

POSTERS

XXXI Congresso de Pneumologia

Praia da Falésia - Centro de Congressos Sana Epic, Algarve, 5-7 de Novembro de 2015

PO 001. COCCIDIOIDOMICOSE. UM CASO EUROPEU

C. Cruz¹, P. Santos¹, C. Ventura², F. Gamboa¹

¹Serviço de Pneumologia (Director Serviço: Dr. Mário Loureiro);

²Serviço de Infeciologia (Director Serviço: Prof.

Doutor José Gabriel Saraiva da Cunha), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A coccidioidomicose é uma infeção fúngica causada por inalação de esporos de *Coccidioides immitis* ou *C. posadasii*, que se encontram no solo de zonas áridas do continente Americano. O diagnóstico implica identificação em cultura, histologia ou serologia. 60-65% dos casos são assintomáticos. Nos sintomáticos, a maioria refere sintomas semelhantes a síndrome gripal que resolvem espontaneamente. Os coccidióides têm predileção pelo pulmão, pele, sistema musculoesquelético e SNC. O tratamento deve ser iniciado quando a infeção pulmonar é grave, na doença pulmonar crónica, na doença disseminada, que ocorre em menos de 1% dos casos ou em imunodeprimidos.

Caso clínico: Doente do género masculino, 52 anos, reformado por invalidez por patologia osteoarticular, fumador de 40 UMA, com antecedentes de hepatopatia alcoólica e enfisema pulmonar, consumidor de canabinóides e com história de viagem a Marrocos nos anos 80 que foi internado no Serviço de Medicina Intensiva por pneumonia adquirida na comunidade à direita com necessidade de suporte ventilatório mecânico (PSI classe V). Iniciou antibioterapia empírica de largo espectro que foi posteriormente ajustada após identificação de *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente na expectoração. Dos exames analíticos refere-se pesquisa de canabinóides na urina positiva, uroculturas, hemoculturas e serologias víricas negativas. A TC-Tórax evidenciava áreas de consolidação parenquimatosa distribuídas pelos lobos superior, médio e inferior direitos com áreas nodulares de necrose no interior e adenomegalias hilares direitas e mediastínicas. Após transferência para o Serviço de Pneumologia manteve picos febris, elevação dos parâmetros inflamatórios e infiltrados radiológicos apesar da terapêutica antibiótica dirigida tendo a broncofibroscopia evidenciado apenas mucosa com sinais inflamatórios e secreções espessas bilaterais em pequena quantidade onde ainda foram identificados *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente. Por persistência das alterações imagiológicas após negatificação dos exames de expectoração, realizou biópsia pulmonar transtorácica cuja histologia mostrou estruturas

esféricas ou ovóides com membrana reforçada pelo PAS, correspondendo a coccidióides ou histoplasma. A serologia para *Coccidioides immitis* por aglutinação foi positiva. Foi estabelecido o diagnóstico de coccidioidomicose pulmonar e iniciou, já em ambulatório, sob orientação de Infeciologia, terapêutica com Itraconazol na dose de 400 mg por dia. Verificou-se melhoria radiológica progressiva. A TC-tórax efetuada ao fim de um ano de terapêutica apresenta áreas de densificação pulmonar dispersas à direita de aspeto sequelar e imagem hipertransparente com 5 cm, de parede fina no lobo inferior direito.

Discussão: Apesar de no presente caso não serem evidentes fatores de risco para desenvolvimento de coccidioidomicose, como viagens para zonas endémicas, o uso de canabinóides provenientes dessas áreas poderá estar na origem desta infeção. A terapêutica antifúngica, que nestes casos deve ser prolongada, cursou com melhoria imagiológica progressiva.

Palavras chave: Coccidioidomicose. *Coccidioides immitis*. *Coccidioides posadasii*.

PO 002. INFECCÃO A *BURKHOLDERIA CEPACIA* EM DOENTE IMUNO-COMPETENTE COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA

R. Silva, E. Magalhães, I. Vicente, M.J. Valente, M. Mendes, M.S. Valente

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: Os autores relatam o caso de um doente do sexo masculino, de 66 anos, comerciante, ex-fumador de 33 UMA, com antecedentes de Asma brônquica persistente grave desde os 35 anos, DPOC grupo C GOLD e lobectomia inferior esquerda em 1999 por bronquiectasias localizadas, sob inaloterapia combinada com tiotrópio, fluticasona + salmeterol e formeterol em SOS.

Caso clínico: Apresentou-se clinicamente estável, sem exacerbações até 2014, altura em que inicia quadro de broncorreia mucopurulenta persistente e agravamento rapidamente progressivo da dispneia de esforço, associado a pneumonias de repetição com insuficiência respiratória parcial, a um ritmo mensal, várias com critérios de internamento, com identificações microbiológicas sequenciais a agentes sensíveis e resposta clínica, laboratorial e imagiológica completas a antibioterapia ajustada. Numa das exa-

cerbações, o doente apresentava hipoxemia persistente apesar de antibioterapia e sem melhoria clínica ou analítica. Ao exame objectivo apresenta sinais de dificuldade respiratória, com murmúrio vesicular mantido bilateralmente e ferveores bilaterais à auscultação. Analiticamente tinha leucocitose (17.6), neutrofilia (83%); e insuficiência respiratória tipo 2, Auto-imunidade negativa para todos os anticorpos testados, doseamentos imunoglobulinas sem alterações. Foi pedido doseamento de A1AT dentro do intervalo de referência. A avaliação imagiológica identificou em TC Tórax alta resolução a presença de bronquiectasias bilaterais difusas. Dada a resposta incompleta à antibioterapia instituída e por suspeita de agente específico/resistente foi realizada broncofibroscopia para melhor esclarecimento diagnóstico. Fez colheita de expectoração espontânea que identificou *Burkholderia cepacia* em 3 amostras. Iniciou antibioterapia endovenosa com sulfametoxazol/trimetoprim e meropenem durante 21 dias com melhoria clínica inicial mas com reagramento clínico e analítico mantendo expectoração de características mucopurulentas, cujas novas culturas identificaram *Acinetobacter baumannii* metilino-resistente para o qual cumpriu 21 dias de tratamento endovenoso com Colistina. Por identificação de *Burkholderia cepacia* em doente imunocompetente foi pedido o estudo genético que mostrou que o doente era portador da variante IVS8-5T no gene *CFTR* não confirmando o diagnóstico de fibrose quística e não foi detectada qualquer uma das outras mutações frequentes agora analisadas no gene *CFTR*. Desde a primeira identificação e antibioterapia dirigida, as colheitas de expectoração realizadas em ambulatório mostram colonização a *Acinetobacter baumannii*, mas sem nova identificação, até ao momento, de *Burkholderia cepacia*.

Discussão: As bronquiectasias definem-se pela dilatação permanente das vias aéreas. Foram pela primeira vez descritas por Rene Theophile Laënnec em 1892. Ocorrem mais frequentemente como sequelas de infecções respiratórias e a sua prevalência é muito variável. Na Finlândia é cerca de 3,9 por 100000 habitantes enquanto que nos EUA pode chegar aos 52 por 100.000. No Reino Unido, cerca de 40% dos doentes com fibrose quística encontram-se colonizados com. Nos doentes sem fibrose quística a *Burkholderia cepacia* é tipicamente uma infecção hospitalar adquirida por doentes imunocomprometidos ou ventilados mecanicamente. Os autores decidiram reportar este caso, dada a raridade de bronquiectasias infectadas a *Burkholderia cepacia* em doentes imunocompetentes sem fibrose quística.

Palavras chave: Bronquiectasias não fibrose quística. *Burkholderia cepacia*. *Acinetobacter baumannii*. Imunocompetente.

PO 003. STRONGILOIDÍASE, UMA INFECÇÃO ESPORÁDICA MAS POTENCIALMENTE FATAL

J. Carvalho, A.F. Santos, L. Oliveira, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A strongiloidíase é uma infecção endémica em regiões tropicais e subtropicais, ocorrendo de forma esporádica em países de clima temperado em emigrantes e viajantes de áreas endémicas. Para as manifestações da infecção contribuem a capacidade de autoinfecção do parasita (aumentando a carga de formas adultas) e a imunidade celular do hospedeiro, podendo variar desde eosinofilia assintomática nos imunocompetentes até doença disseminada com choque séptico nos imunocomprometidos. Apesar da autoinfecção ser contida por um sistema imune intacto, o parasita pode subsistir no hospedeiro e condicionar manifestações clínicas décadas após a infecção, em situações de imunossupressão (neoplasias, corticoterapia, citotóxicos...). Nestas condições a autoinfecção pode condicionar um síndrome de hiperinfecção, com disseminação hematogénica massiva de larvas filariformes para múltiplos órgãos, sobretudo pulmão e trato digestivo, com elevada mortalidade.

Caso clínico: Homem de 60 anos, autónomo, engenheiro agrónomo. Residente em Moçambique até aos 22 anos, trabalhou na Líbia durante 2 anos (1978). Ex-fumador (80 UMAS). História pessoal de: hipertensão arterial; dislipidémia; carcinoma do urotélio localmente invasivo diagnosticado em 2013, submetido a cirurgia e instilação intravesical de BCG, complicada de micobacteriose disseminada; carcinoma pulmonar de pequenas células do hilo direito estadio IV diagnosticado em 2014, com evidência de progressão da doença sob quimioterapia. Foi internado no Serviço de Pneumologia por síndrome da veia cava superior, com melhoria após radioterapia, corticoterapia, diuréticos e anticoagulação. Durante o internamento desenvolveu quadro de hemoptises, tendo realizado broncofibroscopia, sem alterações de relevo. No exame directo das secreções brônquicas colhidas foram identificadas larvas de parasita, pelo que foi solicitado exame parasitológico das fezes. isolamento de *Strongyloides stercoralis*. Foi medicado com albendazol e teve alta hospitalar. Uma semana após a alta desenvolveu quadro de febre, dor abdominal, náuseas, diarreia e tosse seca. Perante evidência de atingimento multissistémico assumiu-se síndrome de hiperinfecção a *Strongyloides stercoralis*. Foi internado no Serviço de Medicina e iniciou terapêutica com ivermectina. Apesar do tratamento manteve-se febril e desenvolveu insuficiência respiratória de agravamento progressivo, com infiltrados intersticiais bilaterais na radiografia torácica. Pela suspeita de sobreinfecção bacteriana iniciou antibioterapia empírica com meropenem e foi transferido para a UCI. Após estabilização clínica e ventilação regressou à enfermaria para completar terapêutica.

Discussão: Apesar de se tratar de uma infecção pouco frequente a strongiloidíase pode constituir uma situação clínica grave, sobretudo nos casos de síndrome de hiperinfecção, que são mais frequentes em doentes imunossuprimidos. É portanto essencial detectar e tratar precocemente esta infecção antes do início de imunossupressão, bem como ponderar redução da dose de imunossupressores a quando da confirmação do diagnóstico.

Palavras chave: *Strongyloides stercoralis*. Imunossupressão. Síndrome de hiperinfecção.

PO 004. CRIPTOCOCOSE DISSEMINADA

F. Ferro, J. Cardoso, L. Lopes, J. Costeira, W. Videira, P. Barradas, C. Bárbara

Unidade de Pneumologia Oncológica, Hospital Pulido Valente. Serviço de Pneumologia, CHLN.

Introdução: A criptococose é a micose invasiva mais comum nos doentes HIV afetando anualmente um milhão de doentes. A mortalidade é alta apesar do tratamento e, quando não tratada, é estimada entre 70-80%, atingindo os 100% nos casos de meningite.

Caso clínico: Homem de 36 anos, melanodérmico, natural da Guiné Bissau, em Portugal desde 2003, desempregado. Com diagnósticos de VHB e VIH 1 conhecidos desde 2007, com abandono da terapêutica anti-retroviral em 2012. É internado no Serviço de Pneumologia por quadro com 3 meses de evolução de dispneia, tosse seca, astenia, anorexia, perda ponderal, febre não quantificada e aparecimento de lesão na asa nasal esquerda desde há 1 mês. Na admissão, encontrava-se vigil, hemodinamicamente estável, febril (38,7 °C) a saturar 97% em ar ambiente. Apresentava à auscultação pulmonar diminuição global do murmúrio vesicular. A lesão cutânea era arredondada, com 3 cm de diâmetro e com crosta necrótica na localização atrás descrita. Analiticamente com leucopenia (2.250 leucócitos), CD4+ 4,98 cel/uL, Carga viral: 698.900 cópias/uL sem outras alterações. Na radiografia de tórax observava-se reforço hilar bilateral, cisurite à direita e muito discreta micro-nodulação no andar médio direito. O estudo tomográfico revelou a nível encefálico a presença de hipodensidades esféricas bilaterais, não captantes, nucleocapsulares; A nível torácico documentou-se densificação parenquimatosa micronodular. Na broncofibroscopia observaram-se

aspectos inflamatórios generalizados e mucosa irregular no brônquio lobar superior esquerdo. A biópsia desta região e o lavado brônquico revelaram a presença *Cryptococcus neoformans*. O estudo microbiológico do *liquor* cefalorraquidiano revelou a presença de *Cryptococcus neoformans*. Hemoculturas e estudo serológico foram positivos para o mesmo agente. Procedeu-se ainda a biópsia cutânea da lesão nasal que foi compatível com criptococose cutânea. O doente foi inicialmente medicado com anfotericina B (AmB) e flucitosina. Suspendeu a última por toxicidade hepática, associando-se fluconazol. Verificou-se apirexia mantida desde o 5º dia de terapêutica e regressão da total das lesões cerebrais. À segunda semana de terapêutica ainda se identificava a presença de *Cryptococcus* no *liquor*, mas hemoculturas negativas. Manteve terapêutica dupla durante 6 semanas e retomou terapêutica anti-retroviral após 4 semanas de AmB. Nesta altura com exame cultural do *liquor* negativo. Apresentou melhora sintomática franca com regressão progressiva lesões cutâneas mantendo terapêutica de consolidação e manutenção com fluconazol.

Discussão: Apesar da diminuição da incidência da criptococose, com o advento da terapêutica antirretroviral, os doentes HIV positivos diagnosticados de novo ou incumpridores da terapêutica continuam a ser um grupo de risco. Em doentes com criptococose pulmonar, a meningite deve ser excluída por punção lombar, pois altera o prognóstico, a duração da terapêutica e alerta para o perigo de aumento da pressão intracraniana. Nos casos de criptococose disseminada a terapêutica deve incluir um esquema de indução, primariamente com AmB e flucitosina, e um esquema de consolidação e manutenção com fluconazol. A duração de cada um destes esquemas varia de acordo com a condição de base do doente, manifestação da doença e a resposta terapêutica.

Palavras chave: Criptococose. HIV. Meningite. *Cryptococcus neoformans*.

PO 005. A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COMO FATOR DE RISCO DE INFEÇÃO PNEUMOCÓCICA: VISÃO GERAL SOBRE A EPIDEMIOLOGIA, PATOGÊNESE E ESTRATÉGIAS DE IMUNIZAÇÃO

S. Marques, A. Maia, L. Veloso

Pfizer Biofarmacêutica Sociedade Unipessoal Lda.

Doença pneumocócica é um termo abrangente que inclui os processos infecciosos causados por *Streptococcus pneumoniae*, nomeadamente pneumonia, bacteriemia, meningite, sinusite e otite média. A doença invasiva pneumocócica (DIP) é definida pela presença de *S. pneumoniae* num local habitualmente estéril, como o sangue ou o líquido cefalorraquidiano. Na população adulta, a idade, particularmente acima dos 50 anos, imunocompromisso ou outras condições médicas, tais como doença respiratória, cardíaca e hepática crónicas, diabetes *mellitus*, alcoolismo e tabagismo, estão associados a um risco aumentado de DIP. A incidência de DIP é mais elevada em adultos com doenças pulmonares crónicas (incluindo asma e doença pulmonar obstrutiva crónica [DPOC]) comparativamente à de adultos saudáveis. Este grupo apresenta também um risco aumentado de hospitalização e morte por DIP, do que adultos sem doenças respiratórias. Estima-se que o *S. pneumoniae* seja responsável por 30 a 50% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) que requerem hospitalização em adultos. Estudos demonstram que, em doentes com DPOC, este microrganismo é responsável por 10 a 15% das exacerbações agudas e pelo desenvolvimento de pneumonia grave. Um estudo conduzido na região de Lisboa em 2008 estimou uma prevalência de DPOC de 14,2% em adultos \geq 40 anos de idade, sendo o aumento progressivo com a idade, e 86,8% de subdiagnósticos. Em 2012, a taxa bruta de mortalidade por DPOC em Portugal foi de 7.6/100.000 indivíduos, o que representa um aumento comparativamente a 2010, especialmente evidente no grupo etário acima dos 75 anos de idade. A imunização pode ser uma estratégia

efetiva na prevenção de infeção pneumocócica em doentes com DPOC, com potencial para diminuir a frequência de exacerbações e pneumonia. Até 2010, a única vacina pneumocócica aprovada para uso em adultos nos Estados Unidos da América (EUA) e Europa era a vacina pneumocócica polissacárida 23-valente (VPP23). Apesar da VPP23 conferir proteção contra DIP em adultos saudáveis, a sua imunogenicidade e efetividade na prevenção de DIP em adultos de risco e alto risco, e na prevenção de PAC em toda a população adulta é controversa. A vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13) está aprovada na União Europeia (UE) para a prevenção da doença pneumocócica em todas as idades pediátrica, e para a prevenção de DIP e PAC no grupo \geq 18 anos de idade. Atualmente, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia recomenda a imunização contra a doença pneumocócica para todos os adultos \geq 65 anos, adultos \geq 50 anos com comorbilidades crónicas, incluindo doenças respiratórias crónicas, e adultos \geq 18 anos de alto risco. Recentemente, a Direção Geral da Saúde emitiu uma recomendação para a vacinação contra a doença pneumocócica de adultos incluídos em grupos de risco/alto risco para DIP, incluindo doentes com DPOC. O presente trabalho revê a epidemiologia e patogénese da DIP e PAC em adultos com DPOC. Adicionalmente, são descritas as estratégias de imunização existentes e as recomendações respeitantes a esta população, com um foco particular sobre o panorama português.

Palavras chave: Doença pneumocócica. Doença pulmonar obstrutiva crónica. Infeção pneumocócica. Vacina pneumocócica. Adultos.

PO 006. DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÓNICO NA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE - CASUÍSTICA DE 2014

J.N. Machado, J.C. Costa, T. Costa

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

Introdução: O derrame pleural parapneumónico (DPP) é uma das complicações mais frequentes da pneumonia adquirida na comunidade (PAC). A toracocentese diagnóstica deve ser feita sempre que possível, de forma a diagnosticar atempadamente os derrames complicados e permitir tratamento adequado.

Objectivo: Determinar a incidência de DPP em doentes com PAC internados num Serviço de Pneumologia, comparar as características dos doentes com PAC com os doentes com PAC e DPP e verificar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Métodos: Estudo retrospectivo, com análise dos processos clínicos de todos os doentes internados no Serviço de Pneumologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra no ano de 2014, com diagnóstico de PAC. Foram analisados os dados demográficos, comorbilidades, variáveis clínicas e feita análise comparativa entre o grupo com PAC e o grupo PAC e DPP.

Resultados: A amostra foi constituída por 129 indivíduos, 57,4% do sexo masculino, com média de idades de 70,2 anos. A incidência de derrame pleural foi de 16,3%. Em ambos os grupos não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sócio-demográficas, comorbilidades, parâmetros gasométricos, microbiologia, antibioterapia instituída ou mortalidade. As comorbilidades mais comuns foram hipertensão arterial (57,4%), insuficiência cardíaca (27,3%), diabetes (27,9%), disfunção renal (27,7%) e dislipidémia (20,9%). Do foro respiratório observou-se 31,0% dos casos com DPOC, 14,0% com SAOS, 10,9% com asma, 7,0% com bronquiectasias, 5,4% com neoplasia pulmonar, 3,1% com patologia intersticial e 16,3% dos doentes cumpria OLD domiciliária. A entrada, 83,7% dos doentes apresentava insuficiência respiratória. Um número semelhante de doentes iniciou antibioterapia empírica com beta-lactâmico e macrólido (46,5%) ou fluoroquinolona (45,0%). A pesquisa de antigénios urinários (*Legionella* e pneumococo) foi positiva a pneumococo em 6,2% das colheitas. A cultura de expecto-

ração evidenciou na maioria das colheitas (77,6%) flora bacteriana mista, sendo os isolamentos mais frequentes MRSA em 8,2%, *H. influenzae* em 6,1% e *S. pneumoniae* em 4,1%. As hemoculturas foram negativas em 92,7% das colheitas, sendo 3,6% positivas a *S. pneumoniae*. Em 14,0% dos doentes foi alterada antibioterapia inicial conforme TSA do microrganismo identificado. O derrame foi abordado em 38,1% dos indivíduos, sendo um exsudato em 87,5% e um transudato em 12,5%. Três eram derrames complicados, e não se verificou nenhum empiema. Foi realizada toracocentese evacuadora em 2 casos e, em todos, terapêutica médica e cinesioterapia respiratória. A duração do internamento foi, em média, de 11,3 dias para o grupo PAC e 14,3 dias para o grupo PAC e DPP. A mortalidade global foi 2,3%. Dado que as variáveis dependentes em estudo não seguiam distribuição normal, utilizaram-se testes não paramétricos. Só o número de dias de internamento apresentava diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$), sendo maior no grupo PAC e DPP.

Conclusões: A incidência de derrame pleural na população em estudo foi de 16,3%, estando possivelmente subestimada quer pela ocorrência de derrames pouco volumosos não detectados quer pela amostra ser relativamente pequena. Os dois grupos não apresentaram diferenças sócio-demográficas ou clínicas estatisticamente significativas, à excepção de, para esta amostra, a presença de derrame pleural condicionar internamento mais prolongado.

Palavras chave: *Pneumonia adquirida na comunidade. Derrame pleural parapneumónico.*

PO 007. EIKENELLA CORRODENS - UMA CAUSA INCOMUM DE PNEUMONIA GRAVE EM INDIVÍDUOS IMUNOCOMPETENTES

A. Fernandes, J. Cravo, P. Matos, M. Alcide Marques

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

Introdução: A *Eikenella corrodens* um bacilo gram negativo, anaeróbio facultativo, comensal da flora oral, gastrointestinal e genitourinária. É uma causa pouco comum de infecção e normalmente está associada a comorbilidades, tais como neoplasia, diabetes, entre outras. Faz parte do grupo HACEK (*Haemophilus, Actinobacillus, Cardiobacterium, Eikenella e Kingella*) podendo causar endocardite, e mimetizar infecções respiratórias provocadas por anaeróbios, constituindo por isso um desafio diagnóstico e terapêutico.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 26 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, nunca fumador, trabalhador num estabelecimento comercial, que recorreu ao serviço de urgência por cefaleias, toracalgia anterior direita, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta e febre de predomínio vespertino com uma semana de evolução. Medicado nos 10 dias anteriores ao episódio descrito com cefuroxima por otite média aguda direita. Ao exame objectivo encontrava-se apirético, hemodinamicamente estável, eupneico em ar ambiente, com SatO₂ periférica de 98% e sem alterações à auscultação pulmonar. Analiticamente apresentava hemograma com leucocitose e neutrofilia, anemia microcítica e bioquímica com elevação de enzimas hepáticas de predomínio colostático, lesão renal aguda e proteína C-reactiva aumentada. Os antígenos urinários para *Legionella* e *Strep. pneumoniae* foram negativos. A telerradiografia do tórax evidenciava focos de condensação bilaterais de morfologia vagamente nodulares. No decorrer do internamento efectuou TAC torácica que mostrou múltiplas opacidades nodulares mal definidas com distribuição apico-caudal difusa, algumas com cavitações e a presença de um derrame pleural bilateral de moderado volume. Tinha iniciado antibioterapia empírica com levofloxacina contudo, por agravamento clínico com sépsis e insuficiência respiratória parcial grave, foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos para vigilância. O doente não necessitou de ser ventilado, tendo melhorado clinicamente pelo

que retornou ao nosso serviço. Entretanto as colheitas efectuadas na expectoração e as hemoculturas foram positivas para *Eikenella corrodens*. Procurou-se excluir a concomitância de lesões valvulares cardíacas, através de ecocardiograma transesofágico, que foi negativo. Realizou também ecografia abdominal que evidenciou a presença de uma esplenomegália de 13 cm de maior diâmetro. Iniciou então piperacilina-tazobactam, com melhoria clínica, analítica e radiológica evidente. O doente teve alta e foi orientado para consulta de Pneumologia para seguimento e vigilância.

Discussão: Apesar de bastante rara, a *Eikenella corrodens* é descrita como causadora de infecção indolente/subclínica, tipicamente associada a factores predisponentes como imunossupressão, aspiração ou doença pulmonar estrutural e deverá ser sempre considerada no diagnóstico diferencial etiológico de pneumonias com carácter necrotizante.

Palavras chave: *Eikenella corrodens.*

PO 008. ABCESSO PULMONAR E DIABETES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Mendes, P. Marujo, C. Serafim, I. Ramôa, A.C. Duarte

Hospital de Beja, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Introdução: As infecções estão entre as principais causas de descompensação aguda da diabetes mellitus. Nos doentes diabéticos parece haver uma maior predisposição ao desenvolvimento de infecções, as quais podem contribuir para complicações metabólicas como a cetoacidose diabética e coma. O ambiente hiperglicémico aumenta a virulência de alguns agentes patogénicos e favorece a alteração do sistema auto-imune (diminuição da actividade quimiotáctica e fagocitária dos neutrófilos, imobilização dos polímeros nucleares, inibição do sistema anti-oxidante, dismotilidade ciliar, diminuição de interleucinas e da imunidade humoral). O abcesso pulmonar é definido como necrose do parênquima pulmonar resultando numa cavidade com conteúdo purulento, provocado por uma infecção microbiana. As bactérias anaeróbias são responsáveis pela maior parte dos casos. Podem ser classificados como primários ou secundários. Estes últimos devem-se a disseminação hematogénica e os microrganismos mais frequentes são as Enterobacteriaceas. A aderência ao epitélio das vias respiratórias superiores pelas bactérias gram negativas está aumentada nos doentes diabéticos.

Caso clínico: Homem 63 anos, antecedentes pessoais de diabetes mellitus, sem controlo habitual. Foi encontrado caído no domicílio com alteração do estado de consciência. À entrada no SU estava hipotenso, taquicárdico, com glicémias capilares > 500 mg/dl e apirético. Ao exame objectivo encontrava-se prostrado (GSC 12), pouco colaborante, desidratado, polipneico e apresentava hálito cetónico. Não apresentava alterações na auscultação pulmonar e cardíaca, nem no restante exame objectivo. Analiticamente destacava-se leucocitose neutrofilica, glicémia 750 mg/dl, creatinina 2.3, HA1c 14.1%. Gasimetria com acidose metabólica e hiperlactacidémia. Exame sumário de urina com leucocitúria, nitritos positivos e cetonúria. Radiografia de tórax sem alterações pleuroparenquimatosas. Assumiu-se cetoacidose diabética grave e infecção urinária tendo iniciado amoxicilina-clavulânico empiricamente. No exame bacteriológico da urina e sangue foi isolado *Enterobacter aerogenes*, tendo sido alterado antibiótico para Ciprofloxacina de acordo com TSA. Na radiografia de tórax de controlo foram identificadas múltiplas lesões pulmonares cavitadas bilaterais de paredes espessadas e ligeiro derrame pleural direito e a TC- toraco-abdominal foi compatível com a presença de múltiplos abscessos pulmonares dispersos e abcesso renal direito. Realizou ecocardiograma que revelou apenas dilatação aurícula esquerda e hipocinésia apical do ventrículo esquerdo, sem outras alterações nomeadamente vegetações. Perante estes novos achados imagiológicos foi alterada terapêutica antibiótica para clindamicina e meropenem que cumpriu durante 21 dias. A videobroncoscopia não revelou alterações e nos exames bacteriológico,

micobacteriológico e micológico do lavado broncoalveolar não foram isolados agentes eventualmente por estar sob antibióticoterapia endovenosa. Durante o internamento o doente realizou cinesioterapia respiratória e assistiu-se a uma melhora clínica, analítica e imagiológica. Teve alta medicado com clindamicina e ciprofloxacina via oral. Para melhor controlo metabólico iniciou insulina basal bólus que passou a insulina de mistura na altura da alta. Foi encaminhado para consulta de Pneumologia e Diabetologia.

Discussão: O mau controlo diabético torna o doente susceptível a formas de infecções mais graves como se evidenciou neste caso. A infecção urinária pode ter sido o ponto de partida para a disseminação hematogénica com abscessos pulmonares e renal. O bom controlo glicémico contribui para a prevenção de infecções e para assegurar o normal mecanismo de defesa contra as mesmas.

Palavras chave: *Abscesso pulmonar. Disseminação hematogénica. Diabetes mellitus.*

PO 009. PNEUMONIA OBSTRUTIVA SECUNDÁRIA A ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NUM ADULTO SAUDÁVEL: UMA ENTIDADE ESQUECIDA?

V. Clérigo, L. Fernandes, P. Falcão, A. Mineiro, C. Santos, C. Bárbara

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

Introdução: A aspiração de corpo estranho pode constituir uma emergência médica potencialmente fatal, porém a passagem do objecto distalmente à carina ou o menor grau de obstrução pode resultar em sinais e sintomas de menor gravidade. Sintomatologia debilitante crónica com infecções respiratórias recorrentes pode ocorrer com a remoção tardia, ou o doente pode mesmo permanecer assintomático. A literatura no que concerne à aspiração de corpo estranho em adultos é limitada, particularmente em indivíduos saudáveis. O objectivo deste trabalho é reportar um caso de pneumonia obstrutiva induzida por corpo estranho num doente previamente saudável e alertar para a importância de incluir esta entidade no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 57 anos, com quadro caracterizado por malestar geral inespecífico e tosse seca com três meses. Durante esse período, o doente referiu sintomatologia adicional episódica de dispneia com tosse com expectoração purulenta admitida como secundária a infecções respiratórias de repetição, sendo medicado em conformidade com resolução parcial dos sintomas. O doente recorreu ao nosso hospital por novo episódio de dispneia de progressivo agravamento associado a tosse produtiva com expectoração purulenta e dor pleurítica direita, tendo sido internado para investigação etiológica. Na sequência do estudo complementar realizado, salienta-se tomografia computadorizada torácica que revelou consolidação do lobo inferior direito associada a uma imagem sugestiva de corpo estranho no brônquio lobar inferior direito. A broncofibroscopia flexível confirmou um corpo estranho irregular sugestivo de um osso duro, que foi removido por broncoscopia rígida. Um diagnóstico definitivo de pneumonia obstrutiva induzida por corpo estranho foi confirmado. O doente apresentou evolução clínica favorável após a conclusão de um curso de antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina.

