,1 Grupo II 20,97 sexo masculino (p = 0,006). Doseamento monóxido de carbono no ar expirado - valores mais elevados em ambos os sexos no grupo II: CO > 20 ppm (p = 0,00). Teste de Fagerström (p > 0,05). Grau de motivação para abandono do tabagismo (p > 0,05). Razões evocadas para deixar de fumar - Grupo I: motivos de saúde (83% total). Grupo II: razões económicas (54,4% dos homens e 50% das mulheres).

**Conclusões:** O nosso estudo revela que a crise, não alterou variáveis como o género, média de idades, grau de motivação e dependência física e psicológica, nos fumadores que procuraram a consulta. Há uma maior preocupação com os custos do tabagismo expressa no motivo para cessação, menor consumo em número de cigarros e predomínio de marcas mais baratas, com aparente ganho económico. Esta redução é discordante com o doseamento do monóxido de carbono, o que nos leva a inferir sobre o aumento da profundidade de inalação e o número de inalações, com potencial agravamento dos malefícios do tabaco para a saúde.

**Palavras-chave:** Tabaco. Crise económica. Hábitos tabágicos.

## P57. ECONOMIC CRISIS: IMPACT ON CHANGE IN SMOKING BEHAVIOR

F. Carriço, F. Fernandes, R. Gomes, J. Parreira, M. Reis, M.F. Luís

*Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins (HSM), ULS Guarda.*

**Introduction:** Smoking is considered by WHO as a major cause of preventable death. The smoking habit is a multifactorial behavior influenced by biological, psychological, environmental and social factors. One of the measures identified with greater impact on consumption is the rising cost of tobacco. The Portuguese economy has been severely affected by the global crisis from 2008. Unemployment has increased and purchasing power decreased leading to lifestyle changes.

**Objectives:** Impact of economic crisis on smoking behavior.

**Methods:** Retrospective, comparative, protocol based study with evaluation of the smoking profile of 200 smokers who attended the smoking cessation appointment at ULS da Guarda in two different

periods of economic environment. Group I (pre - crisis) -1<sup>st</sup> 100 smokers who attended the HSM cessation appointment in 2004/2005. Group (Crisis II) -1<sup>st</sup> 100 smokers who attended the HSM cessation appointment in 2013/2014.

**Results:** Male gender predominance in both groups, with mean ages without statistical significance ( $p = 0.407$ ) 45.4% unemployed in the group II. No. cigarettes/day - Group I 26.1 vs Group II 20.97 males ( $p = 0.006$ ). Assay carbon monoxide in exhaled air - higher values in both genders in group II: CO > 20 ppm ( $p = 0.00$ ). Fagerström test ( $p > 0.05$ ). Degree of motivation for smoking cessation ( $p > 0.05$ ). Reasons given for quitting smoking - Group I: health reasons (83% total). Group II: economic reasons (54.4% of men and 50% women).

**Conclusions:** Our study reveals that the crisis did not change variables such as gender, age, degree of motivation and physical or psychological dependence in smokers. There is greater concern with smoking costs expressed by the reason to quit smoking, lower consumption of cigarettes and prevalence of cheaper brands, with apparent economic gain. This reduction is discordant with the determination of carbon monoxide, which leads us to conclude about the increased of inhalation depth and the number of inhalations, potentially worsening the dangers of smoking to health.

**Key words:** Tobacco. Economic crisis. Smoking habits.

## P58. CORRER, ANDAR... SEMPRE A RESPIRAR

Serviço de Pneumologia do Hospital Geral

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A atividade física regular tem benefícios amplamente reconhecidos, constituindo um dos pilares para um estilo de vida saudável. No doente respiratório, o exercício físico é um dos componentes essenciais do programa de reabilitação respiratória, sendo fundamental uma mudança de comportamentos no domicílio de forma a manter os benefícios da reabilitação respiratória. Com o objectivo de promover a atividade física, o convívio e um estilo de vida saudável o Serviço de Pneumologia do Hospital Geral (CHUC) desenvolve atividades dirigidas aos doentes respiratórios. Em Junho de 2014, realizou-se uma sessão de reabilitação ao ar livre na Mata do Choupal em Coimbra, sob o lema “Respirar É Viver”, que contou com a participação dos doentes que frequentavam o programa de reabilitação respiratória hospitalar. E porque os benefícios do exercício não são só para os doentes respiratórios, o serviço de pneumologia estendeu a prática de exercício regular também aos seus profissionais de saúde. Por vida ativa e saudável os profissionais de saúde desse serviço, reúnem-se semanalmente para o “Pneumo-Run” que consiste numa caminhada de cerca de 5,5km com uma duração aproximada de uma hora. Este trabalho tem como objectivo a divulgação e promoção das boas práticas de saúde, nas quais a atividade física se integra.