Discussão: No adulto, muitos casos de aspiração de corpo estranho são inesperadamente detectados, inobservados ou incorrectamente diagnosticados, sendo a verdadeira incidência e prevalência desta entidade desconhecida no adulto. O momento em que ocorre a aspiração é frequentemente identificado, embora em muitos casos não seja devidamente considerado. Adicionalmente, o objecto aspirado pode passar despercebido. A infecção bacteriana não é significativa nas fases precoces de obstrução, mas é comum quando a obstrução se encontra presente há mais de uma semana. A

pneumonia obstrutiva uma potencial complicação da retenção a longo prazo do objecto aspirado em adultos imunocompetentes. As bactérias anaeróbicas das vias aéreas superiores são os patógenos mais comumente identificados. Estes doentes podem responder à antibioterapia instituída, mas têm infecções recorrentes no mesmo segmento pulmonar. A intervenção terapêutica mais importante a remoção do corpo estranho, frequentemente com broncoscopia rígida. A taxa de complicações aumenta à medida que o tempo para o diagnóstico e a remoção do objecto excede as 24 horas. A literatura é escassa no que concerne às consequências a longo prazo da remoção tardia. Os autores descrevem o diagnóstico e tratamento favoráveis de um doente adulto previamente saudável com pneumonia obstrutiva recorrente. Os clínicos devem equacionar a possibilidade de estarem na presença de uma pneumonia induzida pela presença de um corpo estranho não-iatrogénico, quando a sintomatologia do doente não é atribuível a outro diagnóstico alternativo.

Palavras chave: *Adulto. Aspiração de corpo estranho. Pneumonia obstrutiva.*

PO 010. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE CAVITADA GRAVE NUM DOENTE IMUNOCOMPETENTE: UMA COMPLICAÇÃO RARA

V. Clérigo, L. Fernandes, A. Mineiro, C. Santos, C. Bárbara

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

Introdução: Uma cavidade pulmonar é uma área preenchida com gás no centro de uma consolidação ou nódulo. As cavidades estão presentes numa significativa variedade de processos infecciosos e não infecciosos. A probabilidade de que um determinado processo cavar dependa da natureza do processo patogénico subjacente e dos factores do hospedeiro. A prevalência de cavitações entre os doentes com um determinado processo é consideravelmente variável. O objectivo deste trabalho é relatar um caso de pneumonia cavitada e alertar para o diagnóstico diferencial de processos patológicos associados a cavidades pulmonares, com foco em particular na patologia infecciosa.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem imunocompetente, de 79 anos de idade, internado no nosso serviço por dispneia de agravamento progressivo associada a tosse produtiva com expectoração mucopurulenta com duas semanas. O doente foi prévia e empiricamente medicado com levofloxacina sem melhoria clínica, sendo internado para investigação etiológica. Através de exames de imagem e restante investigação complementar, o doente foi diagnosticado com sépsis grave secundária a pneumonia adquirida da comunidade cavitada do lobo superior esquerdo com extensão à superfície pleural. Tratava-se de um doente com antecedentes pessoais conhecidos de tuberculose pulmonar (TP) tratada aos 48 anos. Atendendo ao histórico de TP, a reativação da TP foi fortemente considerada no diagnóstico diferencial. Bacilos gram-positivos ramificados não foram identificados no lavado broncoalveolar (LBA). O LBA Ziehl-Neelsen para bacilos ácido-álcool-resistentes foi negativo. A punção aspirativa transtorácica revelou um processo inflamatório crónico agudizado. A investigação etiológica suplementar, incluindo hemoculturas, microbiologia da expectoração, antigenúrias, e amplificação de ácidos nucleicos foi negativa. O doente foi medicado com dupla antibioterapia antimicrobiana (ceftriaxona e azitromicina) que cumpriu durante 14 dias, com evolução clínica e analítica favoráveis. Exames de imagem subsequentes revelaram redução significativa da cavitação pulmonar.

Discussão: As cavidades pulmonares não têm sido comumente associadas a pneumonia adquirida na comunidade, mas relatos de caso de pneumonia cavitada a *Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae* foram descritos. A cavitação é mais frequentemente relatada nos doentes com pneumonia concomitante a *S. pneumoniae* e bacteriemia, o que pode traduzir maior gravidade clínica neste

grupo de doentes. Atendendo a que *S. pneumoniae* e *H. influenzae* são os agentes etiológicos mais comuns de pneumonia, estes podem causar uma fracção significativa das pneumonias cavitadas, embora a cavitação seja relativamente rara com estes agentes patogénicos. É extenso o espectro de processos infecciosos e não infecciosos associados a cavidades pulmonares, mas estreitar o diagnóstico diferencial pode ser facilitado por uma avaliação cuidadosa da história do doente e dados radiográficos. Embora tendo em conta o amplo espectro de patógenos associados às cavidades pulmonares, a predição clínica é susceptível de não ser suficientemente precisa na maioria dos cenários de diagnóstico para evitar a necessidade de microbiologia e/ou confirmação patológica, pelo que os clínicos não devem evitar recorrer ao diagnóstico tecidual quando tal se justifique.

Palavras chave: Patologia pulmonar cavitada. Pneumonia cavitada.

PO 011. IMPACTO DA ANTIBIOTERAPIA INALADA NA REDUÇÃO DAS EXACERBAÇÕES EM DOENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA E INFEÇÃO CRÓNICA POR *P. AERUGINOSA*

M.J. Oliveira, R. Monteiro, I. Pascoal

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

Introdução: As bronquiectasias (BQ) são dilatações anormais e persistentes dos brônquios, na sequência de inflamação crónica das vias aéreas. Têm diferentes etiologias, sendo que em até 50% dos casos a causa é desconhecida. A clínica de um doente com BE caracteriza-se por sintomas respiratórios crónicos, má qualidade de vida e infeções respiratórias de repetição. As exacerbações são eventos com grande impacto no prognóstico, função respiratória, qualidade de vida dos doentes com BQ e gastos em saúde. A infeção crónica por *P. aeruginosa* (PA) foi descrita como fator de risco que aumenta 4 vezes o risco de mortalidade nestes doentes. Com base nos bons resultados do uso de antibióticos inalados (AI) nos doentes com fibrose quística (FQ), esta indicação foi alargada aos doentes com BQ não FQ (BQNFQ).

Objectivo: Avaliar o impacto do tratamento com tobramicina inalada na redução do número de exacerbações em doentes com BQNFQ e infeção crónica por *P. aeruginosa*.

Métodos: Seleção dos doentes: BQNFQ infetadas cronicamente por PA, com terapêuticas otimizadas, aderentes a programa de reabilitação respiratória, com > 2 exacerbações/ano e selecionados para tratamento com tobramicina inalada desde Agosto de 2013, de acordo com protocolo da Unidade. Caracterização dos doentes: variáveis demográficas, etiologia e gravidade das BQ, isolamentos microbiológicos de bronquiectasias; número de exacerbações, dias de internamento e volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV₁) 12 meses antes e 12 meses após o início da AI. Análise estatística usando teste t-Student para amostras emparelhadas.

Resultados: Até agosto de 2015, 8 doentes iniciaram tobramicina inalada, dos quais 7 (87,5%) mulheres, com idade mediana de 56 ± 12 anos. Gravidade das BQ 16 ± 2 (bronchiectasis severity index). Quanto a etiologia: 4 (50,0%) idiopáticas, 2 (25,0%) sequelas de tuberculose pulmonar, 1 (12,5%) multifatorial e 1 (12,5%) síndrome dos cílios imóveis. Além da PA foram isolados na expectoração: *H. influenzae* (4 [50,0%] doentes), *S. maltophilia* (3 [37,5%] doentes), *P. fluorescens* (3 [37,5%] doentes) e outros (8 [100%] doentes). Um doente suspendeu a AI por broncospasma. Seis doentes completaram 1 ano de tratamento. A tabela lista os dados da análise comparativa 1 ano antes e 1 ano após o início da AI. Em 50% destes doentes não voltou a ser isolada PA. 4 (66,7%) doentes não voltaram a necessitar de internamento após o início da AI.

Conclusões: Este estudo demonstra que após 1 ano de tratamento com tobramicina inalada foi possível uma redução significativa no número de exacerbações por ano. Verificou-se também redução no número de dias de internamento e melhoria da função respiratória,

	12 meses antes da AI	12 meses após início da AI
Nº exacerbações/ano (média ± desvio padrão)	4,0 ± 2,5	1,5 ± 1,3 (p = 0,01)
Nº dias internamento/ano (dias) (média ± desvio padrão)	15,3 ± 21,9	1,7 ± 3,2 (p = 0,16)
FEV ₁ (% do teórico previsto) (média ± desvio padrão)	48,5 ± 20,3	58,1 ± 28,9 (p = 0,11)

ainda que sem significado estatístico. A tobramicina inalada é um fármaco eficaz e seguro no tratamento da infeção crónica por PA nos doentes com BQ não fibrose quística.

Palavras chave: Bronquiectasias não fibrose quística. Antibioterapia inalada. Infeção crónica. *P. aeruginosa*.

PO 012. MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DE PNEUMONIA A *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

M. Vargas Castanho, F. Menezes, S. Sousa, A.C. Duarte, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: As pneumonias atípicas cursam frequentemente com quadros respiratórios frustres e manifestações extrapulmonares muito diversas, quer no que toca aos órgãos afectados quer à gravidade das referidas manifestações.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 36 anos, fumador (carga tabágica de 18 unidades maço/ano), sem exposição a pneumopulentes, que recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta por quadro de febre, tosse irritativa e mialgias com 1 semana de evolução, acompanhado desde a véspera da admissão por toracalgia tipo pleurítico. Salienta-se como diagnóstico prévio rinite alérgica medicada com anti-histamínico nos períodos de crise (testes de sensibilidade cutânea por picada positivos para ácaros do pó doméstico e faneras de cão e gato). À entrada apresentava-se febril (38,5 °C), hemodinamicamente estável (tensão arterial 105/63 mmHg, frequência cardíaca de 84 batimentos por minuto), eupneico em repouso e em ar ambiente com oxissaturação periférica de 94%, com roncos e crepitações dispersos no hemitórax direito, sem outras alterações ao exame objectivo. Laboratorialmente destacam-se gasimetria arterial em ar ambiente com insuficiência respiratória parcial (pH 7,464, pCO₂ 40,2 mmHg, pO₂ 57,7 mmHg, HCO₃⁻ 28,2 mmol/L, lactatos 1,1 mmol/L, SatO₂ 93,8%), aumento dos parâmetros inflamatórios 6.900 leucócitos, 75,2% de neutrófilos, proteína C reactiva (PCR) 21,3 mg/dL. Sem anemia ou alterações da contagem plaquetária, nem aumento dos marcadores de lesão hepática ou dos parâmetros de retenção azotada. A radiografia de tórax mostrava reforço intersticial bilateral, sem outras alterações pleuroparenquimatosas de carácter agudo. Foi internado tendo sido instituída antibioterapia empírica com amoxicilina + ácido clavulânico e claritromicina, com repostas clínica e laboratorial favoráveis, com remissão da febre e diminuição de 50% PCR ao 4º dia. Ao 5º dia de antibioterapia, registou-se agravamento clínico, com recrudescimento da febre, inversão da cinética dos parâmetros inflamatórios, poliartralgias e edema articular nos cotovelos, punhos, mãos, joelhos e tibiotársicas com limitação funcional importante e rash maculopapular generalizado não pruriginoso. O quadro foi atribuído a envolvimento sistémico por infeção a *Mycoplasma pneumoniae* (tendo sido confirmada a etiologia pelos títulos séricos positivos de IgG e IgM). Tendo em conta o agravamento clínico e laboratorial foi alterada a antibioterapia para doxicilina, instituída terapêutica anti-inflamatória e corticoterapia sistémica, com boa resposta clínica e laboratorial. Teve alta ao 12º dia de internamento, tendo suspenso oxigenoterapia ao 8º dia e

completado ciclo de 14 dias de doxiciclina, sem isolamento de agentes microbiológicos nas hemoculturas. De referir ainda aumento das transaminases até ao máximo de 2 vezes do limite superior do valor de referência, com diminuição após a suspensão da antibioterapia e normalização 6 semanas após a alta clínica.

Discussão: O envolvimento articular nas pneumonias a *Mycoplasma pneumoniae* é frequente, particularmente as poliartralgias. No entanto, a artrite é rara, havendo apenas descrições de casos isolados na literatura de artrite associada a infecção a *Mycoplasma*.

Palavras chave: *Mycoplasma pneumoniae*. Artrite. Rash.

PO 013. CASOS DE PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA POTENCIALMENTE PREVENÍVEIS PELA VACINA PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 13-VALENTE NA POPULAÇÃO 65+ EM PORTUGAL

S. Marques, A. Maia, L. Veloso, F. Froes

Pfizer Biofarmacêutica Sociedade Unipessoal Lda.

O impacto clínico e económico da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) na população adulta europeia é considerável. A PAC é a principal causa de morte por infeção, e cerca de 90% das mortes ocorrem em adultos ≥ 65 anos. Tem-se verificado um aumento da incidência e hospitalização por PAC, sendo expectável que o envelhecimento da população condicione um aumento da carga desta patologia e da pressão sobre os sistemas de saúde. Em Portugal, entre 2000 e 2009, as admissões hospitalares por PAC representaram 3,7% do total de internamentos, com uma taxa média anual de hospitalização de 3,61 por 1000 da população total, aumentando para 13,4 por 1000 da população total nos adultos ≥ 65 anos. Adicionalmente, comparando os períodos de 2000-2004 e 2005-2009, a taxa média anual de hospitalização por PAC por 1000 indivíduos teve um aumento de 28,2%, e a mortalidade intra-hospitalar foi de 20,4% no período de 2000 a 2009. O *Streptococcus pneumoniae* é o principal microrganismo responsável por PAC, sendo o agente etiológico de 30% a 50% dos casos com necessidade de hospitalização em adultos. Atualmente existem duas vacinas aprovadas na Europa para a prevenção da doença pneumocócica na população adulta: a vacina pneumocócica polissacárida 23-valente e a vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13). Recentemente, o CAPiTA (Community-Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults), um ensaio clínico que incluiu 84.496 adultos ≥ 65 anos para avaliar a eficácia da VPC13, demonstrou uma redução de 45,6% dos primeiros episódios de PAC pneumocócica ($p < 0,001$), uma redução de 45,0% dos primeiros episódios de PAC pneumocócica não bacteriémica ($p = 0,007$) e uma redução de 75,0% de primeiros episódios de doença invasiva pneumocócica - DIP ($p < 0,001$), pelos serotipos vacinais, em indivíduos vacinados com VPC13 comparativamente ao placebo. Tendo em conta a taxa média anual de hospitalizações de 13,4 por 1000 da população total de adultos ≥ 65 anos em Portugal, uma revisão europeia em que cerca de 35% das pneumonias são pneumocócicas, os dados nacionais sobre a concordância de serotipos da VPC13, no mesmo período do estudo dos internamentos por PAC, quer para DIP (67%), quer para infeções não bacteriémicas do trato respiratório inferior/pneumonia (44%), e ainda os resultados de eficácia do CAPiTA, estimámos o número de casos anuais de Pneumonia Pneumocócica potencialmente preveníveis pela VPC13 na população ≥ 65 anos, com e sem necessidade de hospitalização. Se assumirmos que 50% ou 75% dos casos de PAC não requerem hospitalização, o uso da VPC13 poderá prevenir cerca de 1780 ou 5340 casos/ano de PAC pneumocócica em ambulatório, respetivamente. Por outro lado, se assumirmos que 20% da Pneumonia Pneumocócica com necessidade de hospitalização é bacteriémica (invasiva), a vacinação poderá prevenir aproximadamente 900 casos/ano de PAC Pneumocócica invasiva e 1422 casos/ano de Pneumonia Pneumocócica não invasiva com necessidade de internamento. Recentemente, a Direção-Geral da Saúde emitiu uma recomendação para

a imunização antipneumocócica de adultos incluídos em grupos de risco/alto risco para DIP. Adicionalmente, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia recomenda a vacinação de todos os adultos ≥ 65 anos. Estas recomendações, bem como a continuação da vigilância epidemiológica, são fundamentais para a melhoria da prevenção da pneumonia pneumocócica na nossa população.

Palavras-chave: *Pneumonia adquirida na comunidade*. *Pneumonia não invasiva*. *Vacina pneumocócica*. *Adulto*. *Prevenção*.

PO 014. ASPERGILOSE PULMONAR NECROTIZANTE BILATERAL

P.S. Santos, M. Afonso, C. Cruz, F. Fradinho

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

Introdução: A aspergilose pulmonar engloba um conjunto de patologias causadas por fungos da classe *Aspergillus*, cuja espécie mais frequente é o *A. fumigatus*. A sua incidência tem aparentemente aumentado nos últimos anos, nomeadamente nos casos de imunodeficiência inata ou adquirida e nas doenças pulmonares crónicas sendo o prognóstico reservado e a mortalidade elevada.

Caso clínico: Doente do sexo masculino de 65 anos de idade, ex-fumador (CT 80 UMA) com hábitos etanólicos marcados e antecedentes de DPOC, diabetes não insulino-tratado e insuficiência renal crónica que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia bilateral de características pleuríticas, tosse com expectoração purulenta, ocasionalmente hemoptoica e agravamento da dispneia basal com um mês de evolução e sem melhoria com a antibioterapia e corticoterapia instituída pelo seu médico assistente. Foi internado com os diagnósticos de pneumonia bilateral e insuficiência respiratória parcial grave, tendo iniciado antibioterapia endovenosa empírica de largo espectro. Por agravamento clínico e radiológico realizou broncofibroscopia que revelou secreções hemáticas abundantes, cujo exame microbiológico identificou *Aspergillus fumigatus* e *Aspergillus Niger*, não tendo sido possível a realização de biopsias brônquicas. A TC torácica evidenciou lesões cavitadas exuberantes nos lobos superiores de ambos os pulmões de conteúdo heterogéneo e múltiplos septos. As hemoculturas, o exame bacteriológico e micobacteriológico (directo e cultural) de expectoração e as serologias para VIH 1 e 2 foram negativas. A IgG para *Aspergillus* foi de 93,30 mg/L (N < 83,0) e o antígeno galactomannan (método Elisa) no soro negativo. Neste contexto, iniciou terapêutica com voriconazol, com melhoria clínica, pelo que teve alta com indicação para manter a terapêutica anti-fúngica.

Discussão: A aspergilose pulmonar necrotizante corresponde a um processo indolente de destruição do pulmão, pouco comum e de difícil diagnóstico. Os antecedentes de doença pulmonar e disfunção imunológica são reconhecidos factores de risco. No caso apresentado, é descrito um doente com DPOC, diabetes não insulino-tratada, hábitos etílicos marcados e insuficiência renal crónica, factos que somados aumentam o risco de infeção fúngica. É necessária, uma forte suspeição diagnóstica e realizar os exames complementares indicados de forma a iniciar atempadamente a terapêutica anti-fúngica, bem como o controlo das comorbilidades, para diminuir a morbilidade e mortalidade desta patologia.

Palavras chave: *Aspergilose pulmonar*. *DPOC*.

PO 015. INFEÇÃO MICOBACTERIANA NÃO TUBERCULOSA PULMONAR: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E O DESAFIO NA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA

V. Durão, J. Costeira, C. Gomes

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Caso clínico: Os autores submetem o caso clínico de uma doente de 56 anos de idade, natural da Guiné-Bissau, residente em Portugal

desde há um ano, não fumadora, sem hábitos toxifílicos, com antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial sistémica e *status* pós amputação dos primeiros três dedos do pé esquerdo e primeiro dedo do pé direito, não se encontrando a realizar medicação. Em junho de 2015 recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico com um mês de evolução de tosse produtiva com expectoração mucopurulenta escassa e um episódio de expectoração hemoptóica associado a perda ponderal não quantificada, diminuição do apetite, sudorese nocturna e febre. Sem contactos de risco para tuberculose pulmonar. À data da observação, destacava-se hipertensão arterial sistólica, palidez, desidratação e auscultação pulmonar sem alterações. Analiticamente apresentava anemia normocítica normocrómica, insuficiência renal, elevação dos níveis séricos de proteína C reactiva e da hemoglobina glicada, glicosúria, proteinúria e microalbuminúria, sendo as serologias do VIH 1 e 2 e VHC negativas e a serologia do VHB positiva. Realizou radiografia e tomografia computadorizada torácicas que evidenciaram micronodularidade centrilobular com padrão “tree-in-bud” bilateral, múltiplas cavitações com níveis hidroaéreos e nódulos pulmonares pré-cavitários bilaterais, disseminação endobrônquica com área de consolidação em fase de formação no lobo inferior esquerdo, assim como adenomegalias mediastínicas. A doente efectuou colheita da expectoração para análise microbiológica, cujo exame directo viria a evidenciar a presença de bacilos álcool-ácido resistentes. Perante este resultado iniciou terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol assim como antidiabético oral e anti-hipertensor, com resolução da febre, controlo glicémico e tensional, verificando-se, no entanto, manutenção do cansaço e tosse com expectoração mucopurulenta. Ao 20º dia de internamento, viria-se a identificar a espécie de *Mycobacterium intracellulare* no exame cultural da expectoração. Neste contexto foi alterada a antibioticoterapia para rifampicina, etambutol e claritromicina tendo-se verificado uma melhoria clínica e analítica progressiva. As infecções por micobactérias não tuberculosas (MNT) acometem mais frequentemente o pulmão e surgem habitualmente em hospedeiros portadores de algum grau de deficiência imunitária sistémica ou local no órgão afectado. Na doença pulmonar a incidência da Tuberculose e Micobacteriose não tuberculosa tem uma tendência inversamente proporcional, tendo-se vindo a registar um aumento importante das infecções por MNT em regiões de baixa incidência de Tuberculose pulmonar. A diferenciação entre estas duas entidades é frequentemente difícil com base em achados clínicos e radiológicos. Os esfregaços com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes são importantes para a detecção rápida de potenciais infecções micobacterianas, no entanto não permitem a determinação da espécie envolvida, o que pode ocasionar atraso na instituição terapêutica adequada, motivo pelo qual os autores submetem este caso.

Palavras chave: *Micobactérias não tuberculosas. Infecção pulmonar.*

PO 016. IMPACTO NO INTERNAMENTO HOSPITALAR DAS BRONQUIECTASIAS NÃO DEVIDAS A FIBROSE QUÍSTICA - REVISÃO DE 3 ANOS

J. Cordeiro da Costa, R. Monteiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: As bronquiectasias (BQ) estão frequentemente associadas a um ciclo de infecção e inflamação, bem como a frequentes internamentos hospitalares prolongados com necessidade de anti-bioterapia de largo espectro. O principal objectivo deste estudo é analisar o impacto das bronquiectasias não devidas a fibrose quística (Non-CF BQ) no internamento de um Serviço de Pneumologia de um hospital central num período de 3 anos.

Métodos: Todos os doentes internados no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho entre 2012 e

2014 foram incluídos. A codificação de alta oficial, baseada no ICD9, foi revista. Doentes com diagnósticos com os códigos 4940 e 4941 (até ao 3º diagnóstico; não foram registados outros códigos relacionados a BQ na base de dados) foram agrupados como *Non-CF BQ* (o nosso hospital não trata doentes com fibrose quística); todos os outros doentes foram agrupados como *Outros*. Dados demográficos, tempo médio de internamento e número médio de internamentos foram comparados. Medidas de tendência central, teste t e qui-quadrado foram utilizados apropriadamente; o nível de significância foi definido para $p < 0,05$. O software usado foi o IBM® SPSS® versão 21.

Resultados: Ocorreram 2.314 episódios de internamento no período de 3 anos. O grupo Non-CF BQ contou com 227 episódios (120 doentes) e o grupo Outros com 2.087 episódios (1.523 doentes). Houve uma predominância significativa para doentes do sexo masculino em ambos os grupos (66,9% no Outros e 56,7% no Non-CF BQ, $p = 0,02$). A idade média no grupo Non-CF BQ foi ligeiramente superior: 66 anos ($\pm 15,0$) vs 64 anos ($\pm 15,9$) no grupo Outros, $p = 0,07$. O tempo médio global de internamento foi de 12,8 dias ($\pm 10,6$). O tempo médio de internamento no grupo Non-CF BQ foi 14,1 dias ($\pm 10,9$) vs 12,7 dias ($\pm 10,5$) no grupo Outros, $p = 0,05$. O número médio de internamentos por doente neste período foi de 1,89 ($\pm 1,69$) no grupo Non-CF BQ e 1,37 ($\pm 0,99$) no grupo Outros, $p = 0,001$. O número global de “reinternamentos” durante este período de 3 anos foi de 39,2% no grupo Non-CF BQ vs 21,5% no grupo Outros, $p < 0,001$.

Conclusões: As bronquiectasias não devidas a fibrose quística têm várias etiologias e continuam a ser um fardo para qualquer sistema de saúde. Apesar da significativa melhoria do nível de cuidados na fibrose quística, as bronquiectasias não devidas a fibrose quística ainda necessitam de uma abordagem sistemática e por profissionais dedicados. Na nossa amostra, estes doentes foram geralmente homens, mais idosos do que a globalidade dos outros doentes respiratórios e com tempos de internamentos superiores. Além disto tiveram uma maior taxa de “reinternamento” por doente, com todo o risco microbiológico inerente (para o doente, hospital e sociedade), bem como com o declínio da função pulmonar e da sobrevivência já demonstrado noutros estudos. É tempo de implementar estratégias sólidas para mudar definitivamente o paradigma.

Palavras chave: *Bronquiectasias. Internamento. Impacto.*

PO 017. UMA CAUSA INVULGAR DE PNEUMOTÓRAX NUM DOENTE COM SÍNDROME DE NOONAN

N. Caires, R. Rosa, S. Campos Silva, R. Gerardo, I. Gonçalves, R. Coelho, J.E. Reis, I. Bravio, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: O síndrome de Noonan é um distúrbio autossómico dominante, com uma incidência entre 1:1.000 e 1:2.500 nascimentos. O diagnóstico deste síndrome é clínico e caracteriza-se por baixa estatura, dismorfologia facial típica e anomalias cardíacas congénitas. Encontram-se também descritas na literatura como prevalentes as deformidades da caixa torácica e displasias dos vasos linfáticos que podem condicionar a formação de quilotórax espontâneo ou secundário a cirurgia cardiotorácica.

Objectivo: Caracterização do envolvimento pulmonar dos doentes com síndrome de Noonan seguidos na consulta de Pneumologia e Cardiologia do Hospital de Santa Marta.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes, incluindo avaliação dos dados demográficos, exames radiológicos e provas funcionais respiratórias (PFR).

Resultados: Foram incluídos 20 doentes com o diagnóstico de síndrome de Noonan, sendo 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino, com uma idade média de 41,44 anos. Destes, 85% possuíam cardiopatia congénita, 40% deformação da caixa torácica (cifoescoliose/pectus excavatum e carinatum) e 10% história de quilotórax.

Dos oito doentes que apresentavam deformidade da caixa torácica, a maioria referia clínica respiratória que motivou a realização de PFR. Estas revelaram a presença de compromisso ventilatório predominantemente do tipo restritivo. Destaca-se o caso de um doente que apresenta cifoescoliose grave que determina insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação mecânica não invasiva noturna. Relativamente aos dois doentes com história de quilotórax, um dos casos foi espontâneo e o outro foi secundário à cirurgia de correção da anomalia cardíaca.

Conclusões: Nesta amostra, verificou-se que as malformações cardíacas são a anomalia mais comum. No entanto, uma percentagem significativa dos doentes apresenta também envolvimento torácico que condiciona complicações pulmonares, nomeadamente síndrome restritivo. Estes dados reforçam a importância da abordagem pneumológica nos doentes com síndrome de Noonan.

Palavras chave: Abscesso pulmonar. Pneumotórax. Síndrome Noonan.

PO 018. ACTINOMICOSE PULMONAR - “NEM TUDO O QUE PARECE É”

A. Alves Santos, J. Carvalho, M. Fradinho, J.M. Correia, F. Nogueira

Serviço de Pneumologia, Hospital de Egas Moniz.

Introdução: A neoplasia do pulmão é, segundo o Registo Oncológico Nacional - 2013, a quarta neoplasia mais frequente em Portugal e aquela que apresenta maior taxa de mortalidade. É uma patologia para a qual a maioria dos clínicos se encontra alerta, pois o diagnóstico rápido é determinante para o prognóstico. No entanto, há que considerar a existência de outras patologias que a mimetizem.

Caso clínico: Homem de 75 anos, caucasiano, motorista reformado, recorreu ao Serviço de Urgência (SU), por tosse com expectoração purulenta, prostração e mal-estar. Tinha antecedentes de tuberculose pulmonar aos 20 anos e DPOC tabágica (ex-fumador há 7 anos de 100 UMA). Encontrava-se hemodinamicamente estável, sendo de destacar ao exame objetivo ausência de murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Apresentava insuficiência respiratória parcial (pO₂ 57 mmHg) e elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR 27,2 mg/dL). A radiografia torácica mostrava hipotransparência homogénea de todo o hemicampo pulmonar esquerdo e a TC-torácica condensação pneumónica extensa do lobo superior esquerdo, poupando parte da língula. Internado sob antibioterapia empírica com levofloxacina. Tendo em conta a extensão da pneumonia e a história de tabagismo fez broncofibroscopia que revelava ao nível do esporão de divisão entre a língula e o lobo superior esquerdo, lesão de aspecto esbranquiçado e mucosa irregular, sugestivo de lesão infiltrativa. A citologia das secreções brônquicas foi negativa para malignidade e a biopsia brônquica revelou bronquite aguda, sem tecido de neoplasia. O exame bacteriológico foi negativo. Uma segunda broncofibroscopia confirmou os achados e obteve resultados semelhantes. Verificou-se boa evolução clínica e a TC de controlo revelava evolução favorável apesar de não haver resolução completa. Teve alta encaminhado para consulta de Pneumologia, não tendo comparecido. Volvidos dois meses, recorre novamente ao SU, com queixas semelhantes à primeira admissão e perda ponderal quantificada em 7 kg. Apresentava diminuição do murmúrio vesicular esquerdo, insuficiência respiratória parcial, aumento dos parâmetros inflamatórios e uma hipotransparência homogénea dos 2/3s superiores do hemicampo pulmonar esquerdo na radiografia torácica. Reinternado, inicia antibioterapia com piperacilina/tazobactam mais gentamicina e repete broncofibroscopia que apresentava abaulamento da parede do brônquio principal esquerdo, com orifício em fenda com mucosa de aspeto infiltrativo, com saída de conteúdo branco leitoso - necrose tumoral ou pús. Os resultados de histológico e citológico foram negativos, bem como o exame bacteriológico e micológico. A TC-torácica contemporânea mostra-

va obliteração do brônquio lobar superior esquerdo e também do brônquio da língula, com evidência de área de condensação associada com efeito de massa, envolvendo o lobo superior. Submetido a broncoscopia rígida, observou-se uma massa branca nacarada que se biopsiou. Após a biopsia visualizou-se uma massa móvel branca, sugerindo um corpo estranho orgânico, provável semente. A biopsia brônquica mostrou fragmentos de mucosa do tipo respiratório com processo inflamatório crónico ativo e estruturas filamentosas compatíveis com Actinomyces.

Discussão: Apresenta-se este caso por se tratar de uma pneumonia causada por agente raro, com potencial para formação de tecido inflamatório endobrônquico e obstrução brônquica. Os seus aspetos imagiológicos e clínicos sugerem neoplasia devido ao curso insidioso: tosse, expectoração, perda ponderal e, por vezes, hemoptises e dor pleurítica.

Palavras chave: Actinomicose. Pneumonia. Neoplasia.

PO 019. CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM DOENTE IMUNOCOMPETENTE

A. Teixeira, J. Dias Cardoso, A. Mineiro, A. Carvalheira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A criptococose é uma infecção fúngica oportunista que ocorre sobretudo em doentes infectados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH), com doença oncológica hematológica, sob corticoterapia sistémica ou terapêutica imuno supressora. É rara em doentes imunocompetentes, estando habitualmente limitada ao pulmão. Nestes casos as manifestações mais frequentes são febre, tosse e dispneia. Os achados radiológicos mais habituais são nódulos solitários ou múltiplos.

Caso clínico: Relatamos o caso de um homem de 48 anos, raça negra, natural de Cabo Verde, residente em Portugal desde 1993, trabalhador da construção civil, não fumador, com hábitos etanólicos moderados em abstinência há 2 anos e diagnóstico de hepatite viral B sob terapêutica. Foi referenciado à consulta de Pneumologia por quadro, com cerca de 1 ano de evolução, de tosse com expectoração mucosa, sem posição de drenagem, sem fatores de alívio ou agravamento, sem predomínio horário, acompanhado de febre esporádica não quantificada. Negava dor torácica, dispneia, anorexia ou perda ponderal. Ao exame objectivo destacava-se ferroses sub-crepitantes na base direita. Analiticamente apresentava hemograma com discreta neutropénia, função renal, ionograma, enzimologia hepática e PCR sem alterações; a serologia VIH foi negativa. Realizou TC toraco-abdomino-pélvico que mostrava formação nodular sólida no lobo inferior direito, de contornos irregulares, captante de contraste, com 3,2 cm, área cavitada no seu interior, contactando a pleura costal e mediastínica. O exame bacteriológico, micobacteriológico e micológico da expectoração foi negativo em 3 amostras. A broncofibroscopia não apresentava alterações, o lavado broncoalveolar e o escovado brônquico foram negativos para células neoplásicas, sendo o exame micobacteriológico do lavado broncoalveolar igualmente negativo. A TC torácica foi repetida após 3 meses evidenciando discreto aumento do referido nódulo (38 × 20 mm) que apresentava pequenos broncogramas aéreos no seu interior. Efectuou ciclo de antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico e foi proposto à Cirurgia Torácica sendo submetido a ressecção em cunha de lesão lobo inferior direito. A anatomia patológica revelou processo inflamatório linfocitário relacionado com esporos de provável *Criptococos*. A pesquisa de antigénio criptocócico no sangue foi positiva com titulação de 2. O exame micológico cultural do sangue foi inquinado não permitindo identificação da espécie. Excluiu-se atingimento sistema nervoso central efectuando TC crânio encefálica sem alterações e pesquisa de antigénio criptocócico do líquor negativo. Actualmente, encontra-se medicado com fluconazol 400mg dia tendo cumprido 4 meses de terapêutica com redução da titulação do antigénio para 1/2.

Discussão: As manifestações clínicas e imagiológicas da criptococose limitada ao pulmão são inespecíficas o que torna o diagnóstico difícil. Os autores apresentam este caso porque, embora rara em doentes imuno-competentes, a criptococose deve fazer parte do diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares.

Palavras chave: *Criptococos. Imunocompetente. Nódulos pulmonares.*

PO 020. ABCESSO PULMONAR MASCARADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: As hemoptises são um sintoma comum e inespecífico que podem corresponder a uma manifestação de doença pulmonar severa. O diagnóstico diferencial é extenso e inclui processos inflamatórios, infecciosos ou neoplasias.

Caso clínico: Homem, 85 anos, reformado, não fumador, com antecedentes pessoais de sinusite, hipertensão arterial e adenocarcinoma da próstata, sem medicação diária. Observado no Serviço de Urgência por clínica com 1 mês de evolução de expectoração hemóptica e, mais recentemente, hemoptises de pequeno volume. Tosse e expectoração com volume habitual, mais mucopurulenta. Perda ponderal 4 kg nos últimos 2 meses. Sem dispneia, anorexia, hipersudorese noturna e/ou febre. Ao exame objectivo encontrava-se com bom estado geral, apirético, eupneico em ar ambiente, SpO₂ 95%. Auscultação pulmonar com escassos roncospirais dispersos, com murmúrio vesicular conservado. Analiticamente com anemia (Hb 10,6 g/dL) normocítica normocrômica, PCR 5. Radiografia torácica evidenciava opacidade ovalada, limites imprecisos, justacardíaca direita e desvio da coluna mediastínica homolateral. Foi internado para estudo complementar e iniciou antibioterapia com beta-lactâmico e macrólido com melhoria clínica pouco relevante. TC-torácica mostrou atelectasia completa do LM com desvio mediastínico ipsilateral; imagem para-hilar direita, espiculada, mal definida, que captava contraste de forma heterogénea, envolvendo o BLM (este com espessamento concêntrico e ocupação endoluminal), com 31 × 37 mm e ainda adenopatias com critérios infiltrativos a nível hilar homolateral de 14 e 13 mm. Ecografia abdominal sem alterações. TC-CE: Assimetria da hipófise, por maior altura à direita. Sem lesões expansivas. Videofibroscopia (VBF) mostrava ABD com coágulo de grandes dimensões a obstruir LB4 - realizada biópsia no esporão do BLM (inconclusiva). Repetiu VBF que revelou, na ABD, lesão esbranquiçada a obstruir cerca de 90% do BLM, submetida a biópsia (inconclusiva). PET-CT mostrou massa pulmonar direita hipermetabólica, com suspeita de metastização ganglionar. Provas Funcionais Respiratórias com padrão obstrutivo das pequenas vias aéreas e BD positiva. Sem isolamento micobacteriológico no aspirado, expectoração e hemoculturas. Por se manter dúvida diagnóstica, proposto para excisão cirúrgica cujo resultado anatómo-patológico revelou achados compatíveis com broncopneumonia com abscesso pulmonar e pneumonia em organização.

Discussão: A realização de história clínica e exames complementares de diagnóstico adequados nem sempre são suficientes no esclarecimento etiológico, pelo que a excisão cirúrgica pode surgir como último recurso nestes casos.

Palavras chave: *Hemoptises. Pneumonia. Organizativa. Abscesso.*

PO 021. OSTEOPOROSE E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: ANÁLISE PRELIMINAR DE ESTUDO DE COORTE

D. Vaz, I. Ladeira, R. Lima, R. Monteiro, I. Pascoal, T. Shiang, M. Guimarães

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), uma das manifestações extra-pulmonares que condiciona morbidade e mortalidade, é a osteoporose. A prevalência de osteoporose nestes doentes pode atingir 42%, e contribui para agravamento da dinâmica ventilatória, aumento da duração de internamentos e elevação de custos associados a cuidados de saúde.

Objectivo e métodos: Foram recrutados 36 doentes com DPOC com intuito de avaliar a prevalência de osteoporose (T score na coluna vertebral ou colo femoral < -2,5), e identificar fatores demográficos e clínicos que se relacionam com diminuição da densidade mineral óssea. As variáveis analisadas incluíram idade e género; índice de massa corporal; status tabágico; severidade de dispneia (escala mMRC); estadió GOLD; score de comorbidade de Charlson; terapêutica crónica com ênfase na toma de corticoides inalados; parâmetros da função pulmonar (incluindo volume expiratório forçado no 1º segundo-FEV1, capacidade vital forçada-FVC, capacidade vital lenta-CV, volume residual-VR, e capacidade pulmonar total-TLC e capacidade de difusão do monóxido de carbono-DLCO); extensão de enfisema na tomografia axial computadorizada torácica; número de exacerbações no último ano; dose cumulativa de corticoide sistémico no último ano expressa em mg de hidrocortisona; densidade mineral óssea avaliada por osteodensitometria óssea, expressa em T score, Z score e densidade óssea em g/cm²; cálcio e fósforo plasmático, 25-hidroxitamina D; e história prévia de fraturas. Identificaram-se os indivíduos com osteoporose, osteopenia e densidade mineral óssea normal; os doentes com osteoporose foram comparados com a restante população quanto às variáveis demográficas e clínicas supracitadas.

Resultados: Na população estudada (N = 36; idade média 67,4 ± 7,2 anos; 94,4% do sexo masculino, 44,4% com DPOC GOLD C ou D), a prevalência de osteoporose foi de 33,3%; não se identificou história prévia de fraturas ósseas. Os doentes com osteoporose (vertebral e/ou femoral) apresentavam uma dose cumulativa anual de corticoide sistémico (3.720 ± 1.437 mg vs 1.731 ± 827 mg; p = 0,006) e taxa anual de exacerbações (2,3 ± 1 vs 1,3 ± 0,7; p = 0,04) significativamente superior da restante população. Os doentes com osteoporose na coluna vertebral apresentavam idade (69 ± 6 vs 63 ± 5; p = 0,006) e score de Charlson (5 ± 2 vs 3 ± 2; p = 0,007) significativamente superior; a TLC (98 ± 5 vs 114 ± 18; p = 0,04) era significativamente inferior. Os doentes com osteoporose no colo do fémur apresentavam dose cumulativa anual de corticoide sistémico (7.194 ± 4.815 vs 1.519 ± 687; p = 0,005), taxa anual de exacerbações (4 ± 3 vs 1 ± 0,7; p = 0,03) e severidade da dispneia (mMRC 3 ± 1 vs 2 ± 1) significativamente superior; a TLC (100 ± 4 vs 115 ± 13; p = 0,005) era significativamente inferior. Em análise multivariada apenas se identificaram preditores independentes de osteoporose no colo do fémur: dose anual cumulativa de corticoide sistémico (r² = 0,11; Exp(B) 2,1; p = 0,04) e taxa anual de exacerbações (r² = 0,13; Exp(B) 1,6; p = 0,003).

Conclusões: Um terço da população estudada apresentava osteoporose. Os doentes com osteoporose apresentavam exposição prévia a dose cumulativa mais elevada de corticoide sistémico e maior taxa anual de exacerbações. Estes achados reforçam a relevância do rastreio e diagnóstico desta comorbidade no doente com DPOC, principalmente em doentes exacerbadores frequentes e expostos a doses cumulativas de corticoide sistémico mais elevadas.

Palavras chave: *Doença pulmonar obstrutiva crónica. Osteoporose.*

PO 022. IMPACTO DE UM PROGRAMA COMUNITÁRIO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

A. Marques, C. Jácome, J. Cruz, A. Oliveira, T. Pinho, L. Andrade

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) afeta 210 milhões de pessoas a nível mundial e 800.000 em Portugal, sendo uma das

principais causas de incapacidade a longo prazo. A reabilitação respiratória (RR) é considerada fundamental no tratamento destes pacientes. No entanto, em Portugal, esta intervenção decorre sobretudo em meios hospitalares, direcionando-se essencialmente para os pacientes em estadios mais avançados, e estando apenas acessível a menos de 1% dos pacientes que dela beneficiariam. A implementação de programas de RR junto da comunidade e em estadios ligeiros a moderados da DPOC tem vindo a ser recomendado internacionalmente, contudo os seus efeitos ainda estão pouco estudados. O objetivo deste estudo consistiu em avaliar o impacto de um programa de RR conduzido na comunidade. Foi conduzido um estudo quasi-experimental (pré-teste/pós-teste) junto de pacientes com DPOC, encaminhados pelo Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Vouga e pelo Centro Hospitalar do Baixo Vouga. O programa de RR implementado durante 12 semanas foi composto por duas componentes i) a fisioterapia respiratória, que decorreu 2 vezes por semana durante 60 minutos e ii) a educação e apoio psicossocial que decorreu de quinze em quinze dias durante 60 minutos. Os pacientes foram avaliados inicialmente e imediatamente após o programa de forma compreensiva, i.e., a informação socio-demográfica, antropométrica e de clínica geral foi recolhida através de um questionário baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; a dispneia foi avaliada com o questionário *modified Medical Research Council*; a função pulmonar com espirometria; a força muscular do quadríceps com o teste de uma repetição máxima; a tolerância ao exercício com o teste de marcha dos 6 minutos e a qualidade de vida relacionada com a saúde através do Questionário do *Hospital Saint George* na Doença Respiratória. A estatística descritiva e inferencial foi realizada com o software IBM SPSS Statistics, versão 20.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Um total de 94 pacientes com DPOC ($68 \pm 14,6$ anos; 69 do sexo masculino, volume expirado no 1º segundo (VEMS) $70,9 \pm 23,6\%$ do previsto) participaram no programa de RR. Verificaram-se melhorias significativas na dispneia (mediana [intervalo interquartil] pré 1 [1, 2], pós 1 [0,5,2]; $p < 0,001$), força muscular do quadríceps (pré $37,2 \pm 9,1$ Kg, pós $47,4 \pm 12,4$ kg; $p < 0,001$), na tolerância ao exercício (pré $444,2 \pm 98,1$ m, pós $486,5 \pm 112,8$ m; $p < 0,001$) e na qualidade de vida relacionada com a saúde (pré $36,9 \pm 18,4$, pós $30,5 \pm 18,2$; $p < 0,001$). Apesar de recomendados internacionalmente, os programas de RR na comunidade são raros. Os resultados deste estudo mostraram melhorias significativas no estado de saúde dos pacientes, de forma semelhante aos descritos em programas de RR implementados em contexto hospitalar. Assim, parece ser fundamental fomentar programas comunitários na auto-gestão desta doença crónica, independentemente da gravidade da DPOC.

Palavras chave: DPOC. Reabilitação respiratória. Comunidade.

PO 023. PROJETO LEAN DPOC - UMA EXPERIÊNCIA DE MELHORIA DA QUALIDADE NO DIAGNÓSTICO DE DPOC

B.A. Costa, S. Tavares, B. Badim, N. Arencibia, C. Coutinho, A. Temes

USF Nuno Grande.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbimortalidade em Portugal, acarretando diminuição da qualidade de vida e elevados custos para o SNS. Caracteriza-se pela limitação irreversível do fluxo das vias aéreas e o diagnóstico deve ser equacionado em doentes com dispneia progressiva e tosse de longa data, sobretudo se apresentarem risco acrescido (profissional/ambiental), devendo ser confirmado com espirometria. Prevendo-se que esteja subdiagnosticada, estima-se que em Portugal 14,3% dos adultos com mais de 40 anos sofra de DPOC, aumentando a prevalência com a idade e o consumo de tabaco. A metodologia Lean de melhoria da qualidade consiste na organização multidisciplinar da equipa para a obtenção de objeti-

vos prioritizados, assumindo cada membro o seu papel no fluxograma estabelecido. Pretende assim melhorar a prestação de serviços, promovendo a sua eficácia e efetividade. Este trabalho pretende descrever a experiência de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) na melhoria do diagnóstico e acompanhamento dos doentes com DPOC através da integração da metodologia Lean.

Métodos: Estudo observacional, longitudinal com caráter descritivo. Foram colhidos dados acerca do número de: espirometrias efetuadas; doentes com diagnóstico de DPOC na lista de problemas; doentes com o diagnóstico de bronquite crónica; doentes com DPOC e FEV1 registado na ficha individual nos últimos três anos e fumadores com mais de 40 anos e espirometria realizada, com recurso ao programa MIMUF® e ao processo clínico dos doentes via SCLínico®. Compararam-se os dados relativos a 2014, antes da intervenção segundo o projeto Lean, com os dados de 2015.

Resultados: O Projeto Lean iniciou-se em Novembro de 2014 com uma reunião multidisciplinar (secretários clínicos, enfermeiros e médicos) da USF Nuno Grande sobre DPOC - dados epidemiológicos, diagnóstico e seguimento. De seguida, os profissionais estabeleceram objetivos de melhoria segundo prioridades e elaboraram um fluxograma de atuação, tendo cada elemento um papel bem definido neste processo de melhoria. Durante os primeiros seis meses do projeto realizaram-se reuniões semanais para ajustar procedimentos e definir novas metas. Verificou-se um aumento do número de espirometrias realizadas (total de 336), aumentando em 200% face ao mesmo período do ano anterior. Dos 1.415 doentes com codificação de abuso de tabaco foram convocados os que possuem idade superior a 40 anos para realização de espirometria segundo o previsto na norma da DGS. O número de doentes com diagnóstico efetivo de DPOC aumentou, tendo 63,16% destes FEV1 registado na ficha individual.

Conclusões: O trabalho estruturado e organizado em equipa torna-se essencial na otimização da prestação de cuidados. Com este projeto na área da DPOC a USF Nuno Grande pôde melhorar a sua prática, de modo eficaz e dirigido às metas estabelecidas. Nesta primeira fase do projeto os objetivos foram cumpridos, considerando as recomendações da Direção Geral de Saúde, tendo sido a uniformização de procedimentos o processo chave. Deste modo, melhorou-se o diagnóstico da doença permitindo uma melhor intervenção terapêutica. O próximo passo centrar-se-á na criação de protocolos de seguimento apropriado, nomeadamente para melhoria da técnica inalatória, verificação do estado vacinal e controlo do estadio da doença.

Palavras chave: Melhoria da qualidade. DPOC. Espirometria.

PO 024. DPOC OU DOENÇA RARA?

D. Carvalho, M.J. Guimarães, D. Ferreira, V. Alejos, M. Manuel

Serviço de Pneumologia, Hospital da Senhora da Oliveira.

Introdução: A doença de Pompe (DP) é uma doença hereditária autossómica recessiva causada pela alteração da atividade da alfa-glicosidase ácida. É a forma mais grave das 12 doenças de depósito do glicogénio. A acumulação do glicogénio nos lisossomas das células leva a disfunção tecidual, particularmente nos tecidos musculares cardíaco, respiratório e esquelético. O tratamento baseia-se na reposição enzimática com alfa-glicosidase ácida recombinante, mas apesar de melhoria clínica franca raramente se obtém melhoria da função pulmonar.

Objectivo: Relatar um caso de DP e discutir a abordagem diagnóstica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 64 anos, raça caucasiana, ex-fumador de 40UMA, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) não esclarecida e clínica de insuficiência respiratória de longa data, com sintomas de patologia respiratória de sono associados, sem diagnóstico conclusivo. Internamento atual na Unidade de Cuidados Intensivos por pneumonia grave com neces-

sidade de suporte ventilatório permanente. Pedida colaboração à Pneumologia para apoio à extubação. Ao exame objetivo apresentava respiração paradoxal, dependência total de ventilação em decúbito dorsal e alterações na marcha. Os exames laboratoriais demonstraram creatinofosfoquinase 366 UI/L (valores de referência: < 170 UI/L), estudo funcional respiratório compatível com síndrome restritiva grave, com forte compromisso do diafragma na eco-torácica. A oximetria noturna apresentava períodos de dessaturação significativos. Levantou-se a suspeita de doença neuromuscular. Dada a parésia diafragmática, foi realizada colheita de sangue por DBS (*dried blood spot*) tendo-se detetado baixa atividade enzimática para a alfa-glicosidase ácida (AAG) a favor do diagnóstico de DP. Este déficit foi ainda confirmado com ausência total de atividade enzimática nos leucócitos do sangue e com o estudo genético conclusivo de DP, pelo que se propõe o doente para terapêutica de substituição enzimática. **Discussão:** Devido à raridade da doença de Pompe, há geralmente grande atraso diagnóstico desde o início dos sintomas. A terapêutica de reposição enzimática tem-se revelado eficaz e capaz de alterar a história natural da doença. O desconhecimento da doença associado a um fator confundidor na história clínica atrasou o diagnóstico e o início do tratamento neste doente, o que comprometeu de forma definitiva a sua função respiratória.

Palavras chave: Síndrome restritivo grave. Parésia diafragmática. Alfa-glicosidase ácida. Doença de Pompe.

PO 025. TRATAMENTO NO DÉFICE DE ALFA1-ANTITRIPSINA: ADESÃO OU CONVICÇÃO?

R. Boaventura, E. Padrão, L. Meira, M. Sucena

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

O déficit de alfa1-antitripsina (A1AT) é uma doença hereditária que aumenta o risco de desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), patologia hepática, entre outras. Para além de tratamento farmacológico e não farmacológico da DPOC, alguns doentes têm indicação para terapêutica de substituição com A1AT. Foram descritos benefícios desta terapêutica na diminuição da progressão do enfisema pulmonar. Outros consideram que o custo do tratamento e a existência de controvérsia relativamente ao benefício clínico comprometem a recomendação deste tratamento. O tratamento com A1AT é realizado em doentes selecionados, administrado de forma endovenosa, semanalmente e em ambiente de hospital de dia, na dose de 60 mg/Kg/semana. Um dos critérios para início de tratamento de substituição é a aceitação, pelo doente, da necessidade de deslocação semanal ao hospital. Dadas as características particulares e elevados encargos económicos associados a este tratamento, uma das preocupações principais prende-se com a adesão adequada. Foram objetivos deste trabalho a determinação da adesão ao tratamento de substituição em doentes com déficit de A1AT. Os autores reuniram a totalidade de doentes de um hospital central que realizaram e que atualmente realizam tratamento de substituição, até julho de 2015. A população estudada (n = 11) caracteriza-se por doentes predominantemente do sexo masculino (81,8%), com idade de diagnóstico mediana de 52 anos, a maioria ex-fumadores (63,6%), referenciados à consulta essencialmente por DPOC (n = 8); com patologia hepática diagnosticada (72,7%) e com FEV1, estágio II (27,3%), estágio III (27,3%) e estágio IV (45,5%). A mediana de doseamento A1AT pré tratamento situava-se nos 24,8 mg/dl (máximo 34 mg/dl). Foram calculadas, para cada doente, as doses previstas e contabilizadas as doses realizadas. A adesão foi calculada pela razão entre as doses realizadas e as previstas. Os autores verificaram taxas de adesão superiores a 90% em todos os doentes, com 91% (n = 10) dos doentes com taxas de adesão superiores a 95% (mediana 98,27%). Verificou-se ainda uma tendência a adesão tanto superior quanto menor o valor de doseamento de A1AT pré-tratamento (p = 0,059). Os períodos de tratamento situaram-se entre 28 e 348 semanas. A mediana do doseamento

pós-tratamento (aos 6 meses) foi 65,45 mg/dl. Três doentes suspenderam a terapêutica de substituição (um doente submetido a trans-plante pulmonar; 2 doentes faleceram). No tratamento de doenças crónicas um dos desafios com que os clínicos se deparam é a adesão do doente, com autores a descreverem taxas de adesão de 50% em algumas situações. Neste estudo obtivemos uma excelente adesão dos doentes, apesar das características particulares da terapêutica de substituição (terapêutica endovenosa, realizada semanalmente, em ambiente hospitalar, a longo prazo). Os níveis de adesão mantiveram-se ao longo do tempo. Apesar da controvérsia relativamente à eficácia clínica da terapêutica de substituição, e os seus custos elevados, a excelente adesão dos doentes vem reforçar a necessidade de mais estudos que permitam aumentar o nível de evidência, facilitando a sua prescrição.

Palavras chave: Alfa-antitripsina. Adesão. Terapêutica. Hospital de dia.

PO 026. EVOLUÇÃO DE DOENTES COM DÉFICE DE ALFA1-ANTITRIPSINA SOB TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO

L. Meira, R. Boaventura, M. Sucena

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O déficit de alfa1-antitripsina (DAAT) é a doença hereditária mais frequentemente diagnosticada na população adulta e traduz-se num aumento do risco de desenvolvimento de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e de patologia hepática, entre outras. Alguns autores descreveram o benefício terapêutico de substituição com alfa1-antitripsina (A1AT), que se traduziu na diminuição da progressão do enfisema pulmonar.

Objetivo: Avaliar a evolução clínica e funcional dos doentes com DAAT sobtratamento de substituição.

Métodos: Selecionaram-se os doentes com DAAT grave seguidos na consulta de Pneumologia de um hospital central que realizaram ou ainda se encontram sob tratamento de substituição, desde o ano de 2008; consultaram-se os seus registos clínicos e recolheu-se informação sobre o seu estado clínico (exacerbações) e avaliação funcional (FEV1, prova de marcha de 6 minutos - PM6M), previamente ao início do tratamento e durante os dois primeiros anos de tratamento.

Resultados: Desde 2008, 11 doentes estiveram ou estão sob tratamento de substituição, 9 do sexo masculino, com idade mediana de 52 anos e doseamento mediano de A1AT 24,8. Dois doentes morreram, um foi trans-plantado e os restantes mantêm tratamento de substituição e seguimento periódico em consulta. O FEV1 mediano inicial foi de 1,11 L (IQ: 0,94), a DLCO/VA 67% (IQ: 60,8) e a distância PM6M mediana de 475 metros (IQ: 218,75). Comparando os valores de FEV1 medianos prévios ao tratamento com os valores aos 6 meses, aos 12 meses e aos 24 meses de tratamento, verificou-se um declínio de 0,04 L, 0,11 L e de 0,06 L, sem significado estatístico (p = 0,204, p = 0,075 e p = 0,344, respetivamente). Também não se encontraram diferenças entre o FEV1 mediano aos 12 meses e aos 24 meses (pO 0,686). Após 12 meses de tratamento, verificou-se um ligeiro aumento da DLCO/VA mediana 1,7%, mas sem significado estatístico (p = 0,500). Relativamente às distâncias percorridas na PM6M, verificou-se um declínio de 25,0 e 17,5 metros entre a PM6M inicial e a dos 12 meses e a PM6M inicial e a dos 24 meses de tratamento, sem significado estatístico (25,0 e 17,5 metros, p = 0,068 e p = 0,109, respetivamente). De referir que durante os dois anos de tratamento, a mediana de exacerbações foi de 1,0 por doente, havendo necessidade de internamento em apenas um episódio num doente. Salienta-se ainda que 45,5% (n = 5) não tiveram nenhuma exacerbação desde que iniciaram o tratamento. Não se encontrou relação entre as exacerbações e as seguintes variáveis: distância na PM6M inicial e aos 24 meses (p = 0,115 e p = 0,147), FEV1 inicial (p = 0,361), aos 6 (p = 0,297), 12 (p = 0,077) e 24 meses (p = 0,770).

Conclusões: Os autores verificaram que os doentes com DAAT, após início de tratamento de substituição, apresentaram estabilidade clínica e funcional durante os primeiros dois anos. Estes dados e a evidência científica atualmente existente, apoiam a continuação desta modalidade terapêutica.

Palavras chave: Défice de Alfa1-antitripsina. Tratamento de substituição.

PO 027. O CONTRIBUTO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA PULMONAR OBTURATIVA CRÔNICA (DPOC) E O SEU PAPEL NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DOS DOENTES COM DPOC: CAMPANHA DE SENSIBILIZAÇÃO E ESPIROMETRIAS

M. Mendes, M. Teixeira, M. Mariana, A. Pinto, V. Marques, E. Paulino

Departamento de Projetos e Serviços, Farmácias Holon.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Em Portugal a prevalência encontra-se nos 14,2% da população com mais de 45 anos de idade, estimando-se que um grande número de indivíduos permaneça subdiagnosticado. Além disso, muitos dos doentes diagnosticados e com terapêutica farmacológica instituída não têm a sua patologia controlada devido, entre outros fatores, a uma prevalência relativamente elevada de uma técnica incorreta de utilização dos inaladores.

Objectivo: Descrever e avaliar a capacidade de um grupo de farmácias comunitárias na organização de campanhas de sensibilização sobre a DPOC e o seu contributo para o diagnóstico precoce e acompanhamento da pessoa com DPOC.

Métodos: Para identificar os indivíduos com sintomatologia respiratória e com critérios para a realização de uma espirometria, foi aplicado o questionário “Poderá ser DPOC?”, desenvolvido pela GOLD (*The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*), constituído por 5 questões que avaliam fatores de risco para a doença e sintomatologia respiratória. Se o utente respondesse afirmativamente a 3 ou mais dessas questões, era convidado a realizar uma espirometria. Após a realização da mesma, se o resultado fosse sugestivo de alterações do padrão ventilatório, o utente era aconselhado a consultar o seu médico. Nos indivíduos já diagnosticados e tratados, aquando da dispensa dos dispositivos inalatórios, procedeu-se à avaliação e ensino da técnica correta de utilização dos mesmos.

Resultados: Nos meses de novembro e dezembro de 2013, foram realizadas 953 espirometrias em 82 farmácias. Entre os indivíduos que realizaram a espirometria, 52% (n = 496) eram do sexo feminino, com uma média de idades de 59 anos, e 248 eram fumadores ativos. 19,1% (n = 182) dos participantes foram referenciados ao médico perante alterações da função respiratória. No decorrer da campanha de 2014, nos meses de novembro e dezembro, foram realizadas 1224 espirometrias em 129 farmácias. 50,3% (n = 616) dos utentes era do género feminino, com uma média de idades de 60,6 anos e 37,2% (n = 455) eram fumadores ativos. 36,8% (n = 450) foram encaminhados para consulta médica devido a deteção de alterações do padrão ventilatório: 42,7% (n = 192) sugestivo de alteração ventilatória obstrutiva; 22,9% (n = 103) sugestivo de alteração ventilatória restritiva; 21,6% (n = 97) sugestivo de alteração ventilatória mista. 1.167 utentes já diagnosticados com DPOC foram encaminhados para a consulta farmacêutica, onde se procedeu ao ensino da técnica correta de utilização dos dispositivos de inalação.

Conclusões: Os farmacêuticos podem desempenhar um papel importante na sensibilização da população para os fatores de risco da doença e para a importância do diagnóstico precoce. Podem igualmente prestar informação relevante acerca da utilização cor-

reta dos dispositivos inalatórios, contribuindo para a melhoria da efetividade e segurança da terapêutica farmacológica.

Palavras chave: DPOC. Diagnóstico precoce. Espirometria. Educação para a saúde. Farmacêutico.

PO 028. MUTAÇÃO M_{MALTON}: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS RAROS DE DÉFICE DE ALFA1-ANTITRIPSINA (A1AT) NA ILHA DA MADEIRA

S. Alencastre, I. Abreu, V. Teixeira, G. Andrade

SESARAM, Funchal.

O défice de A1AT é um factor de risco conhecido para o desenvolvimento prematuro de doença pulmonar obstrutiva crónica. Estima-se uma prevalência de 5% entre os indivíduos atingidos por esta patologia, mas este défice estará ainda em muitos casos subdiagnosticado. Existe uma relação comprovada entre o tipo de mutação do gene SERPINA1, o valor sérico da A1AT e a severidade do quadro clínico. De entre as mutações mais frequentes (S e Z), a presença em homozigotia P1*ZZ é a que se associa a maior severidade e pior prognóstico. Existem contudo mutações raras em doentes que apresentam níveis séricos muito baixos de A1AT e que podem mimetizar os fenótipos clínicos mais graves, por vezes também com atingimento hepático. São de difícil caracterização genética, por serem rotineiramente usadas apenas sondas dirigidas ao alelos S e Z. Além disso, muitas das moléculas anómalas apresentam mobilidade eletroforética semelhante a outras proteínas contendo alelos de variantes M (normais) ou S. Nos casos em que exista discrepância entre os dados de caracterização laboratorial, pode ser necessário recorrer à sequenciação do gene SERPINA 1. Os autores descrevem dois casos clínicos de uma mutação rara em duas mulheres não aparentadas, naturais e residentes na ilha da Madeira, ambas de 59 anos, uma com achado laboratorial (proteínograma de rotina) de défice de A1AT, e outra com antecedentes de Imunodeficiência Comum Variável e queixas respiratórias de longa duração. Os dosamentos séricos de A1AT, por imunofelometria, eram baixíssimos - 16,8 e 25,3 mg/dL. Foi efetuado estudo genético, sendo apenas possível concluir que as doentes não possuíam quaisquer das duas mutações habituais. Avançou-se então para sequenciação genética, sendo em ambas detetada a mutação M_{Malton} (c.227_229delTTC) em homozigotia, a que corresponde a proteína A1AT anómala por deleção do aminoácido fenilalanina na posição 52 da variante normal M₂. As doentes encontram-se atualmente em seguimento em consulta de Pneumologia. Em ambas, apesar da idade, e contrariamente aos dados da literatura, não há evidências de relevante atingimento hepático. Uma delas não apresenta queixas significativas a nível respiratório e as provas de função respiratória estão dentro dos parâmetros de normalidade.

Palavras chave: M_{malton}. Alfa1-antitripsina.