**Palavras-chave:** Exercício. Reabilitação respiratória.

## SONO E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

### P59. QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO DOMICÍLIO

J.P. Silva, S. Simões, T. Abrantes, J. Correia, L. Duarte, I. Figueiredo, G. Almeida, M. Direito, C. Portugal, A. Reis, S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu.

**Introdução:** A ventilação não invasiva (VNI) tem vindo a assumir um protagonismo crescente nas últimas décadas tanto em ambiente hospitalar como no domicílio, para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória crónica hipercápnica. Com a utilização da VNI pretende-se aumentar a taxa de sobrevivência, reduzindo o número de dias de internamento e melhorando a qualidade de vida.

**Objectivos:** Avaliação da qualidade de vida (QDV) relacionada com a saúde, entre outros parâmetros clínicos e analíticos, de doentes submetidos a VNI no domicílio seguidos no Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV).

**Métodos:** Estudo retrospectivo que incidiu numa amostra de 60 doentes ventilados no domicílio, seguidos no CHTV. Foi utilizado o Questionário de Estado de Saúde (SF-36) entre outros instrumentos de recolha de dados.

**Resultados e conclusões:** O índice de Graffar médio aponta para famílias de classe inferior alta, com nível sócio-económico reduzido. 63,35% dos doentes vive com companheiro. Verificámos existir índices mais elevados do estado de saúde nas escalas da saúde mental, função social e dor corporal. 51,7% dos doentes apresentou complicações relacionadas com a interface (uso de máscara facial em 70% dos doentes). A maioria dos doentes (55%) não recorreu às urgências no último ano e não necessitou de internamento (71.2%). A percentagem média de dias de uso de VNI superior a 4h/dia foi de 92,86%. Houve melhoria dos parâmetros gasimétricos ao fim de um ano de uso de VNI no domicílio, nomeadamente do pH, PaCO<sub>2</sub> e PaO<sub>2</sub>. A avaliação da QDV torna-se uma tarefa complicada, tanto pela subjectividade inerente a cada indivíduo, mas também pela dificuldade na análise e interpretação dos resultados. Neste sentido e apesar das dificuldades inerentes, este estudo permitiu-nos desenvolver uma base de apoio para posteriores investigações.

**Palavras-chave:** Ventilação não invasiva. Qualidade de vida. Domicílio.

### P60. SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES NUM FICHEIRO CLÍNICO

A.C. Lucas<sup>1</sup>, C.P. Rosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Belmonte;

<sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) está presente em aproximadamente 5 a 10% da população em geral, sendo 2 a 3 vezes mais comum no género masculino. Vários estudos sugerem fortemente a SAOS como fator de risco independente para doença cardiovascular (DCV), nomeadamente hipertensão arterial (HTA), arritmias, doença coronária, insuficiência cardíaca, e acidente vascular cerebral, e como preditor de morte cardiovascular prematura.

**Objectivos:** Determinar a prevalência de SAOS num ficheiro clínico, e verificar a coexistência de DCV.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo. Consulta dos utentes pertencentes ao ficheiro clínico codificados pelo ICPC-2 com *Perturbação do Sono - P06* (que inclui Apneia do Sono), no programa MIM@UF<sup>®</sup>. Posteriormente e recorrendo ao SCLínico<sup>®</sup> e à

Plataforma de Dados da Saúde (PDS), foi efetuada uma verificação dos utentes com diagnóstico de SAOS, e nestes últimos, os que apresentavam DCV. Realização de análise descritiva.

**Resultados:** Dos 1.780 utentes pertencentes ao ficheiro em estudo, 132 (7,42%) estavam codificados com P06. 29 apresentavam diagnóstico de SAOS e 6 estavam em estudo. A prevalência de SAOS foi de 1,63%, com idade média de 57 anos, 62% do sexo masculino. Nos utentes com diagnóstico de SAOS, 66% (n = 19) apresentavam DCV, na sua maioria HTA (55%).

**Conclusões:** A prevalência de SAOS neste ficheiro clínico foi inferior à estimada para a população em geral. O diagnóstico e tratamento da SAOS deve ser encarado como uma medida de prevenção e redução do risco cardiovascular, devendo o médico de família estar atento à identificação dos potenciais portadores, referenciando atempadamente para minimizar as complicações. A prevalência de HTA em doentes com SAOS foi semelhante à descrita noutros estudos.