PO 029. DIA MUNDIAL DA DPOC - UMA OPORTUNIDADE PARA DIVULGAR A DOENÇA

L. Andrade¹, J. Ribeiro², E. Pratas¹, D. Freire¹, F. Aires¹, C. Jácome³, A. Marques³, A. Saraiva¹

¹Pneumology Department, Hospital Centre Baixo Vouga Aveiro.

²Centro de Saúde de Aveiro. ³University of Aveiro.

Introdução: Celebrar o Dia Mundial da DPOC é uma oportunidade para divulgar junto do público uma das doenças com maior mortalidade e morbilidade em todo o mundo. O evento foi publicitado nos media locais.

Objectivo: realizar um rastreio espirométrico e avaliar a presença de doenças respiratórias, co-morbilidades, o nível de atividade física e de conhecimentos sobre a DPOC nos idosos em Aveiro.

Métodos: Recebemos inscrições de 19 (48,7%) dos 39 centros de dia com mail públicos, para envolverem até 5 dos seus utentes na realização duma espirometria, preencherem um pequeno questionário de saúde e assistirem a uma apresentação multimédia sobre DPOC, encorajando-os a manterem um estilo de vida ativo. A avaliação funcional respiratória foi realizada com a colaboração de 3 espirómetros e técnicos externos, que enviaram posteriormente os resultados impressos. Das espirometrias enviadas, foram excluídas as que não disponibilizaram valores absolutos ou não tinham curvas débito-volume de qualidade. Usámos o Limite Inferior do Normal (LIN) das equações de referencia da Global Lung initiative (GLI) para analisar os dados.

Resultados: Recebemos 91 pessoas (60 mulheres e 31 homens) com uma média de idades de $80,2 \pm 8,01$ (61-96) e um IMC de $27,4 \pm 4,8$ (15,7-44,2). Apenas 9 já tinham feito uma espirometria. Encontramos uma média de FVC - $1,81 \pm 0,68$ L (0,74-3,77), uma média de FEV1 - $1,45 \pm 0,52$ L (0,56-2,93) e uma média do Índice de Tiffenau de $-81,1 \pm 11,5$ (47-99). Analisámos 54 exames e encontramos 70,4% (n = 38) de exames normais, 20,4% (n = 11) com padrão restritivo, 5,5% (n = 3) mistos e 3,7% (n = 2) com padrão obstrutivo. Antecedentes de tabagismo existiam em 14,3% dos homens, 9 ex-fumadores e 4 fumadores e de exposição a poeiras ou químicos ocupacionais em 43,9% das pessoas (n = 40). A existência de bronquite crónica foi referida por 7 e a DPOC por 3 pessoas. Das 33 pessoas com algum nível de dispneia (mMRC), 20 referiram doença cardíaca, 7 doença broncopulmonar e 6 as duas patologias em simultâneo. Cerca de 20,2% das pessoas faz caminhadas regularmente e 47,1% faz atividade física orientada, mas 69,7% admitem estar sentadas cerca de 60 a 70% do tempo. A vacinação habitual contra o vírus da gripe é referida por 65,9% pessoas (n = 60), 7,7% (n = 7) já fizeram reabilitação pulmonar e apenas 25,3% sabiam o que significava a sigla DPOC (n = 23).

Conclusões: A percentagem de pessoas com sintomas de BC é semelhante a de pessoas que sabem o que quer dizer a sigla DPOC (25,8%). Parece que a atividade física orientada é uma melhor forma de combater o sedentarismo que o conselho de caminhar. Encontrámos apenas 3,7% (n = 2) de espirometrias com padrão obstrutivo usando o GLI-LIN.

Palavras chave: *Espirometria. Tabagismo. DPOC. Exposição ocupacional. Rastreio. Idoso.*

PO 030. COMPARAÇÃO DOS HÁBITOS TABÁGICOS DOS MÉDICOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS VERSUS CIRÚRGICAS DE UM HOSPITAL CENTRAL

R. Campanha, I. Ribeiro, C. Matos, F. Nogueira

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

O consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial. A atitude dos profissionais de saúde relativamente ao tabagismo é uma parte crucial na prevenção e motivação nos programas de cessação. Os profissionais de saúde fumadores geralmente estão menos sensibilizados para promoção de medidas de cessação tabágica nos seus doentes. O objetivo do estudo foi comparar os hábitos tabágicos dos médicos de especialidades médicas versus cirúrgicas de um Hospital Central em 2014. Foi distribuído um inquérito de resposta voluntária e anónima a um total de 434 médicos tendo respondido ao inquérito 180 médicos. As questões colocadas referiam-se aos hábitos tabágicos, atitudes face ao tabagismo, conhecimento da legislação e importância das consultas de apoio aos fumadores. Foram analisadas 19 especialidades médicas (total de inquéritos: 61,8%, n = 131) e 8 especialidades cirúrgicas (total de inquéritos: 38,2%, n = 49). A taxa de resposta foi superior nas especialidades médicas 48,9% vs 29,5%. Houve predomínio de respostas por parte das mulheres nas especialidades médicas (58%) e dos homens nas cirúrgicas (59,2%) com

média de idades equilibrada em ambos os grupos. A percentagem de não fumadores foi equivalente em ambos os grupos, especialidades médicas vs cirúrgicas (80,2% vs 81,6%). Nas especialidades médicas a percentagem de fumadores foi superior (16,8% vs 6,1%). A percentagem de fumadores ocasionais foi ligeiramente superior nas especialidade cirúrgicas 2,0% vs 0,8%. Relativamente aos ex-fumadores verificou-se maior percentagem nas especialidades cirúrgicas (10,2% vs 3,8%). A idade de início dos hábitos tabágicos foi ligeiramente inferior nas especialidades médicas (19,8 anos vs 20,3 anos). Relativamente aos motivos que levaram ao início dos hábitos 48,8% referem causas sociais nas especialidades médicas (festas, amigos, convívios) enquanto que o stress no trabalho surge como primeiro motivo nas especialidades cirúrgicas (39,6%). O tabaco em forma de cigarro é a modalidade preferencial em ambos os grupos, logo seguido do tabaco de enrolar, cigarrilha e charuto. Todos os médicos referiram conhecer a legislação portuguesa relativamente à proibição de fumar. A percentagem de médicos que realizaram tentativas para deixar de fumar foi superior nas especialidades médicas vs cirúrgicas (56% vs 50%) e também recorreram de forma mais frequente a consultas especializadas (22% vs 9%). Todos consideraram importante a consulta de Cessação Tabágica mas apenas 25% dos médicos das especialidades médicas e 19% das especialidades cirúrgicas manifestaram vontade de a frequentar. A média do número de cigarros fumados por dia foi superior nas especialidades cirúrgicas (17,8 vs 13,6). O nível de dependência da nicotina (teste de Fargerstrom) teve uma soma média superior nas especialidades médicas (4,6 vs 3,2). As especialidades médicas apresentaram mais fumadores com maior grau de dependência mas também maior adesão a programas de cessação tabágica. Curiosamente observou-se uma maior taxa de ex-fumadores nas especialidades cirúrgicas. Conhecer os hábitos tabágicos dos profissionais de saúde é importante pois médicos motivados, valorizam mais a importância da cessação tabágica junto dos doentes fumadores.

Palavras chave: *Hábitos tabágicos. Médicos.*

PO 031. INTERVENÇÃO BREVE EM TABAGISMO: BARREIRAS E FACTORES ASSOCIADOS - ESTUDO TRANSVERSAL

S.B. Ravara, S. Amorim, P. Aguiar, J.M. Calheiros

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior. Hospital Universitário CHCB Covilhã. Hospital Fernando Fonseca, Amadora. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: A cessação tabágica é uma das intervenções médicas com maior custo-efectividade. Os médicos devem intervir de forma sistemática, identificando os fumadores, aconselhando a deixar de fumar e oferecendo recursos válidos de cessação tabágica (intervenção breve para a cessação tabágica).

Objectivo: Avaliar as barreiras à intervenção breve em cessação tabágica auto-relatadas pelos médicos portugueses; avaliar os factores associados com a prática clínica da intervenção breve em tabagismo.

Métodos: Em 2009, foi realizado um estudo transversal no âmbito de conferências médicas, visando médicos de família e médicos hospitalares. Em duas conferências médicas nacionais de grande dimensão foram distribuídos questionários de auto-preenchimento aos participantes. Foram realizados dois tipos de amostragem: sistemática e consecutiva. Foi efectuada uma análise descritiva e inferencial, usando os testes estatísticos de qui-quadrado, McNemar e Mann-Whitney e regressão logística múltipla.

Resultados: A taxa de resposta foi de 64%. Dos 549 participantes, 61,9% eram do sexo feminino e 64,3% eram médicos de família; a média da idade foi de $40,5 \pm 12,6$ anos (24-70). Os médicos relataram as seguintes frequências: 1) Abordar e perguntar sobre o comportamento tabágico (83,5%, IC95%: 80,4-86,6); 2) Aconselhar para deixar

de fumar (85,6%, IC95%: 82,7-88,5); 3) Motivar para deixar de fumar (67,2%, IC95%: 63,3-71,1); 4) Referir a um programa de cessação tabágica (38,3%, IC95%: 34,2-42,4), $p < 0,001$. A frequência auto-relatada dos passos combinados da intervenção breve foi de 30,5%, $p < 0,001$. A regressão logística mostrou que os fatores associados à intervenção breve consistente foram os seguintes: prática clínica num programa de cessação (aOR = 3,41, IC95%: 1,58-7,34, $p = 0,002$); formação pós-graduada em prevenção/tratamento de tabagismo (aOR = 1,71, IC95%: 1,15-2,53, $p = 0,008$); ser do sexo feminino (aOR = 1,98, IC95%: 1,31-3,0, $p = 0,001$) e ter mais de 45 anos (aOR = 1,71, IC95%: 1,16-2,53, $p = 0,007$). Foram relatados pelos médicos como os obstáculos mais importantes para a cessação tabágica: 1) intervir em fumadores não motivados para cessar (51,7%); 2) limitações de tempo (28,1%); 3) formação insuficiente em cessação tabágica (27,6%); 4) e confiança baixa na eficácia da intervenção (17,1%), $p < 0,001$.

Conclusões: Os resultados sugerem que a intervenção breve em tabagismo está mal implementada nos serviços de saúde. Tal reforça a necessidade de programas de formação abrangentes, assim como uma abordagem facilitadora e efectiva dos sistemas de saúde, a fim de promover a implementação da intervenção breve em cessação tabágica. Os programas de formação em tabagismo devem incluir a entrevista motivacional e a prática clínica num programa de cessação.

Palavras chave: Cessação tabágica. Intervenção breve. Médicos. Barreiras.

PO 032. FORMAÇÃO EM PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO TABAGISMO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: NECESSIDADES E OPORTUNIDADES

J.P. Boléo-Tomé, A. Figueiredo, J. Reis Ferreira

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

Introdução e objectivo: Apesar do crescente interesse na cessação tabágica como ferramenta fundamental para controlar a epidemia do tabagismo, não existe em Portugal um modelo abrangente de formação em prevenção e tratamento do tabagismo dirigido a todos os profissionais de saúde. Os métodos formativos *online* constituem uma ferramenta inovadora e facilmente acessível. O curso de *e-Learning* da Escola de Pneumologia da SPP, que decorreu entre janeiro e maio de 2015, constituiu a primeira experiência nesta área. Os autores pretenderam estudar a opinião dos formandos sobre as necessidades de formação na área do tabagismo e sobre os métodos formativos disponíveis.

Métodos: aplicação de um questionário *online* através da plataforma SurveyMonkey®, enviado a todos os 703 formandos inscritos no Curso de *e-Learning* "Travar o Tabagismo", acessível entre 5 de junho e 22 de julho de 2015.

Resultados: 290 formandos responderam ao questionário, correspondendo a 41,2% da amostra estudada. A maioria dos respondentes correspondia aos médicos (74,1%), seguindo-se os enfermeiros (10,7%), farmacêuticos (5,1%) e outros técnicos de saúde (4,5%), provenientes de todas as regiões do país; 66,2% tinham 26 a 35 anos e 63,5% possuíam o grau de mestre. Apenas 39,5% já tinham tido formação específica sobre tabagismo e, destes, apenas 11,5% em curso de formação com avaliação. Dos respondentes, 66,8% consideravam a formação tida insuficiente. Quase metade trabalhava em cessação tabágica (48,8%), mas destes 42,3% afirmaram não ter tido formação específica. Apenas 10,3% consideravam existir oferta formativa suficiente em Portugal. Da oferta existente, 56,9% consideravam-na inadequada. Quanto ao formato *e-Learning*, 93,5% consideravam-no tão ou mais importante que o formato convencional. De entre as várias modalidades, a preferida (68,1%) foi a combinação curso *online* com palestras presenciais. A formação prática foi também considerada muito importante por 83,5% dos sujeitos, de preferência conjugando vários formatos (73,5%). A grande maioria dos formandos estaria disposta a pagar pela formação (38% até 50 euros, 27,6% até 100 euros e 12,2% até 200 euros).

Conclusões: Os resultados apontam para a existência de uma grande lacuna de formação específica dirigida a profissionais de saúde, não apenas médicos, a par de um grande interesse em adquirir mais e melhor formação. O formato *e-Learning* foi bastante valorizado e pode constituir uma solução mais acessível e abrangente para este problema. A formação deve ser alargada a todos os profissionais de saúde interessados, não apenas médicos.

Palavras chave: Tabagismo. Formação. Profissionais de Saúde.

PO 033. MODELO DE FORMAÇÃO E-LEARNING SOBRE TABAGISMO: RESULTADOS DE UM QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

J.P. Boléo-Tomé, A. Figueiredo, J. Reis Ferreira

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

Introdução e objectivo: A Comissão de Tabagismo da SPP organizou entre janeiro e maio de 2015 o primeiro curso pós-graduado da Escola de Pneumologia em formato *e-Learning*. Consciente das carências de formação específica em cessação tabágica nos profissionais de saúde, tendo em conta as dificuldades de deslocação de muitos profissionais e os custos associados a um curso presencial, a Comissão decidiu investir num modelo diferente e mais abrangente. O Curso teve uma versão básica, totalmente *online*, contendo vídeos formativos e apresentações de slides, e uma versão especializada que incluiu também um workshop prático e avaliação escrita. Os autores pretenderam saber a opinião dos formandos sobre a experiência formativa.

Métodos: aplicação de um questionário *online* através da plataforma SurveyMonkey®, enviado a todos os 703 formandos inscritos no Curso de *e-Learning* "Travar o Tabagismo", acessível entre 5 de junho e 22 de julho de 2015. Foram utilizadas questões de resposta múltipla, escalas de Likert e questões abertas.

Resultados: Dos 703 formandos inscritos, 571 iniciaram a formação (81,2%). Destes, 262 responderam ao questionário (45,9%). A maioria tinha entre 26 e 35 anos (67,7%) e era do sexo feminino (76,3%). Os médicos correspondiam a 73,7% da amostra. Os formandos tiveram conhecimento do curso através de colegas (45%), de divulgação por e-mail (23,3%), no site da SPP (21%) ou outros sites (5%). Em relação às expectativas iniciais, o curso correspondeu (59,5%) ou superou-as (30,1%). Sobre a adequação às necessidades formativas, a pontuação média numa escala Likert de 1 a 5 foi de 3,93; a adequação dos formadores obteve 4,15; a funcionalidade do site, 4,24; a qualidade das apresentações, 4,11; se a informação fornecida foi suficiente, 3,97. A maioria dos formandos (71,4%) não referiu nenhuma dificuldade no acesso à plataforma *online*; o problema mais frequente foi o funcionamento dos vídeos (8,9%). Sobre a utilidade dos conhecimentos para a vida profissional, a pontuação média obtida foi 4,10; a opinião geral do curso foi de 4,09.

Conclusões: um curso de formação em formato *e-Learning* parece ser um modelo muito positivo para melhorar o nível de conhecimentos em tabagismo entre os profissionais de saúde, de fácil acesso e com um grau de satisfação elevado. A melhoria dos conteúdos e da funcionalidade da plataforma no futuro pode aumentar ainda mais a qualidade deste tipo de ferramenta.

Palavras chave: Formação. Tabagismo. *e-Learning*.

PO 034. RISCO TABÁGICO E DESENVOLVIMENTO DE DOENÇA ASSOCIADA AO TABAGISMO - ESTUDO PRELIMINAR

F. Fernandes, F. Carriço, R. Gomes, F. Luís, A. Tavares, M. Reis, J. Parreira, L. Ferreira

Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda.

Introdução: O processo de investigação epidemiológica requer a definição da doença estudada, de medidas quantitativas de expo-

sição e a utilização de um método de associação dessas variáveis. Para a caracterização de populações com maior risco, a epidemiologia deve operar duas estratégias: obter evidências de exposição na população e detectar indivíduos com maior susceptibilidade quando expostos, seja por factores herdados ou adquiridos. A evidência do efeito do tabaco no desenvolvimento de patologia advém de estudos epidemiológicos, nos quais a avaliação da exposição tabágica tem por base a informação fornecida pelos próprios doentes. A cotinina, principal metabolito da nicotina, cujo doseamento é um marca-dor útil do consumo tabágico actual, permite integrar diferentes aspectos da mesma, incluindo captação, distribuição e diferenças individuais no metabolismo da nicotina.

Objectivo: Avaliar a existência de relação entre o desenvolvimento de doença relacionada com o tabaco, cotinina e carga tabágica isoladas e o produto das duas variáveis.

Métodos: Estudo retrospectivo com base na análise do processo de consulta de doentes que recorreram à Consulta de Desabitação Tabágica - Abordagem Intensiva, durante 3 anos. Excluídos fumadores sem doseamento de cotinina urinária. Criados dois grupos: Grupo I, sem doença relacionada com o tabaco; Grupo II, com doença relacionada com o tabaco (IIa - doença pulmonar; IIb - outras doenças). Marcador de consumo cumulativo - Carga tabágica (UMA). Biomarcador de consumo actual - Cotinina urinária (mg/dL). Definiu-se o Risco tabágico como o produto da Cotinina pela Carga tabágica.

Resultados: Incluídos 125 doentes: 68% do género masculino, média de idades 47,02 anos. 61,6% integrados no grupo I e 38,4% no grupo II, idade média respectivamente 41,93 e 53,94 ($p < 0,05$). Idade de início de hábitos tabágicos sem diferença significativa em termos estatísticos em qualquer um dos grupos. No grupo I a cotinina média foi de 2594,76 vs 2688,15 no grupo II ($p > 0,05$). Nos subgrupos IIa a cotinina média foi de 3178,38 vs 2363,22 no subgrupo IIb ($p > 0,05$). A Carga tabágica no grupo I foi 25,23 vs 44,92 no grupo II ($p < 0,05$). No sub-grupo IIa a carga tabágica foi de 56,10 vs 36,22 no subgrupo IIb ($p < 0,05$). O Risco tabágico foi 61448 no grupo I vs 119766 no grupo II ($p < 0,05$). Não se verificaram diferenças significativas em termos estatísticos do Risco Tabágico comparando os subgrupos. A carga tabágica apresentou correlação elevada com o desenvolvimento de doença e muito elevada no desenvolvimento de doença pulmonar. A cotinina apresentou baixa correlação com o desenvolvimento de doença, revelando correlação moderada no estudo comparativo de subgrupos. O risco tabágico apresentou correlação elevada com o desenvolvimento de doença pulmonar e moderada com o desenvolvimento de outras patologias.

Conclusões: A nossa amostra reflete uma população de fumadores com cargas tabágicas elevadas, sem diferença significativa na idade de início de hábitos tabágicos, que apesar de apresentar alta prevalência de doença, mantém consumos actuais elevados. O risco tabágico apresentou uma forte associação com o desenvolvimento de doença pulmonar e moderada com o desenvolvimento de outras patologias associadas ao tabaco.

Palavras chave: Risco tabágico. Cotinina. Carga tabágica. Doença associada ao tabagismo.

PO 035. PARTICULARIDADES DA DESABITUAÇÃO TABÁGICA NOS FUMADORES LEVES

F. Carriço¹, F. Fernandes¹, R. Gomes¹, J. Parreira¹, M. Reis¹, M.F. Luís^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins (Director de Serviço: Dr. Luis Ferreira). ²Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Beira Interior.

Introdução: O estabelecimento de dependência pela nicotina além de multifatorial é um processo dinâmico do ponto de vista temporal e interpessoal. Os genes envolvidos no metabolismo da nicotina são candidatos plausíveis para estudos do comportamento tabágico. Os polimorfismos envolvidos no metabolismo da nicotina (CYP2A6)

determinam o ritmo de cada fumador. Publicações recentes indicam um peso bastante significativo do genoma na determinação do fenótipo tabágico.

Objectivo: Compreender particularidades do perfil tabágico dos “fumadores leves” que procuram desabitação em consulta de abordagem intensiva.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo. Análise de protocolos de 1ª consulta de desabitação tabágica. Abordagem intensiva. Definição de caso. Fumadores com consumo de ≤ 5 cigarros por dia.

Resultados: Dos 200 fumadores que recorreram à consulta no período considerado (2013-2014), 15% ($n = 29$) foram incluídos no estudo. Média de idades: 45 anos, 54% mulheres, 10% desempregados e 34% licenciados. 83% não trabalha por turnos. Maioria (69%) teve conhecimento da consulta através do seu médico assistente. Decisão pessoal foi a principal motivação para frequentar a consulta. Teste de Fagerström : 3,26. 41% fuma o 1º cigarro 31-60 minutos depois de acordar; 90% sem dificuldade em fumar nos locais em que é proibido; 63% fumam mesmo doentes. 44,8% fuma mais no começo do dia, 10% refere que o 1º cigarro é o mais difícil de abandonar. Nº cigarros/dia: 4,55. Idade de Início: 19,7 anos. Fumam qualquer tipo de marca de tabaco- 52,1% 62% não convive habitualmente com fumadores. Principais razões para fumar: combate ao stress, convívio social e prazer. Doseamento monóxido de carbono no ar expirado ≥ 20 ppm (60,2%). Média cotinina urinária: 922 ng/ml. Escala de Richmond : 7,8. Motivos para cessação: saúde (55%), económicas (17%), pedidos de familiares (13,8%). Receios: ausentes (17,6%), aumento de peso (31%) e ansiedade (27%). 69,6% já tentaram deixar de fumar, não identificando o motivo de recaída.

Conclusões: A doença tabágica pode ser graduada por vários métodos com implicações clínicas diretas no sucesso terapêutico. A classificação simplista desta amostra (fumadores leves) pelo número de cigarros consumidos não é adequada à gravidade da doença que apresentam. A medida universalmente utilizada na avaliação de dependência nicotínica (teste de Fagerström) apresenta limitações que se prendem com a grande valorização dos sintomas físicos, negligenciando aspetos psicológicos/motivacionais, subestimando assim a doença nos “fumadores leves”. O próprio fumador compreende que o uso da nicotina já se tornou um problema que afecta a sua vida. O doseamento de biomarcadores constitui um instrumento de fácil aplicação, permitindo uma melhor estratificação da doença tabágica em si e do potencial risco de desenvolvimento de doença relacionada com o tabaco. A compreensão destes fumadores necessita de uma definição de padrões fenotípicos que ainda não foi conseguida com unanimidade, dificultando a comparação de resultados.

Palavras chave: Fumadores leves. Desabitação tabágica. Fenótipos.

PO 036. NOVAS EQUAÇÕES DE REFERÊNCIA (GLI 2012) NA INTERPRETAÇÃO DA ESPIROMETRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

C. Constant, R. Fernandes, A.M. Silva, A. Descalço, T. Bandeira

Laboratório Pediátrico de Estudos da Função Respiratória, do Sono e da Ventilação, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, CHLN EPE.

Introdução: A espirometria integra diagnóstico, classificação de gravidade e prognóstico na doença respiratória crónica. A interpretação segundo as novas equações de referência multi-étnicas, 3-95 anos, publicadas, pela *Global Lung Function Initiative* em 2012 (GLI) é recomendada pelas principais sociedades respiratórias internacionais, minimizando as discrepâncias em pontos-chave, nomeadamente, na transição para a Pneumologia de Adultos.

Objectivo: Este estudo pretende avaliar o impacto na interpretação e classificação dos resultados espirométricos após a introdução das equações GLI num laboratório pediátrico de Estudos da Função Respiratória.

Métodos: Análise de 1.444 espirometrias/crianças [(60% rapazes, 9% raça negra, idade média $11,05 \pm 3,36$ anos] realizadas em 2013; diagnósticos principais: asma, fibrose quística, outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e doenças neuromusculares. Calcularam-se e compararam-se % previsto e z-scores para FEV₁, FVC e FEV₁/FVC usando as equações de referência de Zapletal e GLI. Definiu-se FEV₁ e FVC anormalmente baixos se < LLN, obstrução se FEV₁/FVC < LLN e “padrão restritivo espirométrico” se FEV₁/FVC \geq LLN + FVC < LLN. Gravidade da obstrução foi classificada de acordo com % previsto FEV₁ (ATS/ERS). Análise de cálculo efectuada com programa Excel e *software* específico GLI (www.lungfunction.org/) e análise estatística (tes-tes t e χ^2) com programa SPSS v.22.

Resultados: Os valores de z-score de FEV₁ e FVC foram significativamente mais baixos com as equações GLI vs Zapletal: $-0,28 \pm 1,36$ vs $0,05 \pm 0,94$ e $-0,06 \pm 1,29$ vs $0,01 \pm 0,98$ respectivamente. As taxas de valores baixos foram mais elevadas com as equações GLI vs Zapletal: FEV₁ < LLN 13,5% vs 4,7%; FVC < LLN 8,9% vs 4,6% e FEV₁/FVC < LLN 14,2% vs 5,0%, bem como as taxas de obstrução 12,1% vs 4,1% e padrão restritivo 6,8% vs 3,7%. Todas as diferenças foram significativas (p < 0,001). Na classificação de gravidade da obstrução, 58 doentes mudam de categoria com as equações GLI [50 (86%) agravam], contudo, a diferença não é significativa. Estas diferenças mantêm-se ao restringir a análise às crianças > 6 anos, caucasianas (n = 1.208), população para a qual as equações de Zapletal estão preconizadas.

Conclusões: Tal como sugerido pela literatura, verificamos um impacto significativo na interpretação de espirometrias em pediatria com a introdução das equações GLI, aumentando os resultados inferiores ao normal para o género, idade e estatura. O impacto na clínica, no acompanhamento e tratamento dos doentes, terá de ser avaliado.

Palavras chave: Espirometria. Equações de referência. Interpretação espirométrica. Idade pediátrica.

PO 037. FUNÇÃO RESPIRATÓRIA DE DOENTES COM FIBROSE QUÍSTICA EM REPOUSO E NO EXERCÍCIO

F. Freitas, C. Lopes, F. Ferro, A. Costa, A. Pinto, P. Azevedo

Hospital Santa Maria-Hospital Pulido Valente (CHLN).

Introdução: O reconhecimento precoce de deterioração clínica é primordial na fibrose quística (FQ), sendo a avaliação da função respiratória um instrumento útil e sensível para identificá-la.

Objectivo: Avaliar a função respiratória e seus determinantes em doentes adultos com FQ em repouso e durante o exercício.

Métodos: Realizou-se estudo retrospectivo dos doentes seguidos na Unidade de FQ de Adultos (n = 48) no período compreendido entre 2007-2012. A função respiratória foi avaliada, através pletismografia e prova da marcha de seis minutos (PM6M). Os resultados foram correlacionados com as seguintes variáveis: género, IMC, função pancreática, Diabetes relacionada com a fibrose quística (DRFQ), número de internamentos e infecção brônquica por *Pseudomonas aeruginosa* (PSAE), *Staphylococcus aureus*, *Burkholderia cepacia* e fungos. Doentes com transplante do pulmão foram excluídos. O nível estatisticamente significativo considerado foi p < 0,05.

Resultados: Foram selecionados 37 doentes, sendo 51,4% do sexo feminino, a idade média $30 \pm 2,7$ anos e o IMC médio $20,1 \pm 4,7$ kg/m². 32,4% dos doentes são homozigóticos para $\Delta F508$. Relativamente ao estado de infecção brônquica crónica registou-se isolamento de PSAE em 62,2% dos doentes de *S. aureus* em 70,3%, *B. cepacia* em 13,5% e fungos em 48,6%. Insuficiência pancreática exócrina foi identificada em 66,7% dos doentes e diabetes relacionada com fibrose quística (DRFQ) em 10,8%. No período de análise, registou-se no conjunto dos doentes um declínio médio do FEV₁ previsto traduzido pela média das rectas dos coeficientes de regressão linear ser -1,24. Foi encontrada correlação entre os valores de FEV₁, o IMC (p < 0,01) e DRFQ (p < 0,05). O declínio do FEV₁ foi mais acentua-

do nos doentes com insuficiência pancreática e infecção brônquica crónica por fungos. A PM6M foi realizada em 62% dos doentes estudados, sendo a distância média percorrida de $504,5 \pm 66,3$ m (66% do previsto). Verificou-se associação entre dessaturação e níveis baixos de FEV₁ (p < 0,01), VR elevado (p < 0,05) e o número de internamentos por ano (p < 0,05).

Conclusões: Na população estudada registou-se um declínio do FEV₁ médio previsto, que foi mais acentuado nos doentes com insuficiência pancreática e infecção brônquica crónica por fungos. O estado nutricional e DRFQ foram os factores associados a um maior compromisso da função respiratória. Na PM6M registou-se correlação entre dessaturação e compromisso funcional em repouso objectivado através da obstrução brônquica bem como da hiperinsuflação e também com o número de internamentos por exacerbação.

Palavras chave: Fibrose quística. Exercício. Função respiratória.

PO 038. A DLCO COMO INDICADOR DE PATOLOGIA PULMONAR EM DOENTES COM PROVAS FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS NORMAIS

T. Martín Rioja, M. Castanho, H. Grumete, F. Menezes, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A difusão do monóxido de carbono (DLCO) é um teste simples e seguro para avaliar a capacidade de transferência de gases através da membrana alvéolo-capilar, adquirindo assim, importância na investigação de doentes em contextos tão diversos como são as doenças obstrutivas e restritivas, as doenças do interstício e a detecção de doença vascular pulmonar.

Objectivo: Estudar a utilidade da DLCO como parâmetro indicador de patologia pulmonar em doentes com provas funcionais respiratórias (PFR) normais.

Métodos: Foram avaliadas as PFR realizadas no Hospital Garcia de Orta no ano de 2014, seleccionando os doentes com PFR normais e DLCO diminuída (< 75%). Os respetivos processos foram revistos, avaliando-se alterações na tomografia computadorizada (TC) e/ou na cintigrafia de ventilação perfusão, gasometria arterial, recurso ao Serviço de Urgência, internamentos hospitalares e taxa de mortalidade durante 1 ano de seguimento.

Resultados: De um total de 2.032 exames, 931 tinham estudo funcional normal (45,8%) e, destes, 72 doentes (7,7%) tinham DLCO diminuída. Na caracterização da amostra salientam-se idade média de 61,9 anos (28-88), 76,4% mulheres. Eram fumadores ativos 20,8% (carga tabágica média 31 UMA), ex-fumadores 23,6% e não fumadores 55,5%. Tinham exposição conhecida a pneumopolutentes 13,9% dos doentes. Verificou-se que dos 56 doentes que realizaram tomografia computadorizada (TC) do tórax, 13 tinham alterações fibróticas intersticiais (23,2%), 9 enfisema (16,1%), 5 alterações fibróticas e enfisema concomitantemente (8,9%), 10 bronquiectasias (17,8%) e 6 apresentavam tromboembolismo pulmonar (TEP), correspondendo a 10,7%. Das 20 cintigrafias de ventilação/perfusão realizadas, 17 foram diagnósticas de TEP (4 destes com TEP documentado em TC), sendo um exame útil para este diagnóstico, especialmente em doentes obesos. Foi realizada gasometria arterial em 45 doentes, existindo insuficiência respiratória parcial em 15,5% dos casos, e global em 6,6%. Oito doentes (11,1%) recorreram ao Serviço de Urgência durante os 12 meses de seguimento, sendo 4 deles internados por agudização de patologia respiratória. A taxa de mortalidade no seguimento a 1 ano foi de 6,9% (5 doentes), não sendo em 3 destes possível atribuir a causa de morte a patologia respiratória.

Conclusões: A DLCO pode estar alterada numa grande variedade de patologias pulmonares. Uma DLCO diminuída poderá indicar patologia pulmonar subjacente em doentes com PFR normais, podendo ser pertinente a investigação com outros meios complementares de diagnóstico, nomeadamente imagiológicos e/ou gasometria.

Poderá ser de particular utilidade a realização de cintigrafia de ventilação/perfusão em doentes obesos com DLCO diminuída e PFR normais. As recorrências ao serviço de urgência por agudização da doença respiratória sugerem que a DLCO diminuída poderia comportar-se como factor de risco. Com base nos resultados obtidos poder-se-á colocar a questão se nos doentes com PFR normais, após o diagnóstico da patologia pulmonar, poderá a DLCO ter algum contributo como parâmetro de seguimento evolutivo da sua gravidade.

Palavras chave: Capacidade de difusão. Provas funcionais respiratórias. Patologia pulmonar.

PO 039. ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO PULMONAR APÓS CIRURGIA TORÁCICA

R. Linhas, R. Marçôa, P. Fernandes, A. Gonçalves, I. Ladeira, R. Lima, J. Miranda, M. Guimarães

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A avaliação da capacidade funcional pulmonar no pré-operatório é importante na identificação de candidatos com risco de complicações respiratórias pós-cirurgia e pode auxiliar na decisão de operabilidade. No entanto, a função pulmonar após ressecção cirúrgica pode ser afetada por vários factores.

Objectivo: Avaliar as alterações na função pulmonar após cirurgia torácica, em doentes com nódulos solitários ou cancro do pulmão.

Idade média	62 ± 9 anos
Género	67,4% sexo masculino (n = 29)
Motivos para cirurgia mais frequentes:	
Adenocarcinoma	44,2% (n = 19)
Nódulos solitários	25,6% (n = 11)
Tumor carcinóide	14% (n = 6)
Carcinoma epidermóide	11,6% (n = 5)
Estadiamento (doentes com neoplasia):	
Ia	43,7% (n = 14)
IIa	18,7% (n = 6)
Ib	15,6% (n = 5)
IIa	12,5% (n = 4)
Localização mais frequente:	
Lobo superior direito	34,9% (n = 15)
Lobo superior esquerdo	25,6% (n = 11)
Quimioterapia neoadjuvante	20,9% (n = 9)
Radioterapia adjuvante	4,7 (n = 2)
Cirurgia aberta	83,7% (n = 36)
Cirurgia por videotoroscopia (VATS)	16,3% (n = 7)
Comorbilidades:	
Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	30,3% (n = 13)
Doença cardiovascular (DCV)	4,7% (n = 2)
Hábitos tabágicos:	
Fumadores	37,2%
Ex-fumadores	32,6%
Não-fumadores	30,2%

Métodos: Estudo retrospectivo de todos os doentes com diagnóstico de cancro do pulmão operável e de nódulos solitários seguidos em consulta de Pneumologia no período compreendido entre 1 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2014. Foram incluídos todos os doentes com provas funcionais respiratórias (PFR) realizadas até um ano após a cirurgia e excluídos os que não efetuaram PFR posteriormente à cirurgia.

Resultados: Foram incluídos 43 doentes. Os dados relativos a estes doentes foram (tabela). Comparando as variáveis funcionais FVC total, FEV1 total, FEV1/FVC e DLCO antes e depois da cirurgia torácica, verificou-se uma diminuição dos seus valores médios após cirurgia (p = 0,010, p = 0,001, p = 0,011 e p = 0,037 respetivamente). Relativamente ao FVC total e FVC% verificou-se uma diminuição mais acentuada dos seus valores nos doentes submetidos a pneumectomia total (p = 0,004 e p = 0,047). Verificou-se no entanto um aumento dos valores de FVC% nos doentes submetidos a VATS e ressecção em cunha (p = 0,005 e p = 0,034). Relativamente ao FEV1 total verificou-se um aumento dos seus valores médios nos doentes submetidos a ressecção em cunha (p = 0,017), mas uma diminuição mais acentuada nos doentes submetidos a pneumectomia total (p = 0,04). Não se verificou uma associação significativamente estatística entre tipo de tumor, estadio, localização da lesão, DPOC e DCV e variações funcionais pré e pós cirurgia.

Conclusões: A função pulmonar pós-operatória variou de acordo com o tipo de cirurgia. Os valores de FVC total, FVC% e FEV1 total diminuíram de forma mais acentuada nos doentes submetidos a pneumectomia total. No entanto, verificou-se uma melhoria da função pulmonar com aumento dos valores de FVC% e FEV1 total nos doentes submetidos a ressecção em cunha e do FVC% nos doentes submetidos a VATS. O procedimento cirúrgico adoptado pode ajudar-nos a prever alterações da função pulmonar após cirurgia torácica.

Palavras chave: Provas funcionais respiratórias. Cancro do pulmão. Nódulos solitários. Cirurgia torácica.

PO 040. PNEUMONIA INTERSTICIAL COM ASPETOS AUTOIMUNES - DESAFIO DIAGNÓSTICO

D. Coutinho, S. Campinha, C. Nogueira, P. Pinto, F. Costa, A. Sanches, S. Neves

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A avaliação inicial dos doentes com doenças difusas do pulmão (DDP) envolve sempre a procura ativa de uma etiologia. Quando o atingimento pulmonar é uma condição que permite o diagnóstico de uma doença do tecido conjuntivo que preenche todos os critérios clássicos existe pouca discussão diagnóstica. No entanto, existe pouco consenso sobre o significado, a relevância, a especificidade e o papel fisiopatológico da autoimunidade nos doentes que tenham principalmente atingimento pulmonar e apenas algumas alterações clínicas ou analíticas atribuíveis a doença autoimune.

Caso clínico: Doente de 36 anos, sexo feminino, não fumadora, referenciada a consulta de Pneumologia do nosso centro hospitalar em 2009 após realização de biópsia pulmonar cirúrgica no contexto da investigação diagnóstica de um quadro de astenia, anorexia e queixas articulares frustres com início em 2007. Do estudo efetuado até então destacava-se: estudo imunológico negativo; defeito ligeiro da DLCO; LBA com alveolite neutrofílica e eosinofílica ligeira; TC torácica com padrão de vidro despolido e espessamento septal; biópsia pulmonar cirúrgica compatível com pneumonia de hipersensibilidade (não se podendo excluir doença autoimune). Quando observada na nossa consulta encontrava-se sob corticoterapia oral desde 2008 e com queixas de dispneia de esforço e xerostomia, mas sem queixas articulares. O estudo então efetuado revelou agravamento funcional, FR ligeiramente positivo e estabilidade radiológica. Apesar da exclusão de exposição ambiental e de doença de

tecido conjuntivo subjacente e mesmo após a revisão do caso clínico por mais 2 centros diferenciados, optou-se por aceitar o diagnóstico de pneumonia de hipersensibilidade em fase de cronicidade, tendo efetuado terapêutica com corticoterapia e micofenolato de mofetil. Em 2015, inicia quadro de edema e rigidez articular matinal ao nível das mãos e calcanhares, associado a FR e títulos de ANA e pANCA MPO positivos de novo. Observada por Reumatologia que considera quadro compatível com artrite reumatóide. Perante este quadro, foi revisto o diagnóstico inicial e assumida artrite reumatóide com atingimento pulmonar, com deterioração funcional marcada e progressiva. Alterada terapêutica para ciclosporina, e referenciada para transplante pulmonar, encontrando-se atualmente em lista de espera.

Discussão: O presente caso clínico reflete a dificuldade diagnóstica nos casos em que domina o atingimento pulmonar em formas frustres de doença do tecido conjuntivo. Um elevado índice de suspeita é fundamental, na medida em que, frequentemente, o diagnóstico da doença pulmonar é um processo dinâmico, sendo o diagnóstico correto fundamental para uma adequada orientação clínica e terapêutica.

Palavras chave: *Pneumonia intersticial com aspetos autoimunes. Doenças difusas do pulmão.*

PO 041. SIROLIMUS UMA TERAPÊUTICA EFICAZ NO TRATAMENTO DO QUILOTÓRAX EM DOENTES COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Gonçalves, S. Campinha, C. Marques, M.J. Oliveira, C. Nogueira, F. Costa, A. Sanches, S. Neves

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença multisistémica que pode ocorrer esporadicamente ou associada ao complexo esclerose tuberosa. Afecta mulheres em período fértil e é caracterizada por uma proliferação anormal de células do músculo liso, levando à formação de quistos no parênquima pulmonar e com atingimento das estruturas linfáticas (quilotórax, linfangioleiomiomas) e angioliomas renais. Os estudos realizados com o sirolimus (rapamicina), um inibidor mTOR, mostraram efeitos benéficos no angiomiolipoma renal, na estabilização da função renal e no tratamento do quilotórax.

Caso clínico: Apresentamos um caso de uma mulher não fumadora de 64 anos, que trabalhou como empregada de limpeza. Antecedentes médicos de dislipidemia e de pneumotórax há 20 anos atrás. A paciente foi enviada à consulta de doenças do interstício pulmonar em 2010 por clínica com cerca de 5 anos de evolução de dispneia com agravamento progressivo e sibilância ocasional e por apresentar uma tomografia computadorizada com múltiplos quistos dispersos pelo parênquima pulmonar. O diagnóstico provável de LAM foi estabelecido em 2010 de acordo com os critérios diagnósticos da sociedade europeia de pneumologia. A paciente permaneceu clínica e funcionalmente estável até novembro de 2012, altura em que desenvolveu um quilotórax direito, que se tornou recorrente e que não respondia a uma dieta com triglicéridos de cadeia média. Apresentou agravamento clínico, tendo sido internada para colocação de dreno torácico e início de dieta parentérica hipolipídica. Quando se tentou a introdução da dieta oral, verificou-se aumento da drenagem, tendo sido sujeita a toracoscopia médica com realização de pleurodese com talco. Apresentou melhoria clínica e teve alta hospitalar com um quilotórax de pequeno volume e estável e sob dieta triglicéridos de cadeia média. Posteriormente apresentou um quilotórax recidivante com necessidade de várias toracotomias, tendo iniciado sirolimus em maio de 2013. A resposta ao tratamento não foi imediata, tendo demorado cerca de 6 meses até obter uma melhoria clínica e uma diminuição franca do quilotórax. A doente encontra-se sob tratamento há cerca de 26 meses,

sem evidência de efeitos secundários e tem mantido estabilidade clínica e quilotórax estável de pequeno volume. Em termos funcionais verificou-se uma melhoria dos volumes pulmonares. O volume forçado expiratório no 1 segundo (FEV1) antes do início do sirolimus era de 0,96 L (42,4% do previsto) e actualmente é de 1,5 L (67,1% do previsto). A capacidade de difusão do monóxido de carbono registou aumento (antes do sirolimus: 25,6% e após sirolimus: 58,5%). **Discussão:** O caso clínico apresentado confirma que a terapêutica com sirolimus pode ser bastante eficaz no tratamento do quilotórax sintomático em doentes com LAM, o que se encontra de acordo com os estudos realizados, que demonstraram que o sirolimus era especialmente eficaz no tratamento das manifestações linfáticas extrapulmonares da LAM, como no caso do quilotórax. Esta terapêutica provou ser eficaz na melhoria da função pulmonar, no controlo do quilotórax e na melhoria da qualidade de vida desta paciente. O efeito durável do tratamento e o impacto positivo na qualidade de vida da doente são dignos de registo. Actualmente, ainda não se encontra estabelecido se o tratamento deve ser continuado indefinidamente ou se resistência ao sirolimus pode ser desenvolvida.

Palavras chave: *Sirolimus . Linfangioleiomiomatose.*

PO 042. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÓNICA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Pereira, J. Lages, C. Lacerda, A.L. Vieira, J.F. Cruz, R. Rolo, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A pneumonia eosinofílica crónica (PEC) é uma entidade clínica rara, caracterizada por infiltração alveolar e intersticial de eosinófilos, de etiologia desconhecida. É mais frequente entre a 4.^a/5.^a décadas de vida e no sexo feminino. Manifesta-se de forma subaguda, em algumas semanas, traduzindo-se no estabelecimento progressivo de sintomas respiratórios (tosse, expectoração, dispneia e pieira) e sistémicos (febre, sudorese noturna, astenia e emagrecimento), sendo o intervalo médio, entre o seu início e o diagnóstico, de cerca de 4 meses. Imagiologicamente, caracteriza-se pela presença de opacidades alveolares periféricas, de limites mal definidos, com uma densidade que varia do vidro despolido à consolidação com broncograma aéreo, constatando-se que em 1/4 dos doentes existem infiltrados migratórios.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 47 anos, raça caucasiana, não fumadora. Realiza viagens frequentes para Cabo Verde e Angola em atividade profissional (professora). Antecedentes de asma brônquica e rinosinusite crónica. Medicada com broncodilatador e corticoide inalados. Admitida no Serviço de Urgência (SU) do nosso hospital por quadro, com cerca de uma semana de evolução, de febre persistente (máximo de 38 °C), de predomínio vespertino, dispneia agravada e tosse seca. Associadamente referia astenia, perda ponderal (5 kg) e anorexia com cerca de 3-4 meses de evolução. Sem alergias conhecidas. Negava consumo de outra medicação, para além da terapêutica inalada referida. Sem alterações relevantes ao exame objetivo nem nos parâmetros analíticos. A radiografia torácica evidenciou uma “opacidade na região mediana do hemotórax direito”. A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelava uma “opacidade com padrão em vidro despolido e sinal de broncograma aéreo, em situação justapleural no pulmão direito”. Durante a permanência no SU, não foi observada por Pneumologia e teve alta medicada com prednisolona 20 mg/dia, durante 5 dias. Apesar da melhoria clínica durante esse período, houve recorrência da sintomatologia após terminar a terapêutica, pelo que recorreu novamente ao SU, sendo observada por Pneumologia. Sem alterações relevantes ao exame objetivo. Analiticamente: hemoglobina de 10,7 g/dl, leucocitose de 22.700/μl, com neutrofilia e eosinofilia periférica (eosinófilos 8.700), vs 109 mm na 1.^a hora, PCR 147 mg/dl. Gasometria arterial (FiO2 21%) sem insuficiência respiratória. Radiologicamente, com agravamento face ao exame anterior, com

opacidades periféricas, na região mediana do hemitorax direito e esquerdo. Repetiu TC do tórax que revelou “opacidades parenquimatosas, com densidade em vidro despolido e broncograma aéreo, mais exuberantes no lobo superior esquerdo”. Dos exames realizados posteriormente a salientar, lavado broncoalveolar (LBA) com alveolite eosinofílica (n.º total de células - 250/mm, 32% linfócitos (relação CD4/CD8 normal), 29% eosinófilos). O estudo microbiológico (bactérias, vírus, fungos e parasitas) e a pesquisa de células malignas da amostra do LBA foram negativos. Estabelecido assim o diagnóstico de PEC, a doente foi medicada com prednisolona 40 mg/dia, tendo-se verificado, não só uma melhoria sintomática, como analítica e imagiológica.

Discussão: Com base neste caso, tecem-se algumas considerações no que diz respeito ao diagnóstico de PEC, a qual exige um elevado grau de suspeição. Reforça-se a importância da corticoterapia na terapêutica da PEC, bem como a sua eficácia clínica, analítica, funcional e imagiológica.

Palavras chave: *Pneumonia eosinofílica crónica. Corticoterapia.*

PO 043. ALVEOLITE ALÉRGICA EXTRÍNSECA COM EXPRESSÃO IMUNOLÓGICA ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UM CASO

A.C. Alves Moreira, C. Pavão Matos, J. Soares, J. Roldão Vieira
Hospital Garcia de Orta.

Caso clínico: Mulher de 62 anos, natural de Cabo Verde, residente em Portugal há 30 anos, empregada de limpeza em fábrica de produtos químicos (polímeros, fibra de vidro, poliuretanos, resinas) há 15 anos, não fumadora, sem outros contextos epidemiológicos relevantes, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e síndrome depressiva. Em 2000, desenvolvimento insidioso de quadro caracterizado por dispneia de esforço, pieira, tosse e prurido ocular, nasal e orofaríngeo, poucos meses após início da actividade profissional, e regressão do mesmo nos períodos de afastamento. Neste contexto foi inicialmente medicada com salmeterol/propionato de fluticasona, sem alívio sintomática. Progressão do quadro acima descrito, com agravamento de dispneia, toracalgia anterior esquerda, tosse, astenia e perda ponderal quantificada em 8 kg, sem febre. A TC torácica evidenciou padrão de fibrose intersticial bilateral difuso de maior expressão apical e maior densificação fibrótica no LSE, estrias fibróticas retrácteis e espessamento da pleura multifocal por vezes confluyente. Estudo funcional respiratório compatível com padrão restritivo grave e gasimetria arterial com insuficiência respiratória global. Destacava-se discreta elevação da VS (34 mm 1ª h), doseamento da IgE total no limite superior da normalidade (124 U/mL, para valores de referência de 0-120 U/mL), doseamento de enzima conversora da angiotensina (ECA) normal (32 UI/L, para valores de referência 8-52 UI/L), Ala TOP positivo e estudo imunológico (ANA, ANCA, ENA, FR e anti-CCP) negativo. Broncofibroscopia sem alterações endoscópicas e exame bacteriológico directo, micobacteriológico directo, bacteriológico cultural do lavado broncoalveolar (LBA) e secreções brônquicas negativo. A citometria do LBA demonstrou alveolite linfocitária com linfocitose de 43% e elevação da relação CD4/CD8 de 6. Foi realizada biópsia pulmonar por VATS para confirmação diagnóstica, com evidência de pequenos granulomas intersticiais mal formados não necrotizantes, células gigantes multinucleadas com cristais de colesterol, infiltrado linfoplasmocitário intersticial e focos de padrão organizativo com áreas de remodelação em “favo” compatível com o diagnóstico de AAE em fase crónica/fibrótica. A AAE é uma doença granulomatosa de exclusivo envolvimento pulmonar, relativamente rara, representado cerca de 2% dos casos de doença intersticial pulmonar. É imunologicamente mediada e resultante da inalação repetida de antigénios orgânicos de origem animal ou vegetal, ou antigénios químicos de baixo peso molecular. Existe grande variabilidade na susceptibilidade à doença nos indivíduos expostos, sendo que a

maioria destes últimos não chega a desenvolvê-la. A apresentação clínica pode manifestar-se nas formas aguda, subaguda ou crónica, o que se relaciona com diversos factores, entre os quais, a frequência, o tipo e a duração da exposição. A ausência de sintomas e sinais específicos, torna a AAE uma entidade heterogénea, provavelmente subdiagnosticada.

Discussão: Na AAE a expressão imunológica mais típica é o predomínio de células CD8, havendo alguns casos reportados em que esta relação se encontra normal ou aumentada, como verificado no caso descrito. As formas menos típicas constituem um desafio diagnóstico, podendo a anatomia patológica dar um contributo decisivo, como aqui se constatou. No que respeita à terapêutica, a corticoterapia constitui a terapêutica farmacológica de primeira linha e a evicção da exposição causadora da doença assume um carácter obrigatório interferindo com o prognóstico.

Palavras chave: *Alveolite alérgica extrínseca. Expressão imunológica atípica. Anatómo-patológico. Corticoterapia.*

PO 044. NEOPLASIA DA MAMA E SARCOIDOSE PULMONAR - A COABITAÇÃO RARA, MAS POSSÍVEL

C. Guimarães, S. André, J.M. Correia, F. Nogueira

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

Introdução: A terapêutica standard do cancro da mama pode induzir a remissão completa desta patologia a longo prazo, mas a mesma pode recidivar em qualquer localização. O diagnóstico de lesões nodulares pulmonares documentadas durante o follow-up da neoplasia da mama constitui um verdadeiro desafio na prática clínica face à sua elevada percentagem de metastização à distância. O diagnóstico diferencial das lesões nodulares identificadas neste contexto impõe-se pela possibilidade do diagnóstico de outras patologias pulmonares, nomeadamente, de etiologia benigna.

Casos clínicos: Os autores apresentam dois casos clínicos de mulheres com cancro da mama, que, no decurso do follow-up, desenvolvem um padrão radiológico pulmonar compatível com metástases pulmonares, mas cuja investigação diagnóstica revela uma sarcoidose pulmonar. O primeiro caso versa uma mulher, com 49 anos de idade, com o diagnóstico de carcinoma ductal invasivo da mama em 2008, para o qual fez quimioterapia e radioterapia. Durante o follow-up, 2 anos após o diagnóstico, desenvolve um padrão nodular pulmonar com adenopatias mediastínicas. O segundo caso, trata-se de uma mulher com 80 anos de idade, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo da mama em 2006, submetida a cirurgia, seguida de radioterapia, e actualmente sob terapêutica hormonal. Nove anos após o diagnóstico desenvolve adenopatias mediastínicas, hilares e infracarínais, com acentuação do interstício pulmonar. Na mesma altura objectiva-se o aparecimento de uma lesão no lábio inferior cujo resultado da biópsia excisional evidenciou a presença de granulomas sarcóides. A investigação etiológica destas alterações foi compatível com o diagnóstico de sarcoidose pulmonar. Estes casos elucidam a possibilidade de diagnósticos benignos em doentes com neoplasias malignas prévias e a necessidade do diagnóstico histológico aquando da suspeita da primeira recidiva após terapêutica considerada potencialmente curativa de qualquer neoplasia. Apesar de a literatura ser escassa neste tema, não há nenhuma relação estabelecida entre a presença de sarcoidose pulmonar e o cancro da mama, indicando que a sarcoidose pode preceder, acompanhar ou seguir-se ao diagnóstico desta neoplasia. Apesar de a sarcoidose pulmonar em doentes com cancro da mama ser um fenómeno raro, os clínicos podem encontrar muitas condições benignas similares, que devem equacionar aquando do diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares neste contexto.

Palavras chave: *Neoplasia da mama. Sarcoidose pulmonar. Nódulos pulmonares.*

PO 045. HISTIOCILOSE PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS E SARCOIDOSE: DUAS ENTIDADES RARAS NO MESMO PACIENTE?

C. Marques, A. Gonçalves, S. Neves, S. Campinha, C. Nogueira, F. Costa, A. Sanches, G. Rocha

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

Introdução: A histiocitose pulmonar de células de Langerhans (HPCL) é uma patologia rara que afeta predominantemente jovens e pensa-se estar associada ao tabagismo. Alguns doentes apresentam concomitantemente envolvimento ósseo e do sistema nervoso central. A sarcoidose é uma doença granulomatosa de etiologia desconhecida, que afeta também tipicamente jovens. Não se encontra descrito na literatura nenhum caso de associação destas duas patologias no mesmo paciente.

Caso clínico: Mulher, 31 anos, fumadora (15 UMA) com antecedentes pessoais de trombocitopenia hereditária e diabetes insípida com presença de achados compatíveis com processo inflamatório/infiltrativo da hipófise. Seguida em consulta de endocrinologia. Referenciada para a consulta de pneumologia por dispneia para médios-grandes esforços, sem outras queixas. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que demonstrou presença de múltiplos gânglios mediastino-hilares bilaterais pericentimétricos, escassas imagens nodulares com cavitação central e múltiplas lesões quísticas parenquimatosas, de dimensões variáveis e morfologia bizarra, algumas com parede ligeiramente espessada e outras com parede fina, com predomínio nos lobos superiores e segmentos superiores do lobos inferiores. Realizou lavado bronco-alveolar com presença de contagem celular total normal, contagem diferencial com eosinofilia, apresentando 0,02% de células CD1a+. Exame micobacteriológico do lavado bronco-alveolar negativo. Tendo em conta a história de tabagismo e os achados radiológicos, foi assumido diagnóstico de HPCL, com envolvimento pulmonar e possível envolvimento hipofisário. Doente cessou tabagismo. Como tratamento da diabetes insípida iniciou desmopressina e prednisolona, que manteve durante 4 meses. Em TC torácica de reavaliação doente mantinha gânglios mediastino-hilares estáveis com desaparecimento de algumas lesões nodulares e evolução de algumas lesões nodulares cavitadas em formações quísticas de paredes simples e finas. A nível funcional apresentava pletismografia com defeito ligeiro da DLCO, sem outras alterações; Prova da marcha sem dessaturação significativa. Por posterior aumento dimensional dos gânglios hilares realizou EBUS-TBNA com punção aspirativa ecoguiada de gânglios mediastínicos e hilares que evidenciaram granulomas epitelióides não necrotizantes. Imunocitoquímica anti-CD1a negativa. Exame direto e cultural de micobactérias negativo. Realizou, noutra instituição de saúde, biópsia pulmonar cirúrgica e excisão de gânglio mediastínico. No resultado histológico da biópsia pulmonar confirma-se a presença de granulomas epitelióides não necrotizantes, confluentes, localizados ao longo dos eixos broncovasculares. Imunohistoquímica anti-CD1a e anti-S100 negativa. A nível ganglionar apresentava também granulomas epitelióides confluentes, não necrotizantes. Analiticamente de realçar enzima conversora da angiotensina aumentada, sem outras alterações, nomeadamente a nível do metabolismo fosfocálcio. Após discussão multidisciplinar foi assumido diagnóstico de sarcoidose pulmonar e ganglionar, em doente com provável quadro prévio de HPCL.

Discussão: O interesse da apresentação deste caso clínico advém do diagnóstico, num curto período de tempo, de duas entidades raras na mesma doente. No caso apresentado o diagnóstico de HPCL foi baseado na história clínica e achados radiológicos. No seguimento da doente foi realizada biópsia pulmonar e ganglionar que demonstrou presença de granulomas e, após exclusão de outras causas, foi assumido o diagnóstico de sarcoidose. O envolvimento do sistema nervoso central que a doente apresenta pode existir tanto na sarcoidose como na HPCL, constituindo um desafio diagnóstico.

Palavras chave: Histiocitose pulmonar de células de Langerhans. Sarcoidose. Diabetes insípida.

PO 046. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE OU SARCOIDOSE? UM DIAGNÓSTICO POR VEZES DIFÍCIL

J. Cravo, S. Freitas, A. Catarino

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

Introdução: Por vezes deparamos-nos com doentes que representam um dilema etiológico. A pneumonite de hipersensibilidade e a sarcoidose são duas entidades clínicas nosológicas que podem ter manifestações clínicas, laboratoriais e imagiológicas semelhantes e que podem, assim, condicionar dificuldade na identificação etiológica, tornando a realização de um diagnóstico diferencial rigoroso um requisito fundamental. Não raras vezes, reside na histopatologia a resolução deste dilema dada a ambiguidade dos resultados precedentes.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do género masculino, 50 anos de idade, enviado à consulta de Pneumologia após várias recorrências ao serviço de urgência por episódios prováveis de infecções respiratórias de repetição. À data da observação, o doente não referia qualquer queixa do foro respiratório. Como antecedentes patológicos relevantes, referia hipertensão arterial medicada. Era não fumador, motorista profissional e tinha história de contacto doméstico com papagaio e galinhas. Ao exame objectivo, encontrava-se eufneico, sem alterações na auscultação cardíaca e pulmonar, com saturação O₂ de 96% em ar ambiente. Trazia consigo exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados em ambulatório: radiografia do tórax com infiltrado difuso intersticial; provas funcionais ventilatórias (PFV) normais e TC do tórax com alterações bilaterais parenquimatosas, imagens micronodulares e reticulares, e adenopatias calcificadas no mediastino. Colocaram-se como principais hipóteses diagnósticas a sarcoidose e a pneumonite de hipersensibilidade, sendo solicitados vários ECDs ao longo das consultas seguintes, salientando-se: PFV com difusão pelo monóxido de carbono normais; doseamento de IgG elevado para papagaio, *Aspergillus* e *Candida albicans*; SACE elevada; gasometria arterial normal; broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas, apresentando índice CD4/CD8 de 1,81 no lavado broncoalveolar, e não sendo excluído o diagnóstico de granulomatose nas biopsias brônquicas; estudo imunológico negativo; e TC torácica que mantinha alterações bilaterais parenquimatosas com imagens reticulares e micronodulares ao longo dos rolos broncovasculares e septos interlobulares, bem como adenopatias mediastínicas, algumas com calcificações em casca de ovo. Pela dificuldade em esclarecer a etiologia destas alterações, por apresentar alguns dados compatíveis com sarcoidose e outros com pneumonite de hipersensibilidade, o doente foi apresentado em consulta de decisão clínica, tendo sido aceite para realização de biópsia cirúrgica, cujo resultado revelou ser compatível com sarcoidose; posteriormente, realizou cintigrafia com Gálio 67 que não demonstrou alterações compatíveis com sarcoidose activa, mantendo o doente ausência de sintomas clínicos relevantes com PFV normais no seguimento efectuado em consulta de Pneumologia.

Discussão: Reafirma-se com este caso a importância de uma abordagem completa para a concretização de um diagnóstico correcto, resultando numa decisão terapêutica adequada para cada uma destas doenças, mas também permitindo evitar tratamentos que, para além de não serem eficazes, poderão trazer consequências nefastas e irreversíveis.

Palavras chave: Sarcoidose. Pneumonite hipersensibilidade.

PO 047. PATOLOGIA INTERSTICIAL INDUZIDA POR FÁRMACOS - DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

M. Afonso, T.M. Alfaro, S. Freitas

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

Introdução: A patologia intersticial induzida por fármacos está descrita em associação a inúmeros agentes farmacológicos, constituindo uma causa crescente de morbidade. A apresentação clínica, imagiológica e histológica é variável, independentemente da classe ou do agente farmacológico, constituindo fundamentalmente um diagnóstico de exclusão. Contudo, apesar da significativa variabilidade em termos fisiopatológicos, clínicos e prognósticos, a abordagem diagnóstica e terapêutica é semelhante em todos os grupos. Os casos apresentados servem como exemplo da diversidade de classes farmacológicas associadas a lesão intersticial pulmonar, assim com da diversidade de apresentação e padrões imagiológicos descritos neste grupo de patologias.