**Palavras-chave:** SAOS. Doença cardiovascular.

## P60. OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA AND CARDIOVASCULAR EFFECTS IN A CLINICAL FILE

A.C. Lucas<sup>1</sup>, C.P. Rosa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Belmonte;

<sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

**Introduction:** The obstructive sleep apnoea (OSA) is present in approximately 5-10% of the general population, being 2-3 times more common in males. Several studies strongly suggest OSA as an independent risk factor for cardiovascular disease (CVD), in particular arterial hypertension (AHT), arrhythmias, coronary heart disease, heart failure, and stroke, and as a predictor of premature cardiovascular death. **Objectives:** To access prevalence of OSA in a clinical file, and check the CVD coexistence.

**Methods:** Observational, cross-sectional and descriptive study. Consultation of users belonging to the clinical file encoded by the ICPC-2 with *Sleep Disorder - P06* (including sleep apnea), on MIM@UF<sup>®</sup> program. Subsequently, using the SClínico<sup>®</sup> and Health Data Platform (PDS), a check was made of users with diagnosis of OSA, and in these last, those with CVD. Descriptive analysis was performed.

**Results:** Of the 1,780 users belonging to the file in study, 132 (7.42%) were encoded with P06. 29 were diagnosed with OSA and 6 were studied. The prevalence of OSA was 1.63% with a mean age of 57 years, 62% were male. In the user with a diagnosis of OSA, 66% (n = 19) had CVD, mostly hypertension (55%).

**Conclusions:** The prevalence of OSA in this clinical file was lower than estimated for the general population. The diagnosis and treatment of OSA should be seen as a measure of prevention and reduction of cardiovascular risk, with the family doctor be attentive to the identification of potential carriers, referencing a timely manner to minimize complications. The prevalence of hypertension in patients with OSA was similar to that described in other studies.

**Key words:** OSA. Cardiovascular disease.

## P61. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

J.C. Costa<sup>2</sup>, J.N. Machado<sup>2</sup>, J. Costa<sup>1</sup>, I.M. Patrício<sup>1</sup>, C. Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna B; <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral (CHUC-HG).

**Introdução:** A ventilação não-invasiva (VNI) é uma forma de suporte ventilatório não invasivo com benefícios comprovados em diversas condições clínicas que cursam com insuficiência respiratória.

**Objectivos:** Avaliar as indicações da VNI em doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, internados no Serviço de Medicina Interna, que iniciaram o tratamento no serviço de urgência (SU) ou enfermaria.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes submetidos a VNI com ventilador *Philips Respironics V60<sup>®</sup>* internados no Serviço de Medicina Interna do CHUC-HG, entre Janeiro e Dezembro de 2014. Analisados dados demográficos, indicações e resultado da utilização da VNI.

**Resultados:** Incluídos 54 doentes, com idade média de 82,2 anos ( $\pm$  8,4), 74% do sexo feminino. A maioria (63%) iniciaram VNI no SU. Quarenta e quatro doentes apresentavam patologias que são consideradas indicações, baseadas em níveis de evidência para utilização de VNI: 33 tinham insuficiência cardíaca descompensada, 5 exacerbação aguda da DPOC, 4 síndrome de obesidade-hipoventilação e 2 pneumonia grave em idoso imunocomprometido. Neste grupo a duração média de internamento foi 14,1 dias ( $\pm$  8,8), o tempo médio de VNI 5,9 dias ( $\pm$  4,1). A taxa de falência foi 20,5%. Nos restantes 10 doentes, a VNI foi utilizada na pneumonia grave no imunocompetente (5), choque séptico (4) e intoxicação por benzodiazepinas (1); a duração média de internamento foi 14,7 dias ( $\pm$  8,6), o tempo médio de VNI 4,6 dias ( $\pm$  1,9). A taxa de falência da VNI foi 70%. Sem diferenças estatisticamente significativas entre os parâmetros gasométricos previamente ao início da VNI nos dois grupos analisados (teste t: p > 0,05).

**Conclusões:** Na nossa amostra a taxa falência da VNI foi bastante inferior nos doentes que cumpriam as indicações formais para o início deste tipo de ventilação, de acordo com a evidência científica. Assim, apesar da crescente utilização da VNI em diversas entidades clínicas, a seleção criteriosa dos doentes constitui uma etapa essencial para o seu sucesso.

**Palavras-chave:** VNI. Insuficiência respiratória.

## P62. ADESÃO À TERAPÊUTICA COM A-CPAP NA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO - EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL DE SANTARÉM

T. Sachisokele, S. Silva, G. Reis, C. Lares, T. Chivinda, J.M. Carvalho, J.R. Dias, J.S. Cruz

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santarém.

**Introdução:** O síndrome de apneia do obstrutiva do sono (SAOS), representa uma patologia frequente, com implicações graves tornando-se fundamental o seu diagnóstico e tratamento. Contudo a adesão à terapêutica com pressão positiva contínua (CPAP), o tratamento de 1ª linha desta patologia, nem sempre é a desejável. Todo o empenho necessário para melhorar a adesão destes doentes à terapêutica é imprescindível.

**Objectivos:** Avaliar a adesão dos doentes com SAOS que iniciaram Auto-CPAP em 2013 no nosso centro. Considerou-se como aderente o doente que aos 6 meses de terapêutica apresentava uma percentagem de dias de uso superior ou igual a 4 horas mas de 70%.

**Métodos:** Fez-se o levantamento de todos os doentes com SAOS que iniciaram Auto-CPAP em 2013, incluindo-se no estudo os que apresentavam na avaliação completa aos 6 meses de tratamento. Foi feita a caracterização destes doentes e identificado a percentagem de doentes aderentes.

**Resultados:** Dos 555 doentes que iniciaram Auto-CPAP em 2013, 153 apresentavam avaliação completa aos 6 meses de terapêutica e por isso incluídos no estudo. Destes 113 doentes (74%) eram do sexo masculino, a idade média foi 59,2 anos (máxima 86-mínima 20), a escala de Epworth foi média de 13 pontos (máxima de 25 - mínima 3), o Índice de massa corporal teve uma média de 29,2kg/m<sup>2</sup> (máxima 48,4 - mínima 17), o antecedente patológico mais frequente foi a hipertensão arterial com 71 (46,4%) casos. A média do Índice de apneia/hipopneia foi de 33,4 eventos/hora (máxima

140-mínima 4,9). A média de dias de uso foi de 88,4%. A média de dias de uso superior ou igual a 4 horas (com uma média de 5,7 horas) foi de 73,2%.

**Conclusões:** Constatou-se uma boa adesão ao tratamento com Auto-CPAP em doentes com SAOS, seguidos no nosso centro. Reconhece-se a importância e necessidade da manutenção do esforço colectivo para a obtenção desses resultados.

**Palavras-chave:** *Apneia obstrutiva do sono. Auto-CPAP.*

## P62. AUTO-CPAP ADHERENCE IN OSA-EXPERIENCE IN SANTARÉM HOSPITAL

T. Sachisokele, S. Silva, G. Reis, C. Lares, T. Chivinda, J.M. Carvalho, J.R. Dias, J.S. Cruz

*Pulmonology Department, Hospital de Santarém.*

**Introduction:** The syndrome of obstructive sleep apnea (OSA) is a common disease with important consequence becoming essential to diagnosis and treatment. However adherence to positive continuous airway pressure therapy (CPAP) therapy with continuous positive airway pressure, is not always the desirable. All the necessary commitment to improve adherence to treatment of these patients is essential.

**Objectives:** To evaluate the compliance of patients with OSA who started Auto-CPAP in 2013 in our center. It was considered adherent to the patient who at 6 months of therapy had a percentage of days of use greater or equal to 70%.

**Methods:** We made a survey of all patients with OSA that began in 2013, who had a complete 6 months the evaluation. Characterization of these patients was made and identified the percentage of adherent patients.

**Results:** Of the 555 patients who started Auto-CPAP in 2013-2014, 153 had evaluation after 6 months of therapy and therefore included in the study. Of these 113 patients (74%) were male, the mean age was 59.2 years (minimum 86, maximum 20), the Epworth scale was an average of 13 points (maximum of 25 minimum 3), the Index body mass averaged was 29.2 kg/m<sup>2</sup> (maximum 48.4 minimum-17), the main pathological antecedent was the hypertension with 71 (46.4%) cases. The mean apnea/hypopnea index was 33.4 events/hour (maximum 140-minimum 4.9). The average days of use was 88.4%. The average of percentage of days of use greater or equal to 4h was 73.2% (average of 5.7/h).

**Conclusions:** We found good adherence to treatment with Auto-CPAP in patients with OSA, followed at our center. It we recognizes the importance and necessity of maintaining the collective effort to achieve these outcomes.