Casos clínicos: 1. Homem, 63 anos idade, ex-fumador, com antecedentes de fibrilhação auricular sob terapêutica com amiodarona, referenciado por infiltrados bilaterais de predomínio médio-superior *de novo*. Sem outros fatores epidemiológicos relevantes. A tomografia computadorizada (TC) revelou zonas em vidro despolido e densificação parenquimatosa dispersas, espessamento de septos interlobulares, com padrão “crazy-paving” de predomínio nos lobos superiores. Funcionalmente apresentava síndrome obstrutiva moderadamente grave e diminuição moderada da capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO). Sem alterações endobrônquicas, lavagem broncoalveolar (LBA) com 37% linfócitos, relação CD4/CD8 0,1. Biópsia transbrônquica (BTB) sugestiva de pneumonite de hipersensibilidade. Suspendeu amiodarona e iniciou corticoterapia com melhoria clínica, funcional e imagiológica subsequente. 2. Homem, 49 anos, não fumador, com antecedentes de tumor testicular sujeito a orquidectomia e 3 ciclos de quimioterapia com bleomicina, etoposídeo e cisplatina, com contexto epidemiológico irrelevante. Referenciado ao Serviço de Urgência por dispneia de esforço e tosse seca. Radiologicamente com infiltrados parenquimatosos bilaterais *de novo*. A TC torácica comprovou extensas áreas de densificação parenquimatosa em vidro despolido, bilaterais, difusas, de predomínio subpleural e reticulação interlobular subpleural. Associava insuficiência respiratória grave refratária o que constituía um quadro de ARDS pelo que foi ventilado invasivamente. O estudo funcional ventilatório após alta mostrou síndrome restritiva ligeiro-moderada com diminuição moderada da DLCO. Efetuou tratamento com corticoterapia com subsequente melhoria clínica, funcional e radiológica. 3. Mulher, 74 anos, referenciada por tosse seca persistente e dispneia de esforço. Antecedentes relevantes de ressecção transuretral por cistite erosiva, algaliada crónica sob antibioterapia profilática prolongada com nitrofurantoína e hepatite iatrogénica associada à nitrofurantoína. Sem outros fatores epidemiológicos de relevo. A TC torácica revelou densificação subpleural com reticulação, *tree-in-bud* e bronquiectasias, predominantes nos lobos inferiores, compatível com padrão pneumonia intersticial usual (UIP). Inicialmente sem alteração no estudo funcional respiratório. Realizou LBA que revelou 11% linfócitos e relação CD4/CD8 0,16. BTB com inflamação brônquica inespecífica. Após suspensão de nitrofurantoína e terapêutica corticosteroide registou-se estabilização funcional e imagiológica.

Discussão: Os autores apresentam este trabalho sobre toxicidade pulmonar intersticial induzida por fármacos pela crescente relevância e incidência deste grupo de patologias que pela sua heterogeneidade e associação frequente a outras comorbilidades é ainda frequentemente ignorado e subdiagnosticado.

Palavras chave: Patologia intersticial induzida por fármacos. Toxicidade pulmonar. Amiodarona. Bleomicina. Nitrofurantoína.

PO 048. DOENÇAS REUMATOLÓGICAS E SARCOIDOSE PULMONAR - UM DESAFIO CLÍNICO

J. Dias Cardoso, L. Ferreira, C. Bárbara

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa heterogénea e multissistémica, com características comuns a doen-

ças reumatológicas, havendo numerosos relatos de sarcoidose coexistindo ou mimetizando essas doenças. O uso crescente de diversos fármacos no tratamento das artropatias inflamatórias, em particular com antagonistas do factor necrose tumoral alfa, parece associar-se ao aumento dos casos sarcoidose-like descritos na literatura. Descrevemos dois casos clínicos de sarcoidose pulmonar.

Casos clínicos: Caso 1: mulher de 44 anos, leucodermica, com artrite reumatoide desde os 33 anos, medicada com hidroxiclo-roquina até há 3 anos, com quadro de dispneia e cansaço fácil desde há 6 meses. Exame objectivo sem alterações significativas. Analiticamente enzima conversora de angiotensina (ECA) 101 U/L. Ao estudo tomográfico “padrão reticulo micronodular com atingimento bilateral e preferencial aos andares médio-superiores e múltiplas formações ganglionares reactivas”. O lavado bronco alveolar (LBA) revelou 92% macrófagos, 7% linfócitos e índice CD4/CD8 - 8,1, e estudo microbiológico negativo. Biopsias pulmonares revelaram granulomas epitelioides não necrotizantes e sem bacilos álcool-acido resistentes. Caso 2: homem de 44 anos, leucodermico, com espondilite anquilosante desde os 14 anos e psoríase desde os 37, habitualmente medicado com etanercept há 10 anos, tendo realizado infliximab suspenso por trombocitopenia, com queixas de tosse de agravamento progressivo. No exame objectivo lesões de psoríase na frente e auscultação pulmonar sem alterações. Analiticamente proteína C reactiva 2,42 mg/dL, ECA 75 U/L, IGRA positivo, exames microbiológicos negativos. TC torácica mostrava “três focos de consolidação com broncograma aéreo no lobo superior direito, centrados sobretudo no segmento anterior mas comprometendo os três segmentos, coexistindo densificação em “vidro despolido” heterogéneo do parênquima envolvente e espessamento circunferencial da parede da árvore brônquica segmentar, sem inequívocas lesões centrais que condicionem consolidação pós-obstrutiva, aspectos que se enquadram com um foco pneumónico”. Lavado bronco-alveolar (LBA) com exame microbacteriológico negativo. Biópsia pulmonar transbrônquica com parênquima pulmonar com granuloma não necrotizante com células multinucleadas.

Discussão: A associação entre a sarcoidose e as doenças reumatológicas levanta diversas questões que permanecem por responder, sendo que esta associação pode resultar de alterações comuns em determinadas vias do sistema imunitário. Diversos são os casos descritos na literatura sobre sarcoidose pulmonar com o tratamento com etanercept, parecendo existir uma relação directa com o tratamento biológico. São necessários mais estudos para esclarecer as preocupações relacionadas com a segurança do tratamento das doenças reumatológicas, em particular a indução/associação com sarcoidose, mas também para compreender a fiabilidade dos diferentes marcadores séricos e radiológicos.

Palavras chave: Sarcoidose pulmonar. Artrite reumatoide. Espondilite anquilosante. Etanercept.

PO 049. EVEROLIMUS: PROMISSOR NO TRATAMENTO DA LAM NA ESCLEROSE TUBEROSA?

J. Batista Correia, C. António, T. Sousa, A. Simões Torres

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

Introdução: A esclerose tuberosa é uma doença genética autossómica dominante que se caracteriza pela mutação dos genes TSC1 ou TSC2, o que leva a uma ativação do mTOR e proliferação celular. Ocorre desenvolvimento de hamartomas no cérebro, coração, pele, fígado, pulmão e rim. A linfangio-leiomiomatose acontece em 40% dos doentes com envolvimento pulmonar de esclerose tuberosa, afetando predominantemente o sexo feminino, e caracteriza-se por infiltração por células de músculo liso e formação de quistos no parênquima pulmonar.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, doméstica, com antecedentes pessoais de esclerose tuberosa com angiomiolipoma renal gigante em rim único à direita não passível de ser embolizado, nefrectomia total esquerda em 2011, DRC estadio IIIb em seguimento em consulta de Nefrologia, hamartomas subependimários cerebrais em seguimento em consulta de Neurologia. Não fumadora, sem história de exposição a agentes orgânicos ou inorgânicos, sem antecedentes de patologia respiratória. Medicação habitual: ácido valpróico 500 mg 1+1/2, clonazepam 0,5 mg id, pantoprazol 40 mg id, loflazepato de etilo em SOS, calcitriol 0,25 µg id, ácido fólico 5 mg id, everolimus 10 mg 5 dias/semana (introduzido em consulta de Nefrologia). Referenciada a Consulta de Pneumologia. Patologia do interstício: Sem tosse, dispneia ou outros sintomas respiratórios. Exame objetivo: bom estado geral, SaO₂ 97%, auscultação pulmonar sem alterações, sem alterações cutâneas. Exames complementares: TC-toraco-abdomino-pélvico com inúmeras imagens quísticas compatíveis com linfangioleiomiomatose pulmonar, quistos de maiores dimensões com 4 e 2,8 cm, atelectasia subsegmentar no LID, sem adenopatias mediastínicas, hilares ou axilares e sem derrame pleural. Rim direito praticamente todo ocupado por volumoso angiomiolipoma, sem outras alterações; Provas função respiratória (PFR) (mã colaboração da doente) com CVF 89, VEMS 84, IT 81, DLCO 59, sem outras alterações. Optou-se por manter tratamento com everolimus e realizar vigilância clínica, funcional e imagiológica. No controlo após 6 meses de terapêutica, manteve-se sem sintomas respiratórios, com PFR sobreponíveis. Aguarda TC-tórax de reavaliação.

Discussão: O everolimus está aprovado como opção terapêutica nos doentes com esclerose tuberosa que apresentam astrocitomas subependimários de células gigantes ou angiomiolipomas renais. No entanto, este caso evidencia estabilidade clínica e funcional da LAM, o que sugere que o este fármaco poderá ser considerado no tratamento de manifestações pulmonares de esclerose tuberosa, como tem vindo a ser demonstrado em vários ensaios clínicos com o sirolimus.

Palavras chave: Everolimus. LAM. Esclerose tuberosa.

PO 050. HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS: VARIABILIDADE DO ENVOLVIMENTO PULMONAR

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

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A histiocitose de células de Langerhans (HCL), também designada de histiocitose X, é uma doença rara caracterizada por um aumento anormal de histiócitos, constituintes do sistema imune. Os sinais e sintomas da HCL dependem da localização e da extensão da doença. A doença tem maior prevalência no sexo masculino.

Casos clínicos: O autor apresenta dois casos clínicos com envolvimento pulmonar distinto. Primeiro caso: Jovem de 18 anos, fumador, trabalhador em aviário, com queixas de tosse seca há cerca de 2 anos e episódio súbito de toracalgia. A tomografia computadorizada (TC) do tórax mostrou exuberantes quistos pulmonares distribuídos bilateralmente com predomínio pelos segmentos superiores, com dimensões e morfologias irregulares, os maiores atingindo 3-4 cm. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar cujo exame imunohistoquímico foi negativo para células CD1a mas a biópsia pulmonar permitiu estabelecer o diagnóstico. Segundo caso: Jovem de 19 anos, não fumador, com queixas de dispneia de início súbito e toracalgia esquerda de características pleuríticas. O Rx Tórax evidenciou pneumotórax espontâneo à esquerda que não resolveu com drenagem torácica. Foi submetido a pleurodese cirúrgica tendo realizado ressecção de bolhas cujo exame anatomopatológico foi compatível com HCL. A TC de tórax identificou pequenas lesões

quísticas no ápex pulmonar direito, em pequeno número, sem outras alterações do parênquima pulmonar.

Discussão: Em adultos com HCL, o sistema pulmonar é o mais frequentemente envolvido e as lesões pulmonares podem constituir a única manifestação da doença. O espectro clínico é amplo com apresentações distintas. O estudo imagiológico pode revelar desde lesões quísticas difusas e bizarras, nódulos pulmonares, derrame pleural e pneumotórax até a alterações mínimas do parênquima pulmonar.

Palavras chave: Histiocitose. Langerhans. Quisto. Pulmão.

PO 051. NÓDULOS PULMONARES COMO MANIFESTAÇÃO DE ARTRITE REUMATÓIDE

L. Pimenta Bento¹, T. Sequeira¹, R. Melo¹, S. Oliveira², F. Rodrigues¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina IV, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistémica associada à produção de autoanticorpos que promovem a destruição articular. Apesar deste ser o tipo de apresentação mais comum podem surgir diversas manifestações extra-articulares, nomeadamente patologia pulmonar que contribui para a morbimortalidade destes doentes. As doenças do interstício pulmonar, com padrões imagiológicos compatíveis com pneumonia intersticial usual e pneumonia intersticial não-específica, são as mais comumente associadas à AR. A maioria dos doentes apresenta um padrão restritivo nas provas de função respiratória (PFR), com ou sem hipoxemia.

Caso clínico: Homem de 61 anos de idade, raça caucasiana, fumador (80 UMA) apresentava, desde 2004, queixas osteoarticulares no joelho direito, por vezes associados a edema e que motivaram cirurgia ortopédica em 2006. Em Novembro de 2012 iniciou tosse seca, astenia e anorexia, com perda de peso não quantificada. Realizou TC-tórax que revelou múltiplos nódulos pulmonares bilaterais com predomínio nos lobos superiores e segmento apical dos inferiores com 3-5 mm de diâmetro e distribuição centrilobular, sugestivo de processo inflamatório/infeccioso. Apresentava ainda adenopatias mediastínicas, hilares a axilares. Foi colocada a hipótese de tuberculose pulmonar, tendo feito uma prova terapêutica com tuberculostáticos, durante 15 dias, sem resposta. Foi internado em abril de 2013 no Serviço de Pneumologia para investigação etiológica. Na anamnese apurou-se que já há alguns meses que o doente apresentava queixas algícas com atingimento não só dos joelhos mas também dos cotovelos e das metacarpofalângicas das mãos que agravavam com os movimentos e se associavam a episódios de rigidez articular esporádica. No exame objectivo salientava-se edema doloroso do joelho direito e deformação das mãos com atrofia dos espaços interósseos. Analiticamente destacava-se: hemoglobina 11,9 g/dL; factor reumatóide 419 UI/mL (normal < 20 UI/mL) e anticorpo anti-citrulina 203 UI/mL (Normal < 7 UI/mL); serologias virais (HIV, Hepatite B e C) negativas. Gasometria arterial em ar ambiente revelou pO₂ 82,6 mmHg. Realizou broncofibroscopia com biópsias pulmonares transbrônquicas, compatíveis com doença intersticial a esclarecer. As PFR com DLCO foram normais (CPT 117%; Índice Tiffeneau 93,3; FEV₁ 95%; DLCO 115%). Posteriormente, realizou toracoscopia com biópsia pulmonar que revelou pleura com fibrose hialina e infiltrado inflamatório e parênquima pulmonar com espessamento fibroso dos septos interalveolares. Foi enviado para a consulta de doenças autoimunes onde se admitiu o diagnóstico de AR com deformação e erosão óssea grave e envolvimento pulmonar. Encontra-se medicado com leflunomida 20 mg/dia desde setembro de 2013 e iniciou tocilizumab em julho de 2014, tendo em julho de 2015 efectuado a 13ª administração. Actualmente, verifica-se melhoria das queixas osteoar-

ticulares e das alterações imagiológicas descritas, mantendo-se inalterada a função respiratória.

Discussão: Apesar do atingimento pulmonar ser frequente em doentes com AR, os nódulos pulmonares múltiplos descritos são uma apresentação clínica rara. Acresce-se ainda que, não obstante as alterações imagiológicas exuberantes, os resultados das PFR do doente mantiveram-se sempre normais. Este caso singular alerta para a multiplicidade de padrões imagiológicos que podem cursar com a AR, reforçando a importância de um elevado grau de suspeição em doente com queixas de doença inflamatória osteoarticular e nódulos pulmonares múltiplos.

Palavras chave: Nódulos pulmonares. Patologia do interstício. Artrite reumatóide.

PO 052. POLIANGIITE MICROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: As vasculites são um grupo de doenças que cursam com necrose e inflamação da parede dos vasos sanguíneos que eventualmente culmina com a destruição dos mesmos. Manifestam-se tanto num contexto de doença de localização pulmonar estrita ou englobada numa doença sistémica.

Caso clínico: Homem, 59 anos, motosserrista, ex-fumador (8 UMA), com antecedentes pessoais de etilismo crónico (em abstinência) e antecedentes patológicos de hérnia discal (com ingestão de AINEs) e anemia (em estudo). Medicado com ferro 256 mg, pantoprazol 20 mg e alopurinol 100 mg. Observado no Serviço de Urgência por náuseas, vômitos e edemas periféricos ligeiros com 15 dias e desde o dia anterior com epigastralgias e hemoptises de pequeno volume. Ao exame objectivo com hálito urémico, palidez mucocutânea e edemas ligeiros até aos tornozelos. Apirético, eupneico em ar ambiente (SpO₂ 96%) e normotenso. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Analiticamente com anemia (Hb 6,4 g/dl) normocítica normocrómica, Cr 17,3 mg/dl, Ureia 294 mg/dl, K⁺ 7,1 mEq/L, PCR 1 e acidose metabólica com insuficiência respiratória parcial (pH 7,3; pCO₂ 43 mmHg HCO₃⁻ 11 mmol/L pO₂ 56 mmHg). Sumária de urina II com proteinúria, eritrocitúria e glicosúria. Radiografia torácica com padrão alveolar bilateral, extenso, com predomínio nos 2/3 inferiores. Realizada hemodiálise de urgência e internado para estudo complementar, iniciando empiricamente metilprednisolona, ciclofosfamida e plasmafereze sem melhoria da função renal (manteve dependência de tratamento dialítico) mas com resolução das queixas respiratórias. TC-torácica mostrou densificações do interstício, com espessamento dos septos intralobulares, poupando periferia do parênquima bem como adenomegalias mediastínicas, a maior com 24 × 30 mm e derrame pleural bilateral de pequeno volume. Provas funcionais respiratórias (PFR) com DLCO 77. Ecografia renal com atenuação da normal diferenciação parênquimo-sinusal à esquerda. Biópsia renal revelou glomerulonefrite crescêntica necrotizante pauciimune. Analiticamente com positividade para ANCA anti-MPO e anti-MBG negativo. Alta medicado para o domicílio com ciclofosfamida 50 mg id, prednisolona 60 mg id em desmame. Observado em Consulta Externa ao 3º mês após alta: sem queixas respiratórias e TC-tórax de controlo sem alterações do parênquima pulmonar, mantendo adenomegalias. PFR com DLCO 71. Realizado *switch* para azatioprina 100 mg.

Discussão: As vasculites necrotizantes sistémicas correspondem à grande maioria dos casos de hemorragia alveolar difusa de causa auto-imune. O estudo serológico e a biópsia renal são essenciais para a diagnóstico diferencial das mesmas.

Palavras chave: Alveolar. Auto-imunidade. Hemoptises. Pulmão-rim.

PO 053. GRANULOMATOSE COM POLIANGIITE: DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

F. Godinho Oliveira, C. Albino, C. Gonçalves, T. Marques, S. Paulo, C. Mimoso, C. Machado e Costa

Serviço de Medicina 1, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria.

Introdução: A granulomatose com poliangeite (GPA) é uma doença rara com uma prevalência de 3/100.000 pessoas, maior incidência dos 35 aos 55 anos, mais frequente em homens 1,5:1. Trata-se de uma vasculite com inflamação granulomatosa necrotizante sistémica, atingindo preferencialmente as vias respiratórias, pulmões e rins, afectando vasos de pequeno e médio calibre. Está associada à presença de PR3 em cerca de 90% dos doentes e de MPO em cerca de 10%.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher com 53 anos, diabética tipo 1 com complicações macro e microvasculares (doença renal terminal em hemodiálise, retinopatia diabética, doença arterial periférica). Apresentava múltiplos internamentos nos meses prévios por infeções respiratórias baixas. Foi tratada com antibioterapia tendo alta melhorada mas sempre com PCR aumentada. Reinternada por insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação não invasiva e perfuração do septo nasal (epistáxis), tendo-se colocado a hipótese diagnóstica de pneumonia nosocomial. Instituiu-se antibioterapia (meropenem e linezolid) verificando-se um agravamento clínico (hipotensão, dispneia, hipoxémia e epistáxis), laboratorial (PCR e VS elevadas) e imagiológico (tomografia computadorizada torácica -TCT- com infiltrados macro-nodulares confluentes, esboçando sinal de halo, imagem nodular no lobo inferior direito). Foi transferida para uma unidade de cuidados intensivos. Colocadas as hipóteses diagnósticas de pneumonia versus GPA foi mantida antibioterapia e adicionada terapêutica antifúngica, corticoterapia e ventilação invasiva, verificando-se uma melhoria clínica, laboratorial e imagiológica. Suspendeu-se a corticoterapia após resultado PR3 e MPO negativos (assim como todo o estudo laboratorial de autoimunidade). De referir, hemoculturas, galactomannan e precipitinas negativas e IGRA indeterminado. Foi submetida a broncofibroscopia cujo lavado broncoalveolar (LBA) revelou hemossideróforos; biópsia transcarinal e pulmonar transbrônquica sem alterações. Perante novo agravamento clínico, considerou-se a hipótese de tuberculose pulmonar. Sob tuberculostáticos ocorreu agravamento progressivo do estado geral da doente, reaparecimento de epistáxis e anemia. Realizou biópsia do corneto médio que revelou inflamação crónica activa ligeira, ulceração focal e extensa necrose arterial, com infiltrado inflamatório rico em neutrófilos. Considerando a presença de hemossideróforos no LBA, infiltrados pulmonares e nódulos na TCT com agravamento após a suspensão de corticoterapia, perfuração septal e biópsia do corneto médio compatível, admitiu-se tratar-se de GPA sendo iniciada prednisolona 1 mg/Kg/dia. Apresentou rápida e franca melhoria clínica, descida dos parâmetros inflamatórios (PI) (PCR 25-1,51 mg/dL e procalcitonina 57,2-1,08 ng/mL) e imagiológica. Dado tratar-se de uma doente diabética em hemodiálise, considerou-se elevado risco em efectuar terapêutica de manutenção com ciclofosfamida e corticoterapia tendo-se optado por rituximab 375 mg/m²/semana (4 semanas) e prednisolona (3 meses). Após 2 meses mantêm-se assintomática e com PI de fase aguda baixos. Os autores apresentam este caso pela sua pertinência visto que cumpre dois critérios de classificação para GPA (Inflamação nasal, radiografia de tórax com alterações, inflamação granulomatosa na biópsia e alteração do sedimento urinário). Salienta-se a complexidade da marcha diagnóstica e terapêutica, pois trata-se de uma doente com cANCA/PR3 negativos, nefropatia diabética em hemodiálise, que impossibilita a manifestação nefrológica da doença, tornando o diagnóstico desafiante, tendo este sido alcançado pelas repercussões pneumológicas e otorrinológicas da doença e pela resposta à terapêutica imunossupressora.

Palavras chave: *Granulomatose com poliangeite. Epistáxis. Infiltrados pulmonares. PR3. Infecção respiratória. Rituximab. Diabetes. Hemodiálise.*

PO 054. COMPLICAÇÃO DA QUIMIOTERAPIA COM PERMETREXEDO E CARBOPLATINA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Dias Cardoso, A. Teixeira, A. Mineiro, C. Bárbara

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. Quimioterapia do Enterocolite, Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A enterocolite neutropénica é um síndrome com elevada taxa de mortalidade, sendo caracterizado por dor abdominal e febre em doentes neutropénicos, com uma incidência estimada de 5.3% em todos os doentes hospitalizados sob tratamento de neoplasias hematológicas e tumores sólidos. O diagnóstico é estabelecido por tomografia computadorizada (TC) ou ecografia que evidenciam espessamento e dilatação de diferentes segmentos intestinais. O tratamento consiste em dieta zero, hidratação endovenosa e antibioterapia de largo espectro, devendo a citopénia ser corrigida.

Caso clínico: Relatamos o caso de um homem de 62 anos, leucodermico, soldador reformado, ex-fumador de 40 unidade maço/ano, com antecedentes de cardiopatia isquémica e hipertensão arterial essencial, internado no nosso Serviço. Seis meses antes foralhe diagnosticado mesotelioma maligno epitelial sendo submetido a pleuropneumectomia esquerda e subsequente quimioterapia adjuvante (3 ciclos) com perimetrexedo (500 mg/m², 955 mg) e carboplatina (736 mg). O último ciclo de quimioterapia fora efectuado uma semana antes do internamento. Apresentava quadro de diarreia com fezes esverdeadas (sem sangue, muco ou pus) com cerca de 3 dias de evolução, associada a febre (temperatura timpânica (TT) de 38,3 °C). No exame objectivo à entrada encontrava-se subfebril (TT 37,7 °C) destacando-se lesões ulceradas na mucosa oral e dor difusa à palpação abdominal com ruídos hidroaéreos aumentados. Analiticamente, salientava-se leucopénia (750 céls/uL) com neutropénia (120 céls/uL) e PCR de 15 mg/dL. Realizou exame cultural das fezes e pesquisa de toxinas A e B de *Clostridium difficile* que foram negativas assim como as hemoculturas em aerobiose e anaerobiose. A TC abdominal mostrou “espessamento difuso e uniforme das paredes de longo segmento do jejuno e do ílion proximal hipercaptante da mucosa e edema parietal envolvente (alterações em relação com enterite aguda) e alterações similares, embora mais discretas, no ílion terminal e de modo espaçado no quadro cólico”. Foi admitido o diagnóstico de enterocolite em doente neutropénico e instituída terapêutica com piperacilina tazobactam e metronidazol, dieta zero, hidratação EV e filgastrim. Ao quinto dia de internamento verificou-se agravamento clínico, com início de hematemeses, realizando endoscopia digestiva alta que evidenciou volumosos coágulos na hipofaringe e numerosas úlceras no duodeno sendo realizadas biopsias, cuja descrição anatomopatológica evidenciava fundo e bordo de úlcera. Foi então realizado tamponamento nasal bilateral com controlo da hemorragia e obtenção de estabilidade hemodinâmica. Ao sétimo dia de internamento o doente apresentou episódio de vómito com consequente aspiração de conteúdo alimentar, seguida de paragem cardiorespiratória vindo a falecer.

Discussão: O aumento do uso de agentes antifolato e outras quimioterapias, apesar de aumentar a taxa de sobrevivência, está associado a maior taxa de reacções adversas graves e potencialmente fatais. Em doentes que estejam a realizar perimetrexedo e apresentem quadro de dor abdominal, diarreia e espessamento da parede intestinal em TC deve considerar-se a hipótese de enterocolite neutropénica, sendo o objectivo da apresentação deste caso chamar a atenção para esta entidade.

Palavras chave: *Neutropénia. Quimioterapia. Perimetrexedo. Enterocolite.*

PO 055. LEIOMIOMATOSE PULMONAR - UMA CAUSA RARA DE NÓDULOS PULMONARES

J. Parreira, L. Rodrigues, J.M. Silva, R. Gomes, C. Santos, M. Reis, F. Fernandes, F. Carriço

Hospital Sousa Martins.

Introdução: A leiomiomatose é uma doença rara, afeta predominantemente mulheres e o pulmão é o órgão extrauterino mais frequentemente afetado. A sua descoberta é, na maioria das vezes, acidental, através da realização de um raio-X de tórax demonstrando múltiplos nódulos pulmonares bilaterais. O diagnóstico definitivo é feito com uma biópsia pulmonar. Neste caso clínico, uma mulher foi estudada após ter sido encaminhada para a consulta de pneumologia por alterações no raio-X de tórax pré-operatório.

Caso clínico: MLAPF, sexo feminino, caucasiana, 57 anos, ex-opeária de fábrica de lanifícios, residente no distrito da Guarda, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e litíase vesicular, proposta para colecistectomia laparoscópica. No pré-operatório, fez raio-X de tórax que revelou nódulos pulmonares bilaterais mais evidentes na base pulmonar direita, pelo que foi enviada à consulta de Pneumologia para esclarecimento. Clinicamente, apresentava-se assintomática. Ao exame objectivo, apresentava-se eupneica em AA e sem alterações à auscultação pulmonar. Para melhor caracterização das alterações radiológicas, pediu-se tomografia computadorizada do tórax com contraste que revelou uma imagem nodular captante de contraste com 27 mm de maior diâmetro justa hilar direita, condicionando espessamento da parede posterior do brônquio lobar inferior direito. Também eram visíveis, em ambos campos pulmonares, várias formações nodulares, algumas atingindo cerca de 1,5 cm compatíveis com metastização pulmonar bilateral, sem adenopatias mediastínicas. Na broncofibroscopia, não apresentava sinais de neoplasia, tendo-se procedido a aspirado brônquico nessa localização, que se revelou, posteriormente, negativo para a presença de células malignas. Na ausência de caracterização histológica, procedeu-se a biópsia pulmonar cirúrgica, cujo resultado histológico, revelou uma neoplasia constituída por células com núcleos arredondados e citoplasma abundante, dispostas em ninhos separados por faixas de fibrose com vascularização abundante, sem presença de hemorragia ou necrose. O estudo imunocitoquímico revelou-se positivo para vimentina, desmina e actina específica do músculo liso, sendo negativo para queratina, entre outros marcadores neuroendócrinos ou linfocitários, pelo que se permitiu chegar ao diagnóstico de neoplasia com diferenciação muscular lisa (leiomioma). Perante o facto de se tratar de uma mulher de meia-idade com múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, concluiu-se estar perante um caso de leiomiomatose pulmonar.

Discussão: Tal como na maioria dos casos descritos na literatura, este caso foi descoberto acidentalmente. Na maioria dos casos descritos, havia história de leiomiomas uterinos e de histerectomia, o que faz que este diagnóstico fosse ainda menos provável. A terapêutica ideal ainda não foi estabelecida devido ao número limitado de casos. Neste caso, optou-se pela vigilância clínica, apresentando-se estável e assintomática até à data.

Palavras chave: *Leiomiomatose pulmonar. Nódulos pulmonares e neoplasia benigna.*

PO 056. LINFOMA COM ENVOLVIMENTO PULMONAR E MEDIASTÍNICO - CONTRIBUTO DA BRONCOSCOPIA

C. Guerreiro¹, K. Cunha¹, J. Dionísio², J. Duro da Costa²

¹*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro.* ²*Serviço de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil.*

Introdução: O envolvimento torácico por linfoma na altura do diagnóstico é relativamente frequente, variando entre 85 a 40% conso-

ante o tipo histológico. Contudo o envolvimento endobrônquico é raro. A broncofibroscopia permite a avaliação endobrônquica e a obtenção de espécimes para diagnóstico e estadiamento.

Objectivo: Caracterização dos achados endoscópicos na população de doentes com envolvimento torácico por linfoma confirmado por broncofibroscopia. Avaliação da broncofibroscopia (BF) e seus procedimentos acessórios no diagnóstico e decisão terapêutica.

Métodos: Efectuado estudo de coorte retrospectivo, incluindo os doentes em que a broncofibroscopia permitiu a obtenção de evidência citológica ou histológica ou por citometria de fluxo de envolvimento torácico por linfoma entre janeiro de 1993 e dezembro de 2014. Aos dados endoscópicos e anatomopatológicos foram adicionados dados demográficos assim como dados relativos ao diagnóstico, tratamento e evolução do linfoma. Os dados foram analisados com SPSSv20.

Resultados: Durante o período referido foram efectuadas 20.316 broncoscopias referentes a um total de 11.697 doentes. Foram identificados 91 doentes que cumpriam os critérios de inclusão. Nesta população verificou-se um predomínio do género masculino (66%). A média etária à data do diagnóstico foi de $57,5 \pm 17,2$ anos. Relativamente aos subtipos histológicos, 63% correspondiam a linfoma não Hodgkin (LNH) de células B; 27,8% a doença de Hodgkin (DH) e 8,9% a LNH de células T. Cerca de 66% dos doentes apresentavam inicialmente envolvimento pulmonar/mediastínico documentado por exames de imagem. Dos 91 casos, 6 eram referentes a linfomas primários do pulmão que radiologicamente se traduziam pela presença de nódulos e/ou massas pulmonares. As indicações para realização de BF foram: suspeita de envolvimento pulmonar por linfoma (41,3%); suspeita de infecção (19,5%); punção mediastínica (19,5%); suspeita de neoplasia do pulmão (15,2%), atelectasia (2,2%) e para terapêutica endoscópica (2,2%). Relativamente aos achados endoscópicos foram observados: sinais directos de neoplasia em 45% dos casos essencialmente traduzidos pela presença de massa tumoral (56%), infiltração da mucosa (29%) e nódulos (14%); sinais indirectos de neoplasia em 24% dos casos; sinais inflamatórios em 15% e exame endoscópico normal também em 15% dos casos. A biópsia brônquica proximal, a punção aspirativa transbrônquica assim como a citometria de fluxo do lavado broncoalveolar representam as técnicas subsidiárias que permitiram, mais frequentemente, a confirmação diagnóstica com rentabilidade de 84%, 83% e 80%, respectivamente. A citometria de fluxo do LBA permitiu o diagnóstico de envolvimento pulmonar por linfoma em 7 casos com exame endoscópico normal. Assim, a BF contribuiu em 32,6% dos exames para o diagnóstico inicial de linfoma, em 25% permitiu o estadiamento deste e em 42% confirmou a progressão de doença. Em 61% dos exames a BF contribuiu para definir o plano terapêutico subsequente.