**Key words:** *Obstructive sleep apnea. Auto-CPAP.*

## P63. SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO POSICIONAL: UM PROBLEMA DE ADESÃO TERAPÊUTICA

P. Matos, M.J. Matos

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

**Introdução:** A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença comum, causadora de significativa morbilidade. Em muitos doentes, a ocorrência de eventos obstrutivos da via aérea superior acontece predominantemente na posição supina, o que motivou Cartwright em 1984 a identifica-los na variante posicional da SAOS. O principal objetivo desta divisão é identificar os doentes que não necessitam de ventiloterapia noturna, já que o condicionamento

posicional (CP) seria eficaz numa elevada percentagem destes doentes.

**Objectivos:** Verificar a eficácia das habituais medidas higieno-dietéticas e de sono; de roncopatia e do CP no SAOS posicional. Verificar a adesão terapêutica.

**Métodos:** Doentes seguidos em consulta por suspeita de SAOS e estudo poligráfico cardio-respiratório do sono, com índice de apneia-hipopneia (IAH) em supina de pelo menos o dobro do IAH noutras posições. Registo de dados poligráficos e ESE basais e após medidas estudo de controlo, sob as medidas recomendadas e CP (“bola de ténis”).

**Resultados:** Identificados 93 doentes com SAOS posicional. Apenas 46 repetiram o estudo sob as medidas recomendadas. Destes, 36 eram homens (78,3%), com IMC médio 29,3 Kg/m<sup>2</sup> e média de idades 54,8 anos, apresentando às datas dos estudos de sono score de ESE de 11 e 7,9. Os resultados dos estudos do sono antes e com a terapêutica foram: IAH total 14,9/h vs 9,3/h; IAH supina 34,2/h vs 24,3/h; Tempo de registo em supina 40% vs 17,1%; SpO<sub>2</sub> mínima 82,2% vs 85,6%; Índice de dessaturação (OD) 14,8/h vs 8,8/h. Destes 46 doentes apenas 26 (56,5%) cumpriam corretamente as medidas recomendadas com bons resultados clínicos. 11 doentes necessitaram terapêutica com APAP e 1 de cirurgia ORL.

**Conclusões:** O CP e restantes medidas são eficazes, quando cumpridas. Verifica-se um alto nível de incumprimento terapêutico, como esperado e referido na literatura, realçando-se o facto de 47 doentes (50,5%) não terem comparecido à consulta de seguimento ou estudo de controlo. São necessários outros métodos de CP, já em desenvolvimento, para obter resultados encorajadores.

**Palavras-chave:** *SAOS posicional. Terapêutica posicional. Bola de ténis.*

## P64. SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO CENTRAL DO SONO PÓS-TRAUMÁTICO

C. Lacerda<sup>1</sup>, P. Ramalho<sup>2</sup>, L. Batata<sup>4</sup>, M.H. Estevão<sup>3</sup>, J. Moita<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital dos Covões. <sup>3</sup>Hospital Pediátrico de Coimbra. <sup>4</sup>Centro de Medicina do Sono, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Hospital dos Covões.

**Introdução:** O síndrome de hipoventilação central (SHC), na sua forma mais comum na criança, manifesta-se pelo síndrome de Ondine, doença congénita associada a uma disfunção do sistema nervoso autónomo e diminuição da resposta à hipercápnia e hipoxémia. Contudo, outras formas adquiridas, nomeadamente de etiologia traumática, podem estar na base da disfunção do centro respiratório.

**Caso clínico:** Os autores descrevem um caso de uma criança que, na sequência de um traumatismo crânio-encefálico e cervical por atropelamento aos 17 meses de idade, desenvolve progressivamente sintomas de sonolência, crises convulsivas irritabilidade, labilidade de humor, défices cognitivas, e enurese. Aos 4 anos de idade é submetida a múltiplas intervenções cirúrgicas constatando-se episódios de hipercapnia significativos e apneias frequentes com necessidade de traqueostomia. Após o encerramento da traqueostomia surge um agravamento do quadro de hipoventilação com hipersonolência grave acabando por ser medicada cronicamente com anfetaminas e cafeína injectável sem benefício. Aos 18 anos inicia ventilação não invasiva (VNI) binível obtendo melhoria clínica e gasométrica. Do estudo realizado salienta-se: quatro polissonografias, duas realizadas já na idade adulta, onde o padrão respiratório mostra incapacidade da doente em gerar ciclos respiratórios espontâneos durante o sono e ausência de eventos obstrutivos sob binível; estudo do centro respiratório (*drive*) com resposta da ven-

tilação e da P0.1 muito diminuídas à estimulação hipercápnica; provas funcionais respiratórias normais; EEG de vigília sem actividade anormal e TC de crânio, realizado ainda na infância, sem alterações relevantes. Atualmente a doente (com 33 anos) encontra-se totalmente dependente de ventilação para o período do sono, com normalização gasométrica basal e melhoria dos sintomas diurnos inerentes à hipoventilação nocturna.

**Discussão:** A presente descrição ilustra um caso raro de SHC do sono adquirido num contexto pós-traumático. O reconhecimento desta patologia na infância exige um alto nível de suspeição perante a sintomatologia diurna. O diagnóstico permitirá a implementação precoce de VNI, tratamento capaz de alterar o curso natural da doença. Sendo uma forma de hipoventilação grave, totalmente dependente durante o sono, a ventilação requer cuidados especiais de controlo, aferição e fiabilidade.

**Palavras-chave:** *Hipoventilação central do sono. Polisonograma. Drive. Ventilação não invasiva.*

## PATOLOGIA PLEURAL

### P65. APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SEQUESTRO BRONCOPULMONAR

D. Coutinho<sup>1</sup>, C. Lacerda<sup>2</sup>, M. Dias<sup>1</sup>, M.J. Oliveira<sup>1</sup>, D. Vaz<sup>1</sup>, T. Shiang<sup>1</sup>

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

**Introdução:** O sequestro broncopulmonar é uma malformação congénita rara, que habitualmente se manifesta em idades jovens, sendo pouco frequente na idade adulta. Nesta faixa etária a sua apresentação clínica é variável.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 18 anos, não fumador, admitido no SU por toracalgia esquerda e dispneia de início súbito. De relevante nos seus antecedentes pessoais apresentava um internamento recente por pneumotórax espontâneo esquerdo. Não apresentava qualquer medicação habitual ou história recente de trauma. A telerradiografia torácica realizada no SU um pneumotórax marginal esquerdo de pequeno volume, tratado com medidas conservadoras. Por se tratar do seu segundo episódio de pneumotórax espontâneo optou-se pela realização de uma TC torácica que mostrou a existência de uma área hipodensa no segmento postero-inferior do lobo inferior esquerdo com estruturas brônquicas ectasiadas e sem comunicação com a árvore traqueobrônquica. Associadamente apresentava um vaso sanguíneo anómalo com origem na transição toraco-abdominal da aorta descendente e com drenagem venosa regular através das veias pulmonares. A broncofibroscopia não revelou quaisquer alterações estruturais. Todos estes achados eram compatíveis com um sequestro broncopulmonar intralobar. O doente foi submetido a lobectomia inferior esquerda por toracotomia. Nenhuma bolha subpleural foi detetada durante a cirurgia. A histologia da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de sequestro intralobar.

**Discussão:** Este caso clínico realça a possibilidade de um pneumotórax espontâneo poder ser a manifestação inicial de um sequestro intralobar. Apesar de extremamente raro, a suspeita clínica é fundamental para o diagnóstico deste tipo de patologia na idade adulta.

**Palavras-chave:** *Sequestro broncopulmonar. Pneumotórax.*

### P66. DERRAME PLEURAL HEMÁTICO: UM SINAL DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

D. Duarte, J. Eusébio, C. Araújo, C. Cardoso, P. Raimundo, A. Domingos

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras.*

**Introdução:** O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença pulmonar comum, que pode assumir diversas formas de apresentação, sendo que a dor pleurítica surge em cerca de 44% dos casos. Por outro lado, o TEP pode cursar com derrame pleural, sendo este quase sempre exsudativo e frequentemente hemático. Assim, é importante considerar o TEP no diagnóstico diferencial do derrame pleural.