Conclusões: Na presente série o envolvimento pulmonar ou mediastínico verificou-se com maior frequência em situações de doença sistémica do que de doença torácica isolada. Os procedimentos broncoscópicos, sobretudo a biópsia brônquica, a punção aspirativa transbrônquica e a citometria do lavado broncoalveolar, permitiram o diagnóstico e caracterização numa percentagem elevada. O lavado broncoalveolar é um exame útil para diagnóstico de envolvimento pulmonar sem alterações broncoscópicas.

Palavras chave: Linfoma. Envolvimento pulmonar. Broncoscopia.

PO 057. CANCRO DO PULMÃO EM DOENTE COM SITUS INVERSUS

L. Pimenta Bento¹, T. Sequeira¹, R. Melo¹, R. Oliveira², S. Aparício², F. Félix³, A. Almeida⁴, F. Rodrigues¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. ³Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar de Lisboa Norte. ⁴Serviço de Oncologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Introdução: *Ositus inverso* completo (SIC) caracteriza-se pela inversão “em espelho” da posição da totalidade dos órgãos e ocorre em cerca de 1/25.000 recém-nascidos. Em cerca de 20-25% dos casos associa-se a discinesia ciliar primária (DCP), doença genética causada por defeitos na estrutura e função ciliar, que condiciona *clearance* mucociliar anormal e conseqüentemente sinusite e infecções respiratórias de repetição. A síndrome de Kartagener (SK) é um subgrupo da DCP que se caracteriza por bronquiectasias, sinusite e SIC. A associação de SK e cancro do pulmão é muito rara, existindo apenas 6 casos descritos na literatura.

Caso clínico: Homem de 47 anos de idade, raça caucasiana, ex-fumador (4 UMA) recorreu ao Serviço de Urgência no contexto de expectoração hemoptóica. A radiografia de tórax documentava SIC e uma imagem justa-cardíaca esquerda que fazia sinal de silhueta. O quadro foi interpretado como infecção respiratória, tendo sido medicado com amoxicilina e ácido clavulânico e agendada consulta de Pneumologia para investigação etiológica. O doente realizou TC-tórax a 31/12/2014 que mostrou lesão nodular em topografia justa-cardíaca no lobo médio esquerdo com 5,5 cm de maior diâmetro, sólida e bronquiectasias. Efectuou broncoscopia rígida (22/1/2015) que revelou tumor endobrônquico na árvore brônquica esquerda (B5) que foi biopsado. O resultado anatomopatológico foi compatível com carcinoma pavimento-celular. Dois dias após a realização do exame, por toracalgia esquerda, o doente recorreu ao Serviço de Urgência, tendo ficado internado no Serviço de Pneumologia. Documentou-se fina lâmina de derrame pleural esquerdo e parâmetros de infecção elevados (leucocitose e PCR 24 mg/dL), interpretados com pneumonia. A toracentese revelou líquido de aspecto purulento, sendo a citologia negativa para células neoplásicas. Durante o internamento apurou-se que o doente teve otites de repetição, assim como sinusopatia crónica, tendo efectuado duas intervenções cirúrgicas prévias nesse contexto. Na anamnese referiu ainda problemas de infertilidade, sendo que a única filha foi fruto de inseminação artificial. Nesta fase admitiu-se a possibilidade de SK. O escovado nasal efectuado para avaliação ciliar por microscopia electrónica confirmou a presença de alterações ciliares consistentes com DCP com deficiência/ausência de braços externos (BE) e braços internos (BI), sendo as médias de BE/BI as mais baixas observadas no nosso laboratório. Realizou PET e posteriormente EBUS - Estadio IIIa (T2aN2M0). Iniciou quimioterapia neoadjuvante com gencitabina/cisplatina, tendo-se verificado resposta parcial em TC-tórax após 3º ciclo. Foi submetido a lobectomia média esquerda com esvaziamento ganglionar a 17/6/2015. A histologia da peça cirúrgica revelou carcinoma pavimento-celular pouco diferenciado que invadia a pleura visceral e metástases nos grupos ganglionares 7 e 11, compatível com pT2N2 - Estadio IIIa. Iniciou QT adjuvante a 28/7/2015. Aguarda avaliação por radioterapia. Mantém um óptimo estado geral com *performance status* de um.

Discussão: Pouco se conhece acerca da associação entre cancro do pulmão e SK. Contudo, hipotetiza-se que as alterações na mobilidade dos cílios poderão condicionar não só menor *clearance* bacteriano mas também maior exposição a substâncias oncogénicas, o que a longo prazo poderá culminar com o desenvolvimento de cancro.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Síndrome de Kartagener. Discinesia ciliar primária. *Situs inverso* completo.

PO 058. LINFOMA DE HODGKIN: DESCRIÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

D. Maia, V. Caldeira, C. Cruz, C. Machado, V. Tosatto, R. Barata Moura, P. Cravo

Hospital de Santa Marta, CHLC.

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) representa cerca de 10% de todos os linfomas com uma incidência de 2,4:100.000 pessoas na

Europa. Apresenta distribuição bimodal com picos no adulto jovem (15-34 anos) e no adulto com idade superior a 55 anos. As doenças autoimunes e a imunodepressão são factores de risco. Pode manifestar-se apenas por adenopatia(s) assintomática(s) ou achado imagiológico (massa mediastínica).

Casos clínicos: Caso clínico 1: descreve-se o caso de uma mulher de 73 anos, caucasiana, autônoma, com artrite reumatóide, hepatite autoimune, hipertensão arterial e tuberculose pulmonar tratada na infância. Medicada em ambulatório com azatioprina, prednisolona, atenolol, clortalidona, ácido acetilsalicílico e outros AINEs e opióides fracos, de acordo com queixas algícas. Foi referenciada ao serviço de urgência (SU) por febre e anorexia com 4 semanas de evolução e exames de imagem com múltiplos nódulos dispersos com atingimento do pulmão, fígado, glândula suprarrenal direita e rim esquerdo, que sugeriam doença metastática. Apresentava bom estado geral, dedos «em rajada de vento» e nódulos reumatóides subcutâneos em ambas as mãos. Analiticamente sem leucocitose ou anemia mas com PCR 217 mg/L. Hemocultura e urocultura negativas. Broncofibroscopia com exame citológico do lavado broncoalveolar normal e sem isolamentos mas pesquisa de antígeno Galactomannan positiva (1,3). Por possível aspergilose invasiva foi instituída terapêutica com voriconazol, suspensa pela ausência de resposta clínica e antigenémia Galactomannan negativa. Foi submetida a biópsia aspirativa transtorácica com exame anatomopatológico sugestivo de LH clássico do tipo esclerose nodular. A biópsia óssea foi compatível com invasão por LH. Teve alta encaminhada para consulta de Hematologia. Caso clínico 2: descreve-se o caso de uma mulher de 37 anos, caucasiana, com antecedentes de asma desde a infância e ansiedade. Medicada em ambulatório com deflazacorte, fluticasona em associação com salmeterol, clorazepato dipotássico e diazepam. Recorreu ao SU por cansaço e pieira, tendo sido admitida como hipótese de diagnóstico agudização de asma brônquica, sem critérios de internamento pelo que teve alta medicada com corticoide sistémico e broncodilatadores. Por persistência das queixas recorreu de novo ao SU, tendo sido realizada radiografia de torax com alargamento do mediastino. A TC tóraca revelou volumosa massa mediastínica com envolvimento da árvore brônquica principal. A broncofibroscopia evidenciou edema da árvore brônquica proximal e lesões esbranquiçadas tipo fibrina que ocluam o brônquio principal esquerdo (BPE). As biópsias brônquicas não revelaram alterações e a biópsia aspirativa transtorácica foi inconclusiva. Perante agravamento clínico com sintomatologia compressiva foi proposta biópsia cirúrgica por mediastinotomia anterior, tendo no mesmo tempo operatório sido realizada broncoscopia com desobstrução mecânica do BPE. O resultado anatomopatológico foi compatível com LH clássico do tipo esclerose nodular. Realizou tratamento com quimioterapia e radioterapia. Mantém seguimento em consulta de Hematologia.

Discussão: Com estes casos clínicos, os autores pretendem ilustrar a variabilidade clínica na apresentação do LH, as dificuldades na marcha diagnóstica e a importância de uma elevada suspeição clínica para o diagnóstico atempado desta doença maligna mas potencialmente curável.

Palavras chave: *Linfoma. Hodgkin. Asma. Artrite reumatóide.*

PO 059. DOIS TUMORES

M. Lobo Antunes, M. Felizardo, P. Calvino, M. Alvarenga, C. Noronha, S. Tello Furtado, J. Pimenta da Graça

Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: O cancro do pulmão é a principal causa de morte por doença oncológica mundial. Em cerca de 8% dos casos ocorre em doentes com um diagnóstico prévio de outra neoplasia primitiva. As neoplasias primitivas do pulmão têm um risco aumentado de

desenvolver uma segunda neoplasia primária, síncrona, com uma incidência 1-16%. Apresentamos o caso de uma doente de 73 anos, fumadora (40 UMA), com história de DPOC grupo B, hipertensão arterial e displipidémia.

Caso clínico: Por queixas com dois meses de evolução de bronquite crónica com cansaço/dispneia mMRC1 agravadas e anorexia com emagrecimento não quantificado, realizou TC torácica que revelou nódulo espiculado com 24 mm no lobo superior direito (LSD), sem adenopatias mediastínicas ou outras alterações. Foi submetida a biópsia aspirativa transtorácica cujo resultado anátomo-patológico foi compatível com adenocarcinoma do pulmão (CK7 e TTF1 positivos, p63 negativo). PET-TC mostrou dois nódulos hipermetabólicos no LSD (SUV 2,9 e 7) e nódulo no lobo superior esquerdo (SUV 5,72). Realizou ressecção em cunha do LSE, compatível com carcinoma pavimento-celular 1,2 × 0,8 × 1,5 cm e invasão da pleura visceral. Realizou três ciclos de quimioterapia e posteriormente foi submetida a lobectomia superior direita. O resultado anátomo-patológico foi compatível com adenocarcinoma invasivo de padrão sólido e de células claras (CK 7 e TTF-1 positivos, CK5 e p63 negativos) - pT2N0. Realizou quimioterapia adjuvante e actualmente em follow-up há 16 meses mantêm-se sem recidiva da doença.

Discussão: Apresentamos este caso pela distinção por vezes difícil entre neoplasias primárias síncronas e doença oligometastática. As neoplasias síncronas do pulmão ocorrem mais frequentemente em fumadores e parecem ter uma relação directa com a carga tabágica.

Palavras chave: *Cancro. Pulmão. Adenocarcinoma.*

PO 060. VINOURELBINA ORAL E CISPLATÍNIO EM DOENTES COM CPNPC LOCALMENTE AVANÇADO. DOIS CICLOS DE INDUÇÃO SEGUIDOS DE DOIS CICLOS CONCOMITANTES COM RADIOTERAPIA

P. Ramalho, P. Brito, C. Ferreira, M. Braz, A. Figueiredo, F. Barata

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

Objectivo: Avaliar da eficácia e toxicidade de dois ciclos de indução com vinorelbina oral e cisplatínio seguido de dois ciclos de terapêutica concomitante com o mesmo esquema com radioterapia, em doentes com carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC).

Métodos: Doentes previamente não tratados, estágio IIIA e IIIB, inoperáveis com histologia de CPNPC, *performance status* 0 - 1 e perda de peso < 10% receberam dois ciclos de indução com vinorelbina oral 60 mg/m², dias 1 e 8 + cisplatínio 75 mg/m² dia 1 cada 21 dias. Doentes sem progressão pós indução, continuaram com vinorelbina oral 40 mg/m², dias 1 e 8 + cisplatínio 40 mg/m² dia 1, cada 21 dias + radioterapia concomitante (2 Gy/dia, 6 semanas, 60 Gy).

Resultados: Entre 2004 e 2013, foram revistos os processos de 28 doentes que cumpriram o programa terapêutico completo exposto. Idade média de 63 anos; 22 homens e 6 mulheres; 10 com adenocarcinoma, 15 com carcinoma epidermoide e 3 com CPNPC não especificado. Não se verificaram remissões completas com o tratamento aplicado. A taxa de controlo da doença foi de 43% pós indução e de 71,4% pós terapêutica concomitante. A sobrevivência livre de progressão foi de 46 semanas e a sobrevivência global de 88 semanas. As principais reações de toxicidade grau 3 e 4 foram neutropenia em 4 doentes; esofagite em 6 doentes e pneumonite em 3 doentes. Não ocorreram mortes relacionadas com o tratamento.

Conclusões: A combinação vinorelbina oral e cisplatínio com radioterapia concomitante é segura com eficácia sobreponível à literatura.

Palavras chave: *Vinorelbina oral. Cisplatínio. CPNPC. Radioterapia concomitante.*

PO 061. METASTIZAÇÃO PULMONAR ENDOBRÔNQUICA DE NEOPLASIA DO RECTO: UMA FORMA RARA DE RECIDIVA

L.S. Fernandes, V. Clérigo, A.S. Oliveira, L. Carvalho, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A incidência de metástases para o parênquima pulmonar originadas de neoplasias primárias extratorácicas varia de 20% a 54%. Cerca de 50 a 60% dos doentes com carcinoma colorectal (CCR) inicialmente localizados desenvolvem metástases: as mais frequentemente encontradas são as hepáticas, seguidas das pulmonares. A disseminação metastática endobrônquica do CCR é um evento raro.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 82 anos, leucodérmica, não fumadora, com o diagnóstico prévio de neoplasia do recto, submetida a cirurgia e quimioterapia neoadjuvante, acompanhada no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa e em aparente remissão. Apresentava um internamento recente por traqueobronquite aguda, tendo sido referenciada pelo seu oncologista ao serviço de urgência por dispneia e febre. Dos exames complementares à admissão hospitalar, destacavam-se análises com aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR e LDH muito elevadas) e telerradiografia do tórax com hipotransparência heterogênea do terço inferior do campo pulmonar direito. Foi internada com a hipótese diagnóstica de pneumonia associada aos cuidados de saúde e medicada empiricamente com meropenem, tendo suspenso após cinco dias por melhoria clínica e laboratorial (procalcitonina negativa) e exames micro-biológicos (hemoculturas, urocultura e antigenúrias para *Pneumococos* e *Legionella*) negativos. Para estudo complementar, realizou TC-torácica de alta resolução que revelou a presença de múltiplos nódulos pulmonares sólidos de contornos irregulares e espiculados dispersos pelo parênquima de ambos os pulmões; nódulo de maiores dimensões (20 mm) na zona de trifurcação brônquica à esquerda, estabelecendo-se o diagnóstico diferencial entre neoplasia primitiva do pulmão e metástase pulmonar endobrônquica; e vários nódulos no fígado em relação com provável metastização hepática. A broncofibroscopia evidenciou lesão endobrônquica no lobo superior esquerdo e infiltração da submucosa ao nível dos brônquios basais direitos. O exame bacteriológico, micobacteriológico directo e micológico do lavado bronco-alveolar (LBA) foram negativos. O exame citológico do LBA foi sugestivo de carcinoma do pulmão de não-pequenas células. A biopsia da lesão endobrônquica revelou adenocarcinoma pouco diferenciado com perfil imunohistoquímico favorecendo origem colorectal. O doseamento dos marcadores tumorais mostrou um aumento muito acentuado do CA 19.9, CEA, Cyfra 21-1 e NSE. Após discussão do caso com o oncologista assistente, a doente teve alta clinicamente estável e referenciada para a consulta de Gastroenterologia Oncológica do IPO de Lisboa.

Discussão: Apesar das manifestações clínicas e radiológicas das metástases endobrônquicas serem semelhantes às do carcinoma brônquico primário, há pistas que ajudam a diferenciar estas entidades, nomeadamente a história prévia de um tumor extratorácico primário. O longo intervalo que pode ocorrer entre o tratamento do tumor primário e a manifestação metastática reflecte o caráter indolente dos tumores sólidos, como é o caso dos carcinomas colorectais. A presença de metastização endobrônquica na recidiva destes tumores é um sinal de doença avançada e de mau prognóstico, com sobrevida habitualmente curta. Este caso pretende realçar a potencial janela de oportunidade de um internamento por intercorrência infecciosa na averiguação de outros diagnósticos ocultos - nomeadamente de uma recidiva de neoplasia do recto - e que modelam de forma determinante a evolução e prognóstico destes doentes oncológicos.

Palavras chave: *Carcinoma colo-rectal. Recidiva. Metástase endobrônquica.*

PO 062. EXPRESSÃO DE ERCC1 NOS PADRÕES HISTOLÓGICOS DOS ADENOCARCINOMAS DO PULMÃO: RELEVÂNCIA PARA A AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA À QUIMIOTERAPIA

V. Sousa, B. Bastos, A. Alarcão, M. Silva, T. Ferreira, M.J. D'Aguiar, L. Carvalho

Instituto de Anatomia Patológica.

O cancro de pulmão continua actualmente com elevada taxa de mortalidade, relacionada com estágio avançado aquando do diagnóstico. O conhecimento dos mecanismos de resistência a fármacos, tais como aqueles relacionados com mecanismos de reparação do ADN, é importante para compreender a resposta à quimioterapia. ERCC1 (excision repair cross-complementing 1) é uma endonuclease específica com funções na reparação de danos do ADN, e a sua expressão nos carcinomas bronco-pulmonares, tem sido associada ao prognóstico. Pretendeu-se avaliar a expressão de ERCC1 nos adenocarcinomas do pulmão (ADC), de forma a adquirir conhecimento relacionado com mecanismos de reparação do ADN e resposta à quimioterapia, tendo em consideração os padrões histológicos reconhecidos pela WHO. Foram analisadas 45 amostras de peças cirúrgicas de ADCs do pulmão fixadas em formaldeído e embebidas em parafina, 13 das quais com metástases ganglionares. A expressão imunohistoquímica (IHC) foi realizada em aparelho automático (Autostainer 360 - LabVision®) pelo protocolo estreptavidina-biotina para o ERCC1 (Thermo, clone 8F1 - diluição de 1:100, 60'). A recuperação antigénica foi feita com EDTA no módulo PT. O score de avaliação IHC foi aplicado independentemente por dois patologistas que registaram a intensidade da expressão (1 - baixa; 2 - intermédia e 3 - elevada) e a percentagem de células com imunomarcação. Para análise estatística, os resultados imunohistoquímicos foram agrupados em 4 categorias, multiplicando a intensidade da expressão pela percentagem de células positivas (categoria (-) 0 - 10; (+) 11 - 100; (++) 101 - 200; (+++) 201 - 300). O teste não-paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney foi aplicado ao software Statistica 7, com $p < 0,05$ considerado como significativo. Na serie estudada, 41 adenocarcinomas eram do tipo misto, dois adenocarcinomas tinham padrão acinar, um ADC sólido produtor de muco e um ADC *in situ* (anteriormente carcinoma bronquiolo-alveolar não mucinoso). Foram identificados 42 casos (93,3%) com padrão acinar, 25 casos (55,5%) com padrão bronquiolo-alveolar/lepídico, 18 casos (40%) com padrão sólido, 7 casos (15,5%) com padrão papilar e 15 casos (33,3%) com padrão micropapilar. Metástases ganglionares foram identificadas em 13 casos (28,9%). A expressão ERCC1 era menor nos padrões acinar ($p = 0,0016$) e papilar ($p = 0,019$) quando comparado com tecido normal/não tumoral. Os restantes padrões não demonstraram diferenças em relação à expressão basal no tecido normal/não tumoral. O padrão papilar apresentou significativamente menor expressão do que o padrão sólido ($p = 0,043$) e do que o padrão BA/lepídico ($p = 0,044$). O tumor e as metástases ganglionares mostraram expressão equivalente ($p = 0,289919$). Os tumores do género feminino mostraram expressão mais elevada de ERCC1 ($p = 0,000846$). Polimorfismos de genes envolvidos na reparação do ADN, como o ERCC1, podem afectar a resposta dos doentes à quimioterapia com derivados do platino. Alguns os estudos sugerem que um doente com nível elevado de expressão tumoral de ERCC1 terá melhor prognóstico. Contudo é importante não esquecer que o ERCC1 confere resistência a quimioterapia, tal como ao cisplatino. A expressão de ERCC1 nos padrões micropapilar, sólido e BA/lepídico indicam que a reparação de ADN não está alterada nestes padrões. Os padrões acinar e papilar demonstraram menor ativação das vias de reparação do ADN, com níveis de expressão do ERCC1 menores. A relevância deste facto é justificada pela interferência dos mecanismos de reparação de ADN com algumas terapias e por conseguinte estes padrões histológicos parecem ser menos propensos a resistência ao cisplatino.

Palavras chave: *Pulmão. Adenocarcinomas. ERCC1.*

PO 063. IMUNOFENÓTIPO “MULTIDRUG RESISTANCE” EM ADENOCARCINOMAS DO PULMÃO DETERMINADO PELA EXPRESSÃO DE LRP E MRP-1

V. Sousa, B. Bastos, A. Alarcão, M. Silva, T. Ferreira, M.J. D’Aguiar, L. Carvalho

Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

O cancro do pulmão continua a ser um dos cancros mais frequentemente diagnosticados, demonstrando taxas de mortalidade mais elevadas. O entendimento dos mecanismos de resistência a drogas/fármacos é essencial para melhor compreender a resposta à terapêutica. As “Multidrug Resistance Protein 1” (MRP-1) e “Lung Resistance-related Protein” (LRP) estão associadas ao fenótipo “Multidrug Resistance” (MDR). Pretendeu-se avaliar a expressão de LRP e MRP-1 em adenocarcinomas (ADCs) do pulmão, de acordo com os padrões histológicos apresentados. Analisamos 45 amostras fixadas em formaldeído e embebidas em para-fina de peças cirúrgicas de ADCs do pulmão, das quais 13 apresentavam metástases ganglionares. Foi utilizado um aparelho automático (Autostainer 360 - LabVision®) e aplicado o protocolo estreptavidina-biotina para os anticorpos LRP (Novocastra, clone 9D6 - diluição de 1:300, 30’) e MRP-1 (Novocastra, clone 33A6 - diluição de 1:50, 60’). A recuperação antigénica foi feita com EDTA no módulo PT. O score de avaliação da IHC foi aplicado independentemente por dois patologistas que registaram a intensidade da expressão (1 - expressão baixa; 2 - intermédia e 3 - elevada) e a percentagem de células com imunomarcagem. Para análise estatística os resultados imunohistoquímicos foram agrupados em 4 categorias multiplicando a intensidade da expressão pela percentagem (categoria (-) 0 - 10; (+) 11 - 100; (++) 101 - 200; (+++) 201-300). O teste não-paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney foi aplicado com o software Statística 7, com $p < 0,05$ considerado como significativo. O padrão acinar estava presente em 42 (93,3%) casos, o padrão lepidico/bronquíolo-alveolar não mucinoso em 25 (55,5%) casos, o padrão sólido em 18 (40%) casos, o padrão papilar em 7 (15,5%) casos e o padrão micropapilar em 15 (33,3%) casos. A expressão de LRP e de MRP-1 verificou-se como mais elevadas em todos os padrões dos ADCs comparados com o tecido não tumoral. Não se identificaram diferenças para a LRP e MRP-1 de acordo com os padrões. Não se identificaram diferenças entre o tumor primário e as metástases para a LRP ($p = 0,921537$) e para a MRP-1 ($p = 0,272657$). Não se identificaram diferenças significativas de acordo com a idade, género e hábitos tabágicos dos doentes. Os membros da família MRP têm capacidade de exportar uma variedade de aniões orgânicos com relevância toxicológica e são importantes na aquisição de resistência a fármacos citotóxicos e antivirais. A MRP1, expressa e funcionalmente ativa, em células de carcinomas bronco-pulmonares correlaciona-se inversamente com a quimio-sensibilidade a diferentes fármacos anti-neoplásicos. A LRP, pela participação no fenótipo MDR, correlaciona-se com a resistência a cisplatino. A sobre expressão de MRP-1 e de LRP foi observada em todos os padrões dos adenocarcinomas estudados, indicando a aquisição de fenótipo MDR, podendo ter implicações na resistência a fármacos.

Palavras chave: Pulmão. Adenocarcinomas. LRP. MRP-1. MDR.

PO 064. MICRORNAS COMO BIOMARCADORES PROMISSORES PARA O CARCINOMA PULMONAR: AVALIAÇÃO DO PREFIL DE EXPRESSÃO DO LET-7, MIR-21, MIR-126 E MIR-126* EM CARCINOMAS EPIDERMÓIDES E ADENOCARCINOMAS

M. Silva, S. Balseiro, A. Alarcão, M.J. d’Aguiar, T. Ferreira, V. Sousa, L. Carvalho

Instituto de Anatomia Patológica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Estudos recentes identificaram mais de 150 miRNAs envolvidos no processo de carcinogénese pulmonar, incluindo: let-7 (supressor tumoral, via ativação do gene RAS); o miR-21 (promotor tumoral, via supressão do PTEN); o miR-126 e o miR-126* (implicados nos processos de inflamação e de angiogénese). Além destas funções, pode haver outros papéis para estes miRNAs no desenvolvimento e progressão de carcinomas epidermóides e adenocarcinomas pulmonares. Nosso estudo teve como objetivo explorar a relação quantitativa entre a expressão de let-7, miR-21, miR-126 e miR-126* e os diferentes tipos histológicos de carcinomas pulmonares, bem como avaliar o seu potencial para prever o desenvolvimento/progressão do tumor. Um grupo de 37 biópsias de carcinoma pulmonar fixadas em formol e embebidas em parafina (FFPE) foram selecionados entre 2009-2011 dos arquivos do Instituto de Anatomia Patológica, e divididos em 4 grupos distintos: adenocarcinomas pN0 (10 amostras); carcinomas epidermóides pN0 (9 amostras); Adenocarcinomas pN1 (10 amostras); e carcinomas epidermóides pN1 (8 amostras). Todas as amostras foram microdissecadas (separação de tecidos normais e tumorais) e os miRNAs foram extraídos de ambas as amostras por um kit comercial e os seus níveis de expressão foram avaliados por PCR em tempo real utilizando o kit de SYBR green. O supressor tumoral let-7 mostrou uma expressão muito baixa/nula quer em carcinomas pulmonares epidermóides e como em adenocarcinomas ($p < 0,01$), quando comparados com o tecido normal, esta baixa-expressão foi também verificada na respetiva metástase dos nódulos linfáticos ($p < 0,05$). A expressão de miR-21 foi mais elevada em carcinomas pulmonares epidermóides e adenocarcinomas ($p < 0,01$) quando comparado com o tecido normal, esta sobreexpressão foi também verificada na respetiva metástase dos nódulos linfáticos ($p < 0,05$). O miR-126 e miR-126* apresentou menor expressão e similares, quer em carcinomas pulmonares primários e respetiva metástase dos nódulos linfáticos quando combinado com o correspondente parênquima pulmonar ($p < 0,05$). Doentes do sexo feminino com adenocarcinomas apresentaram níveis baixos de let-7, o miR-126 e miR-126* e altos níveis de miR-21, quando comparado com o mesmo tipo histológico em pacientes do sexo masculino ($p < 0,05$). Além disso, parênquima pulmonar de pacientes do sexo masculino com carcinoma epidermóides e de pacientes do sexo feminino com adenocarcinoma apresentaram menor expressão de miR-21 e maior expressão de miR-126 e miR-126* do que o parênquima pulmonar de pacientes do sexo masculino com adenocarcinoma ($p < 0,05$). Estes resultados apoiam um papel do let-7, miR-21, miR-126 e miR-126* no adenocarcinoma de pulmão e no carcinoma epidermóide nas fases iniciais da sua progressão e poderão ser utilizados como biomarcadores para compreender tipos histológicos distintos quando relacionados com o género, bem como para a deteção precoce desses microRNAs após estudos destinados a lesões pré-neoplásicas.

Palavras chave: let-7. miR-21. miR-126. miR-126*. Carcinoma pulmonar epidermóide. Adenocarcinoma pulmonar.

PO 065. TOSSE CRÓNICA: A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COMPLETO

L.S. Fernandes, V. Clérigo, A.S. Oliveira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A tosse crónica é um dos motivos mais comuns de referência à consulta de Pneumologia. A tosse crónica é habitualmente associada a refluxo gastroesofágico, rinorreia posterior ou asma. No entanto, não devem ser menosprezadas outras causas mais desafiantes, tais como o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina, doenças da pleura e do diafragma, doenças intersticiais pulmonares ou neoplasias do pulmão. Os tumores carcinóides pulmonares são tumores raros com origem nas células neuroendócrinas do pulmão, podendo manifestar-se por tosse crónica, dispnéia, pieira e infeções respiratórias recorrentes.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 81 anos, leucodérmico, reformado (anteriormente trabalhador rural e construtor civil) e referenciado para a consulta de Pneumologia por tosse crônica com expectoração mucopurulenta, pieira, dispneia de esforço e infecções respiratórias de repetição nos três anos precedentes. Apresentava diagnóstico prévio de tuberculose pulmonar tratada aos 25 anos e negava hábitos tabágicos. Do estudo complementar inicial salientava-se: IgE total = 129 UI/mL, testes subcutâneos negativos, telerradiografia do tórax e tomografia computadorizada de alta resolução (TC-AR) do tórax sem alterações relevantes, provas de função respiratória com padrão ventilatório misto e diminuição da DLCO e gasometria arterial sem alterações. Foi referenciado para a consulta de Otorrinolaringologia e Gastroenterologia. Manteve seguimento em consulta de Pneumologia com persistência das queixas respiratórias crônicas, apesar de otimização da terapêutica com broncodilatadores, mucolíticos, reabilitação respiratória, vacinação e inibidor de bomba de prótons (por esofagite péptica). Os estudos complementares seriados não mostraram alterações imagiológicas ou funcionais de novo. Em 2014, realizou TC-AR torácica de controlo que mostrou imagem nodular de 12 mm no lobo inferior direito em continuidade com a veia pulmonar inferior direita, colocando-se a hipótese de malformação arteriovenosa. A angio-TC pulmonar não evidenciou preenchimento com contraste da imagem nodular anteriormente descrita, excluindo malformação arteriovenosa e levantando a suspeita de neoformação. Na broncofibroscopia (BFC), o exame endoscópico não revelou alterações. O exame citológico do lavado broncoalveolar e escovado brônquico foram suspeitos. A biópsia pulmonar evidenciou dois retalhos de epitélio glandular com displasia, a merecer reavaliação, pelo que repetiu BFC. Os fragmentos broncopulmonares foram compatíveis com neoplasia de padrão histológico e perfil imunohistoquímico favorecendo tumor carcinóide típico. O caso foi discutido com a Cirurgia Torácica e o doente foi proposto para cirurgia.

Discussão: Os sintomas crônicos devem ser investigados exaustivamente, principalmente se não melhorarem com a medicação padrão. Na abordagem da tosse crônica, a radiografia de tórax é, muitas vezes, pouco esclarecedora, com fraco valor preditivo positivo. Este caso leva-nos a reflectir sobre o papel da TC-AR do tórax e da broncofibroscopia na marcha diagnóstica de queixas respiratórias crônicas. Com o diagnóstico atempado e terapêutica cirúrgica agressiva, o prognóstico a longo prazo dos tumores carcinóides pulmonares é muito favorável. Por conseguinte, frisamos também, com este caso, a importância do acompanhamento em consulta dos doentes pneumológicos, com optimização da janela de oportunidade para o diagnóstico e intervenção precoce das neoplasias do pulmão.