**Caso clínico:** Homem de 52 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia e enfarte agudo do miocárdio em 2012. Admitido no Serviço de Urgência (SU) por toracalgia direita, de início súbito. Apresentava diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax direito. Laboratorialmente destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios e gasimetria arterial (GSA) com insuficiência respiratória parcial. A radiografia do tórax não evidenciava alterações relevantes. Admitida infecção respiratória, tendo tido alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Após duas semanas recorre ao SU por persistência do quadro e início de febre (máx. 39,2 °C) no dia anterior. Objetivamente apresentava diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito. Mantinha perfil analítico com aumento dos parâmetros inflamatórios e GSA com insuficiência respiratória parcial, no entanto verificou-se agravamento imagiológico com hipotransparência heterogénea global do hemitórax direito e hipotransparência homogénea ovalada, de limites bem definidos, no 1/3 inferior do campo pulmonar direito. Foi realizada TAC torácica apresentando “extenso derrame pleural direito loculado com colapso passivo do pulmão adjacente; enfisema paraseptal direito”. Durante o internamento, após uma semana de antibioterapia com levofloxacina, manteve-se febril. Foi realizada toracentese diagnóstica ecoguiada, com saída de cerca de 30 cc de líquido pleural francamente hemático. Alterou-se antibioticoterapia para piperacilina/tazobactam e gentamicina, tendo sido transferido para a Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente para drenagem do derrame pleural, limpeza e descorticação. De regresso ao Serviço de origem, efectuou para esclarecimento diagnóstico: D-dímeros (4.200 ng/mL), angio-TC torácica que não revelou alterações e cintigrafia V/Q com probabilidade intermédia/alta para microtromboembolismo direito. Admitiu-se derrame pleural hemático em contexto de TEP.

**Discussão:** Em doentes com derrame pleural exsudativo, o TEP costuma ser negligenciado na marcha diagnóstica. Serve o presente caso para alertar sobre esta patologia em doentes com derrame pleural.

**Palavras-chave:** *TEP. Derrame pleural. Toracalgia.*

### P67. DERRAME PLEURAL E O RISCO DAS PRIMEIRAS IMPRESSÕES

L.M. Almeida<sup>1</sup>, P.C. Mota<sup>1,4</sup>, I. Gomes<sup>1</sup>, S. Guimarães<sup>2,4</sup>, E. Mariz<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup>Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João.

<sup>4</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

**Introdução:** Os derrames pleurais com características de exsudado (DPE) têm, mais frequentemente, etiologia neoplásica, parapneumónica e tuberculosa. As características do líquido pleural (LP) permitem orientar os diagnósticos diferenciais, embora possam ser insuficientes para o diagnóstico definitivo, o qual carece de avalia-

ção histológica. A biópsia pleural fechada, constitui um procedimento diagnóstico valioso no estudo etiológico do DPE, em particular nos países com elevada incidência de tuberculose, apesar da reconhecida inferioridade de rentabilidade relativamente à toracoscopia e à biópsia guiada por tomografia computadorizada.

**Caso clínico:** Homem, 56 anos, antecedentes de artrite reumatóide (AR), medicado com metotrexato 20 mg/semana e prednisona 10 mg/dia. Por mau controlo da AR foi proposto para terapêutica biológica com INFLIXIMAB. Neste contexto, foi diagnosticada infeção latente por *Mycobacterium tuberculosis* e iniciou isoniazida. Três semanas após, refere dispneia e diminuição da tolerância ao esforço associadas a aparecimento de derrame pleural esquerdo de médio volume. O doente foi admitido para investigação etiológica do quadro, tendo sido realizadas toracocenteses diagnóstica, evacuidora e biópsia pleural fechada. A drenagem foi interrompida pela presença de hemotórax sintomático, que motivou a colocação de dreno torácico (total drenado 1.900 ml) com evolução clínica favorável e sem repercussão analítica. Previamente à complicação, o LP tinha um aspecto turvo, pH 7,0, compatível com exsudado segundo os critérios de Light, ADA 197 U/L, glicose < 10 mg/mL, 92% de neutrófilos, citológico negativo para células malignas, amicrobiano, exame micobacteriológico direto negativo (cultural em curso). O exame anátomo-patológico da pleural revelou a presença de nódulos reumatóides e exclui a presença de processo bacilar, sendo também negativo o exame micobacteriológico direto da pleura. Teve alta orientado para as consultas de Pneumologia e Reabilitação pulmonar.

**Discussão:** Os DPE colocam um desafio diagnóstico frequente na prática clínica, especialmente na presença de comorbilidades que podem explicar as características do LP ou limitar os procedimentos diagnósticos. No presente caso, apesar da hipótese diagnóstica de tuberculose pleural primariamente colocada, não se poderia excluir envolvimento pleural secundário a AR ou ao metotrexato. Neste contexto, a biópsia pleural fechada revelou-se de grande utilidade diagnóstica, corroborando a necessidade de intensificar a terapêutica da AR.

**Palavras-chave:** Derrame pleural. Tuberculose pleural. Artrite reumatóide. Biópsia pleural.

### P68. CONSEQUÊNCIAS TARDIAS DE HEMOTÓRAX - APRESENTAÇÃO INCOMUM DE DERRAME PLEURAL

L.M. Almeida<sup>1</sup>, R. Boaventura<sup>1</sup>, M. van Zeller<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

**Introdução:** A apresentação e localização de um derrame pleural pode ser condicionada pelos antecedentes patológicos e, em particular, pela história prévia de manipulação pleural, que favorece a formação de aderências pleurais. No caso clínico descrito, apenas décadas depois da manipulação pleural e na presença de doença foram notórias as consequências de um hemotórax prévio.

**Caso clínico:** Homem, 79 anos, com antecedentes de doença de Crohn, HTA, ex-fumador (5 UMA) e história de internamento por hemotórax à direita em 1989 em contexto de acidente de viação. Medicado com messalazina, lisinopril, hidroclorotiazida, finasteride, tansulosina e bromazepam. Enviado para a consulta de Pneumologia por dispneia. Não apresentava alterações de relevo ao exame objetivo, à exceção de crepitações na base do campo pulmonar direito na auscultação pulmonar. As provas funcionais respiratórias, a gasimetria arterial, o ecocardiograma transtorácico e o BNP eram nor-

mais. A radiografia torácica apresentava um alargamento mediastínico na região hilar esquerda, tendo sido requisitada uma TC que documentou um derrame pleural direito de pequeno/médio volume, de aspeto loculado, com folhetos pleurais hipercaptantes, sendo que as maiores locas se localizavam na região paratraqueal direita, transição do lobo superior para o lobo médio na face mediastínica e na cisura oblíqua. Uma vez que o doente tinha sido submetido a uma cirurgia intestinal, com fluidoterapia intensa no pós-operatório, cerca de 10 dias antes da realização da TC, e que, na data da consulta, apresentava diminuição radiográfica do derrame, optou-se por instituir terapêutica diurética, mantendo vigilância clínica e imagiológica. Cerca de 2 meses depois repetiu TC que documentou resolução quase completa do derrame pleural, persistindo uma pequena loca. A TC realizada um ano após a primeira documenta a completa resolução do quadro. Apesar da ausência de confirmação diagnóstica, atendendo à evolução clínica e resolução com diurético de derrame pleural direito, foi assumido diagnóstico de derrame no contexto de sobrecarga hídrica.

**Discussão:** Este caso permite salientar a apresentação incomum de um derrame de sobrecarga hídrica como derrame complicado com loculação e aspecto imagiológico sugestivo de exsudado, provavelmente pela presença de aderências entre as pleuras visceral e parietal formadas na sequência de hemotórax prévio.

**Palavras-chave:** Hemotórax. Aderências pleurais.

### P69. CASO DE DERRAME PLEURAL PÓS-PARTO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E ETIOLOGIA INCOMUM

P. Matos, T. Alfaro, I. Ferreira

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

**Introdução:** O Derrame pleural pós-parto pode ser imediato ou tardio. Enquanto o primeiro parece ser comum e auto-limitado, o último, mais raro, pode causar morbidade ou mortalidade não negligenciáveis. A investigação diagnóstica deve ser exaustiva, contemplando causas específicas como a síndrome anti-fosfolipídico e a tromboembolia pulmonar, até 15 vezes mais frequente no puerpério. Causas infecciosas deverão sempre ser equacionadas.

**Caso clínico:** Mulher de 26 anos, previamente saudável, enviada ao Serviço de Urgência 15 dias após parto eutócico, por tosse, ortopneia, febre e toracalgia pleurítica. Detetado derrame pleural volumoso à esquerda, com características de exsudato não complicado com predomínio linfocítico. Foi colocado dreno torácico e descartada TEP por angio-TC, que evidenciou infiltrado ligeiro com broncograma aéreo no LSE. Internada no Serviço de Pneumologia a cumprir antibioterapia i.v. As biópsias pleurais efetuadas demonstraram pleurite inespecífica. Pesquisa de anti-corpos anti-fosfolipídico e anti-cardiolipinas, bem como screening de sífilis negativos. Imunofenotipagem do líquido pleural sem alterações. A microbiologia do aspirado brônquico e lavado broncoalveolar identificou *Rothia mucilaginosa*. Derrame não recidivou após antibioterapia dirigida e cinesiterapia respiratória.

**Discussão:** O agente etiológico identificado é comensal habitual da orofaringe e raramente causador de doença em pacientes imunocompetentes, estando no entanto descrito em infeções graves nestas circunstâncias. Salientamos com o caso a necessidade de exclusão de TEP, muito mais frequente no puerpério, bem como a síndrome anti-fosfolipídico, causadora de significativa morbidade pulmonar e cardiovascular.

**Palavras-chave:** Derrame pleural. Pós-parto.