Palavras chave: Tosse crónica. Diagnóstico diferencial. Tumor carcinóide típico pulmonar.

PO 066. PADRÃO MILIAR NÃO É SÓ TUBERCULOSE! - APRESENTAÇÃO RARA DE METÁSTASES PULMONARES EM DOENTE COM NEOPLASIA DO PULMÃO

B. von Amann, T. Sachissokele, J. Costeira, P. Alves, A.S. Vilariça, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O padrão miliar na telerradiografia de tórax coloca vários diagnósticos diferenciais como tuberculose miliar, sarcoidose, pneumoconiose, carcinoma broncoalveolar e metastização pulmonar de tumores primários da tireóide, rim, trofoblasto e sarcomas. Apesar de ser uma forma rara, o padrão miliar pode também resultar da metastização pulmonar do tumor primário do pulmão que ocorre por disseminação hematogénica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 55 anos, raça negra, natural de Angola, a residir em Portugal há 12 anos. Autónoma, auxiliar de ação médica em contexto hospita-

lar. Não fumadora, sem hábitos toxicómanos, com antecedentes pessoais de histerectomia por miomas há 15 anos, sem antecedentes de doença respiratória. Em fevereiro de 2015 recorreu à urgência hospitalar por queixas com 3 semanas de evolução de tosse seca e irritativa com aparecimento de febre nos 4 dias anteriores, de predomínio noturno que cedia a antipiréticos. Negava rinorreia ou obstrução nasal, odinofagia, dispneia, dor torácica, ou outras queixas respiratórias ou sistémicas. Sem viagens recentes, desconhecendo contactos recentes com doentes com tuberculose pulmonar. Realizou telerradiografia do tórax que revelou incontáveis micronódulos pulmonares bilaterais, distribuídos de forma simétrica sem poupar vértices ou bases. O resultado do teste HIV foi negativo, o exame micobacteriológico direto na expectoração foi negativo e da restante avaliação laboratorial destaca-se a normalidade do hemograma e parâmetros inflamatórios. Internada numa unidade de isolamento respiratório com a hipótese diagnóstica de Tuberculose Miliar dada a exuberância do padrão radiológico. Realizou tomografia computadorizada do tórax que revelou incontáveis nódulos pulmonares de limites bem definidos, com distribuição intersticial central e periférica poupando relativamente os eixos broncovasculares e as cisuras pulmonares, destacando-se um nódulo de maior dimensão, 17 mm, no brônquio subsegmentar apical do lobo superior direito. No mediastino existiam adenomegalias em localização pré traqueal e pré vascular, algumas com centro necrótico. Na broncofibroscopia, que revelou apenas sinais inflamatórios generalizados sem outras alterações endobrônquicas, foram realizadas biópsias e colheita de secreções e lavado broncoalveolar. Protelou-se início de terapêutica antibacilar dada a estabilidade clínica e o resultado persistentemente negativo dos exames micobacteriológicos. As biópsias pulmonares revelaram neoplasia maligna epitelióide com marcação positiva para CK7 e TTF1, de acordo com diagnóstico de carcinoma não de pequenas células, provável Adenocarcinoma do Pulmão. Os marcadores tumorais Cyfra 21 e NSE estavam aumentados. Foi detetada mutação no exão 19 do gene EGFR. A doente foi encaminhada para consulta de Hospital Dia Oncologia Pneumológico. Classificado em estadio IV, T4N2M1a, iniciou terapêutica dirigida com Erlotinib. Verificou-se resposta positiva com melhoria significativa das lesões pulmonares, mantendo-se clínica e analiticamente estável.

Discussão: A incidência de neoplasia do pulmão em não fumadores é uma realidade com incidência crescente, particularmente em países desenvolvidos. O caso apresentado de uma mulher jovem, não fumadora, com padrão miliar, adenocarcinoma pulmão e mutação no exão 19 do gene EGFR positiva salienta a importância do diagnóstico diferencial do padrão miliar na telerradiografia torácica, a ponderação na instituição de terapêutica antibacilar, a necessidade de obtenção de produto biológico e a boa resposta à terapêutica dirigida de acordo com a mutação presente.

Palavras chave: Padrão miliar. Adenocarcinoma pulmonar. Não-fumadores. Mutação do EGFR.

PO 067. INFECIOSIDADE DA TUBERCULOSE PULMONAR. EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO DA VENDA NOVA

I. de Sales Ribeiro, M. Villar

Serviço de Pneumologia, Hospital de Egas Moniz. Centro de Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova.

Um dos meios importantes para a redução da incidência da tuberculose é não só a deteção precoce e o tratamento correto das formas de tuberculose ativa (de modo a reduzir a transmissão) mas também o diagnóstico da infecção tuberculosa latente (ITBL) entre os contactos, ponderando o seu tratamento em situações bem definidas. A evidência sugere que esta pode ser uma intervenção custo-eficaz, particularmente em certos grupos populacionais considerados de risco como são, entre outros, os contactos próximos

dos casos de tuberculose pulmonar (TP) confirmada, especialmente as crianças, uma vez que representam potenciais casos futuros. Procedeu-se a um estudo retrospectivo de 500 casos de contactos com TP confirmada, sendo 250 contactos com formas bacilíferas (BAAR na amostra) e 250 contactos com formas só com culturas positivas, com o objetivo de avaliar se havia diferenças no tipo de contágio (TB ou ITBL). Da análise dos 250 contactos de 67 doentes com baciloscopia positiva, registaram-se 3 casos de TP (1,2%) e 87 de ITBL (34,8%), dos quais 12 (13,8%) com menos de 5 anos. Em relação aos 250 contactos de 79 doentes com baciloscopia negativa, registou-se um caso de TP (0,4%), numa pessoa com menos de 5 anos, e 39 casos de ITBL (15,6%), dos quais 5 (12,8%) com menos de 5 anos. Dividindo a relação entre o número de casos de TP que ocorreram nos contactos dos doentes com baciloscopia negativa pela relação do número de casos de TP que ocorreram nos contactos dos doentes com baciloscopia positiva, obtem-se a taxa de transmissão relativa de 0,28. Isto significa que os doentes com baciloscopia negativa foram menos contagiosos do que aqueles com baciloscopia positiva, como seria de esperar. Assumiu-se que os casos detetados foram infetados pelo caso fonte. No entanto, isto poderá não traduzir a realidade. De facto, a exposição a um caso fonte não identificado ou não reconhecido com baciloscopia positiva permanece uma limitação inerente de qualquer estudo da transmissão da TB. Ao contrário do que seria de esperar, verificámos que o tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento, nos doentes com baciloscopia positiva foi de 41,3 dias contra 34,8 dias nos doentes não bacilíferos.

Palavras chave: Tuberculose. Infeciosidade.

PO 068. TUBERCULOSE MAMÁRIA - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

C. Saraiva, A. Tavares e Castro, M.C. Gomes

CDP Dr. Ribeiro Sanches (Lumiar). Hospital de Faro, Centro Hospitalar do Algarve.

Introdução: A tuberculose (TB) manifesta-se, na maioria dos casos, como uma doença pulmonar, mas pode afetar qualquer órgão. A TB mamária é uma doença extremamente rara, representando 0,025-1,04% de todas as doenças mamárias.

Casos clínicos: Os autores apresentam 2 casos de TB mamária, com quadro clínico e aspectos histológicos muito sugestivos, confirmados pela resposta ao tratamento. O primeiro caso, corresponde a uma mulher de 26 anos, operadora de caixa de supermercado, previamente saudável. Apresentava uma massa de 6 centímetros, na transição dos quadrantes superiores da mama direita, com crescimento lento, consistência dura e dolorosa. A ecografia revelou uma massa com ecoestrutura heterogênea de contornos irregulares e baixa densidade na mamografia. A biopsia mamária evidenciou um: "processo inflamatório crónico com granulomas epitelióides e células gigantes de Langerhans. A pesquisa de bacilos ácido-álcool resistentes (BAAR) foi negativa". O segundo caso diz respeito a uma mulher de 45 anos, diretora comercial, fumadora com carga tabágica de 40 UMA, previamente saudável, que trabalhava em Angola. Apresentava um abscesso mamário à direita com episódios de drenagem espontânea. Apesar de múltiplos exames microbiológicos, não foi isolado agente. Devido à persistência das queixas foi submetida a drenagem cirúrgica, sendo o material drenado enviado para cultura de TB. A pesquisa de BAAR foi positiva e o exame cultural negativo. Nos dois casos, as serologias para VIH e para doença ativa por hepatite B e C foram negativas e a TC torácica excluiu envolvimento pulmonar. Foi assumido o diagnóstico de TB e iniciado tratamento com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, reduzido para a fase de continuação com isoniazida e rifampicina após 2 meses, completando 9 meses de tratamento. Em ambos os casos, as massas regrediram, e as doentes ficaram assintomáticas.

Discussão: A TB mamária tem uma apresentação clínica variável e inespecífica. O diagnóstico é frequentemente tardio, requerendo um índice elevado de suspeição. A presença de alterações histológicas compatíveis com TB associadas a uma resposta terapêutica favorável podem ser, tal como nos casos apresentados, a única evidência da doença.

Palavras chave: Tuberculose mamária.

PO 069. TUBERCULOSE ORBITÁRIA APÓS TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO

A. Cysneiros, F.T. Lopes, A. Dias, C. Santos, F. Froes

Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Os autores trazem o caso de uma criança de 5 anos que recorre ao serviço de urgência com um quadro clínico de celulite orbitária após traumatismo craneoencefálico menor. Após a falência do tratamento antibiótico foi necessário realizar drenagem cirúrgica que isolou posteriormente *Mycobacterium africanum*. Este caso ilustra uma apresentação rara e tardia de tuberculose extrapulmonar disseminada numa criança assintomática. A tuberculose orbitária constitui uma apresentação rara de tuberculose extra pulmonar. A pesquisa na literatura revelou 79 casos descritos com uma apresentação clínica muito variada. A apresentação pediátrica está mais comumente associada a trauma assim como à ausência de sintomas sistêmicos de infecção. Não encontramos mais nenhum caso de tuberculose orbitária com isolamento de *Mycobacterium africanum*, nem casos de tuberculose extra pulmonar disseminada assintomática com apresentação inicial como celulite orbitária.

Palavras chave: Tuberculose extra pulmonar. Orbitária.

PO 070. MORTALIDADE DOS DOENTES COM TUBERCULOSE SENSÍVEL NOS PRIMEIROS DOIS MESES DE TRATAMENTO NO SERVIÇO DE TISIOLOGIA IV DO HOSPITAL GERAL DA MACHAVA EM MAPUTO, MOÇAMBIQUE

P. Zindoga, O. Augusto, S. Amad, S. Peleve, J. Pondo, A. Hassane, A. Cossa, E. Nunes

Hospital Geral da Machava, Maputo, Moçambique.

Introdução: Moçambique é um dos 22 Países com elevada taxa de incidência de TB (552 casos em 100.000 habitantes) com uma Prevalência de 556 casos em 100.000 habitantes, e cerca de metade dos doentes com TB estão co-infectados com o VIH (56%), a mortalidade dos doentes com TB é de 69 casos em 100.000 habitantes e nos co-infectados 148 em 100.000 habitantes (WHO 2014). Na cidade de Maputo, doentes com TB são inter-nados no Hospital Geral da Machava e após alta continuam seu seguimento neste Hospital até completarem os dois meses de DOT depois são referidos para continuar o tratamento sob DOTc nos centros de saúde.

Objectivo: Determinar a taxa de mortalidade dos doentes nos primeiros dois meses de tratamento no serviço de Tisiologia IV do HGM. Determinar os principais factores de risco associados a esta mortalidade.

Métodos: Fez-se um estudo chort retrospectivo, dos doentes internados no HGM serviço de Tisiologia de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2013. Foram empregues métodos de estatística descritiva (designadamente, medidas de tendência, de dispersão, de localização e tabelas de frequência), foram empregues ainda análises univariadas por testes de regressão de Poisson com erros padrões robustos. E foi usado um nível de significância de 5%.

Resultados: Durante o período em análise foram atendidos neste serviço 470 doentes, dos quais, 51,5% (n = 242) eram do género masculino e a média de idade foi de 35 anos. A maioria dos doentes

apresentavam TB pulmonar 94,0% (n = 442) e 88,0% (n = 414) apresentava serologia positiva para VIH. Verificou-se ainda que apenas 14,5% (n = 68) (IC95%; 12,9-17,1) dos doentes com serologia positiva para VIH, apresentavam contagem de linfócitos TC4+ acima de 200 células/mm³. Mais de metade dos doentes 59,8% (n = 281) apresentava índice de Karnofsky acima de 50. A taxa de mortalidade nos primeiros dois meses de tratamento foi de 20,6% (n = 97) (IC95%; 16,73-24,19) e a maior parte ocorreu nas primeiras 48h do internamento (n = 84; 86,6%). O índice de Karnofsky entre 30 a 60 constituía factor protector para mortalidade (RR 0,24; IC95% 0,17-0,33; p < 0,001), assim como a contagem absoluta de linfócitos TCD4+ acima de 200 células/mm³ (RR 0,30; IC95% 0,13-0,72; p = 0,007). Apesar de não se ter demonstrado à associação com mortalidade a tuberculose extrapulmonar e a serologia positiva para VIH aumentavam o risco de mortalidade em 1,42 vezes (IC95% 0,77-2,62; p = 0,265) e em 1,50 vezes (IC95% 0,77-2,94; p = 0,231) respectivamente.

Conclusões: A elevada taxa de mortalidade verificada neste estudo, provavelmente está associado ao atraso de diagnóstico, os doentes chegam ao Hospital num estágio muito avançado da doença, o que se confirmou pela forte associação verificada entre a mortalidade e o baixo índice de Karnofsky e a contagem dos linfócitos TCD4+ dos doentes co-infectados.

Palavras chave: Mortalidade. TB. Moçambique.

PO 071. DINÂMICA DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NO LABORATÓRIO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO

P. Zindoga, S. Amad, S. Peleve, A. Hassane, A. Cossa, J. Pondo, E. Nunes

Hospital Central de Maputo, Moçambique.

Introdução: Em países com poucos recursos, como é o caso de Moçambique, a baciloscopia pelo método de Ziehl-Neelsen é a técnica de eleição recomendada pela OMS para o diagnóstico da TB, especialmente da forma pulmonar por ser um exame simples, rápido, barato e mais acessível (MISAU 2014, OMS 2014). Contudo, ela deve ser realizada de maneira correcta, desde a colheita da expectoração até a leitura e interpretação dos resultados. A baciloscopia, quando executada correctamente detecta 70 a 80% dos casos de TB pulmonar numa comunidade (PNCT 2013). O controlo efectivo da tuberculose depende de uma boa rede de laboratórios com a finalidade de detectar os casos bacilíferos, monitorar a evolução de tratamento e emitir resultados de cura no fim do tratamento.

Objectivo: Determinar a frequência de baciloscopia positivas. Determinar as possíveis causas da elevada baciloscopia negativa.

Métodos: Fez-se um estudo retrospectivo, usando os livros de registo do Programa Nacional de Combate da Tuberculose para os laboratórios de baciloscopia. Foram colhidos os dados clínicos e demográficos dos utentes, de janeiro a dezembro de 2014. A análise estatística foi feita com recurso a um programa informático Epi info na sua versão número 7. Foram empregues métodos de estatística descritiva (designadamente, medidas de tendência, de dispersão, de localização e tabelas de frequência).

Resultados: Neste estudo foram incluídos 3.474 utentes, por dia eram processadas 42 amostras e tempo medio de processamento da amostra foi de duas horas, desde a recepção da amostra até a emissão do resultado. Das 3474 amostras processadas, 52,8% (IC95%; 51,2-54,5) foram do sexo masculino. A média de idade dos utentes que estudo foi de 35 anos de idade. Neste período em análise foram recebidas pelo laboratório amostras de 35 serviços. Maior parte das amostras eram do Balcão do serviço de urgência 36% (n = 1.109). Apenas 13,62% (n = 473) dos serviços (IC95%; 12,5-14,8) enviaram duas ou mais amostras. Os principais tipos de amostras

analisados foram saliva 47% (n = 1.598), expectoração mucoide 34% (n = 1.141), LCR 12% (n = 405). Apenas 7% (n = 230) das baciloscopias feitas apresentavam resultado positivo e destas, mais de 60% (IC95%; 48,4 - 72,4) foram amostras do tipo mucoide. A maioria dos utentes 86% (n = 2.967) com baciloscopia negativa apresentava apenas uma amostra.

Conclusões: O maior fluxo de doentes no serviço de Urgência, Pediatria, Medicinas podem ter contribuído para serem os serviços que mais amostras enviam ao laboratório. Apesar deste maior envio das amostras alguns destes serviços enviam apenas uma amostra e maioritariamente saliva. O que pode justificar a pequena proporção de Baciloscopias positivas encontradas neste estudo. Neste estudo observou-se que as amostras que foram positivas (60%) foram as de expectoração do tipo mucoide, provavelmente pela maior densidade parasitária presente neste tipo de amostra em comparação com a saliva.

Palavras chave: Diagnóstico. TB. urgência.

PO 072. A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO DE TUBERCULOSE ATIVA OU LATENTE NOS CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOLÓGICA. EXPERIÊNCIA DO CENTRO DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO DA VENDA NOVA (CDPVN)

B. von Amann¹, M. Villar²

¹Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). ²Centro Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova.

Introdução: Dado o carácter imunossupressor da terapêutica biológica, a sua utilização requer sempre o rastreio prévio de tuberculose ativa ou latente (ITBL). O rastreio baseia-se no inquérito clínico, na realização do teste de sensibilidade à tuberculina (TST), com diferentes *cut-offs* consoante o estado de imunocompetência prévio, se necessário no doseamento do interferon gama (IGRA), na radiografia do tórax e, na suspeita de tuberculose ativa, no exame micobacteriológico da expectoração.

Métodos: Os autores apresentam os resultados de um estudo retrospectivo em 222 doentes candidatos a terapêutica biológica, que recorreram ao CDPVN entre Novembro de 2012 e Abril de 2015 para rastreio. O objetivo principal era caracterizar os doentes em termos da sua origem de referência, resultados do TST e IGRA e elegibilidade para tratamento. O objetivo secundário era a caracterização do tempo de resposta para a primeira consulta e o tempo para decisão clínica.

Resultados: Dos 222 doentes verificou-se que 58,1% (n = 129) eram do sexo feminino e a média de idades foi de 47 anos (mínima 13 anos, máxima 75 anos), sem diferenças na análise por género. Os doentes foram referenciados por psoríase (40,1%), artrite reumatóide (22,5%), artrite psoriática, espondilite anquilosante, Doença de Crohn (3,6%) e Colite Ulcerosa (2,7%). 71% (n = 157) eram da área de influência do CDPVN; 48,6% (n = 108) eram referenciados do SNS e 11,8% (n = 26) vinham já sob terapêutica biológica. O TST foi ≥ 10 mm em 58,2% (n = 39) dos doentes imunocompetentes e ≥ 5 mm em 44,6% (n = 62) dos doentes imunossuprimidos. O teste IGRA foi realizado em 148 doentes, sendo positivo em 20,3% (n = 30), negativo em 77% (n = 114) e indeterminado em 2,7% (n = 4). Dos 28 doentes imunocompetentes com TST negativo, 2 tiveram IGRA positivo. Dos 79 doentes imunossuprimidos com TST em *two-steps* negativo, 8 tiveram IGRA positivo. Não foi diagnosticado qualquer caso de tuberculose activa e foram considerados elegíveis para tratamento de ITBL 45,6% (n = 99) dos doentes, realizando-se em 92,1% o esquema 6H. Avaliámos também a existência de terapêutica antibacilar prévia, contactos conhecidos com tuberculose pulmonar, causas de interrupção de terapêutica antibacilar, tempo para início de terapêutica biológica e consultas de vigilância. O tempo de resposta do CDPVN foi inferior a 5 dias em 76,6% dos casos e o tempo para decisão clínica foi inferior a uma semana em 31,7% dos casos.

Conclusões: Da amostra estudada, os doentes tem uma baixa média de idade, predomínio do género feminino, são referenciados por diferentes especialidades e diferentes patologias (maioritariamente psoríase), sendo a maioria imunossuprimidos. O TST seleciona tanto doentes imunocompetentes como imunossuprimidos, sendo que o teste IGRA alarga a indicação para tratamento de tuberculose latente em 7 e 10%, respetivamente. O tempo de resposta e de decisão clínica do serviço em estudo foi curto, sendo os doentes consultados independentemente da área de residência ou referência.

Palavras chave: Tuberculose latente. Terapêutica biológica. Teste sensibilidade tuberculina. IGRA.

PO 073. TUBERCULOSE INFANTIL - CASO CLÍNICO

V. Firmino, D. Coelho, P. Costa, V. Sacramento, H. Marques, C. Alves, M. Simões, E. Camacho

Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário-Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: A tuberculose (TB) continua a ser um grave problema de saúde pública a nível mundial. Em 2013, cerca de 9 milhões de pessoas contraíram a doença e 1,5 milhões faleceram devido a esta. A tuberculose infantil é uma das dez causas principais de morte entre crianças, com uma estimativa global de 130.000 mortes/ano. O seu impacto é muito mais significativo nos países em desenvolvimento, contudo, em países desenvolvidos a TB infantil chega a constituir 5% da carga total da doença. Esta assume particular importância pelo seu desafio diagnóstico, progressão imperceptível e frequentemente rápida, e pelo maior potencial de formas extrapulmonares graves.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de uma latente, sexo feminino, nascida a 09/07/2014, com antecedentes pessoais de icterícia neonatal e vacinação com BCG a 21/07/2014. Como antecedentes familiares destaca-se o Pai fumador, com diagnóstico de TB pulmonar em 2006, tendo cumprido terapia antibacilar durante pelo menos 6 meses. A Mãe realizou terapêutica profilática para TB em 2006. A lactente recorreu ao serviço de urgência em Agosto de 2014 por um quadro de prostração, recusa alimentar e má progressão ponderal. Foi internada e diagnosticada com TB miliar com envolvimento de pulmão, fígado, baço, gânglios mediastínicos e olhos, e síndrome hemofagocítico secundário. Iniciou terapia antibacilar a 22/08/2014, com rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E) e com necessidade de corticoterapia. Durante o internamento o seu estado clínico sofreu agravamento com múltiplas intercorrências destacando-se: paragem cardiorrespiratória com necessidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, necessidade de drenagem percutânea de cavitação pulmonar apical direita, pneumotórax, lobectomia superior direita e invaginação ileal com resolução espontânea. Atualmente encontra-se melhorada, sob terapia com H e R em seguimento de consultas especializada de infeciologia pediátrica e CDP.

Discussão: O caso relatado ilustra a apresentação grave que TB infantil pode assumir. Os sintomas inespecíficos e a carência de resultados nos exames laboratoriais constituem um desafio, pelo que a história de exposição e a elevada suspeição clínica são os melhores aliados do diagnóstico. A TB infantil é uma consequência direta da TB no adulto e um bom marcador da transmissão na comunidade. Existem poucos estudos direccionados à TB infantil, com a maioria das recomendações a surgirem por extrapolações dos estudos em adultos. Dado o seu potencial agressivo, elevadas taxas de mortalidade, impacto no desenvolvimento da criança e perpetuação da infeção na comunidade existe a necessidade de maior investigação para a melhoria dos testes diagnósticos e adequação de protocolos terapêuticos.

Palavras chave: Tuberculose. Infantil.

PO 074. APRESENTAÇÃO CLÍNICA E MORTALIDADE DA TUBERCULOSE EM DOENTES IDOSOS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE COORTE DE 7 ANOS

L. Meira¹, L. Mendonça Almeida¹, D. Araújo¹, R. Boaventura¹, H. Novais Bastos^{1,2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Instituto de Investigação para as Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho. ³ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães.

Introdução: A tuberculose é uma das doenças infecciosas com maior mortalidade a nível global. A população idosa, pela presença de múltiplas comorbilidades e diminuição da resposta imune, é um grupo com especial morbimortalidade. Por outro lado, a frequência de manifestações atípicas e de formas extrapulmonares podem atrasar o diagnóstico, devendo estar presente um alto grau de suspeição clínica.

Objetivo: Caracterização de uma população de doentes idosos (≥ 65 anos) com diagnóstico de tuberculose.

Métodos: Análise retrospectiva de uma coorte de doentes adultos diagnosticados com tuberculose num hospital central, no período entre 2007 e 2013. Comparam-se as características clínicas, radiográficas e microbiológicas dos doentes com $< e \geq 65$ anos.

Resultados: De um total de 586 doentes com diagnóstico de tuberculose, 165 (28,2%) tinham ≥ 65 anos. Estes apresentavam mais frequentemente uma ou mais co-morbilidades (75,2%, $p < 0,001$), especificamente diabetes mellitus (28,8%, $p < 0,001$), insuficiência cardíaca (22,6%, $p < 0,001$), insuficiência renal crónica (15,4%, $p < 0,001$) e doença respiratória crónica (36,9%, $p < 0,001$). Não foram encontradas diferenças significativas em relação à imunossupressão ($p = 0,137$), mesmo excluindo presença neoplasia ativa ($p = 0,954$); contudo, a infeção por VIH foi mais frequente nos indivíduos < 65 anos (24,8 vs 5,9%, $p < 0,001$). A história de tabagismo e o abuso de álcool foram significativamente maior nos idosos (respetivamente 59%, $p = 0,026$ e 14,7%, $p < 0,001$). Em relação à sintomatologia apresentada pelos doentes, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à dispneia (presente em 58,3% dos ≥ 65 anos, $p < 0,001$), tosse (presente em 81,8% dos < 65 anos, $p = 0,041$) e hiper-sudorese noturna (presente em 52,7% dos < 65 anos, $p < 0,001$). Não foram encontradas diferenças no que concerne à febre ($p = 0,058$), hemoptises ($p = 0,623$), emagrecimento ($p = 0,496$) e tempo de instalação de sintomas ($p = 0,901$). Em ambos os grupos, na maioria dos doentes apenas foi diagnosticada doença pulmonar (65,5% dos < 65 anos e 58,9% dos ≥ 65 anos); contudo verificou-se que 12,3% dos ≥ 65 anos e 5,2% dos < 65 anos apresentaram unicamente doença extrapulmonar ($p < 0,001$). A cavitação foi mais comum nos doentes com < 65 anos (52,8% vs 32,4%) e o derrame pleural nos doentes com ≥ 65 anos (34,1 vs 21,1%), ambas diferenças com significado estatístico ($p < 0,001$ e $p = 0,003$, respetivamente). A mortalidade durante o tempo de tratamento foi mais comum no grupo ≥ 65 anos (40,0% vs 18,0%), com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Conclusões: Na presente coorte mostramos que a apresentação da tuberculose na população idosa pode ter características diferentes. A mortalidade neste grupo foi mais elevada, o que evidencia a importância da presença de outras comorbilidades além da infeção por VIH.

Palavras chave: Tuberculose. idosos.

PO 075. TUBERCULOSE PULMONAR E CANCRO: DUAS ENTIDADES QUE SE MIMETIZAM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Vargas Castanho, F. Menezes, C. Matos, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O diagnóstico diferencial entre tuberculose e neoplasia do pulmão é, por vezes, difícil de estabelecer, sobretudo num país onde a tuberculose apresenta elevada incidência.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 75 anos, autónomo, ex-fumador, desde há 40 anos, com uma carga tabágica de 7 unidades maço/ano, internado no Serviço de Pneumologia do Hospital Garcia de Orta por um quadro com 3 meses de evolução de astenia, adinamia e perda ponderal não quantificada, acompanhado por febre de 38 °C desde a véspera da admissão. Como comorbilidades apresentava hipertensão arterial, diabetes *mellitus* insulino-tratada com lesão de órgão-alvo (nefropatia), hiperuricémia e hipertrofia benigna da próstata, medicado de acordo com as patologias supracitadas. À entrada, de relevante ao exame objectivo destacava-se febre (38,5 °C) e semiologia de derrame pleural nos 2/3 inferiores do hemitórax direito. Dos exames complementares de diagnóstico salientavam-se aumento dos parâmetros inflamatórios com PCR 13,5 mg/dL, insuficiência respiratória parcial na gasimetria arterial em ar ambiente (pH 7,39, pCO₂ 39 mmHg, pO₂ 56,9 mmHg, HCO₃⁻ 23,3 mmol/L) e radiografia de tórax com hipotransparência homogénea nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito. Para caracterização etiológica do derrame pleural realizou: toracocentese com biópsia pleural com drenagem de líquido pleural compatível com exsudado (pH 7,018, Glicose 120 mg/dL, Proteínas totais 5,3 g/dL, Colesterol 63 mg/dL, LDH 1148 UI/L, ADA 52,20 U/L, Amilase 80 UI/L), Contagem celular 1000 células/ μ L com predomínio de linfócitos e 1% células mesoteliais, sem isolamento de agentes microbiológicos, com biópsia pleural não conclusiva. TC torácica que confirmou derrame pleural direito e nódulo justa-apical homolateral de morfologia irregular e contorno microlobulado, medindo 15 x 14 mm, gânglios mediastínicos, paratraqueais direitos, infracarinários e na janela aorto-pulmonar. Para estudo do nódulo pulmonar associado ao derrame pleural realizou PET CT que revelou doença metabolicamente activa e ávida para FDG sugestiva de infiltração neoplásica difusa da pleura direita, nódulo de muito provável carácter maligno no LSD e metastização ganglionar mediastínica bilateral. Cumpriu 8 dias de antibioterapia empírica com ceftriaxone sem isolamento de agentes microbiológicos nas hemoculturas ou no líquido pleural, verificando-se diminuição dos parâmetros inflamatórios e correcção da insuficiência respiratória. Dada a recidiva do derrame pleural direito repetiu toracocentese com biópsia pleural cujo histologia mostrou granulomatose pleural não necrotizante, compatível com etiologia tuberculosa, tendo sido positiva a pesquisa de micobactérias (exame directo negativo, cultural em curso). Tendo em conta que o doente não apresentava expectoração para análise micobacteriológica e pela existência de nódulo pulmonar direito foi submetido a broncofibroscopia mostrou focos de antracose bilateralmente e brônquio do lobo do lobo médio ligeiramente elíptico (compressão extrínseca?), tendo o exame directo das secreções brônquicas sido negativo (cultural em curso), citologias das secreções brônquicas negativa para malignidade e para micobactérias. Iniciou terapêutica antibacteriana quádrupla de primeira linha (HRZE), tendo tido alta ao 8º dia de terapêutica, sem evidência de toxicidade hepática dos fármacos, referenciado ao CDP de Almada.

Discussão: Este caso clínico reforça a importância fulcral da avaliação histológica da biópsia pleural com agulha no diagnóstico diferencial destas duas patologias tão prevalentes em Portugal.

Palavras chave: Derrame pleural. Biópsia pleural.

PO 076. DO DERRAME PLEURAL DIREITO À PERICARDITE CONSTRITIVA CRÓNICA POR TUBERCULOSE

C. Araújo, J. Eusébio, D. Duarte, N. André, P. Raimundo, Y. Anzola, S. Borges, A. Domingos

Serviços de Pneumologia e Medicina Interna, Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras.

Introdução: Como pneumologistas somos constantemente confrontados com derrames pleurais, mas a pericardite constritiva raramente é a causa. A tuberculose é a principal causa de pericardite

constritiva em países em desenvolvimento mas representa apenas uma minoria em países desenvolvidos. Os autores apresentam um caso clínico que ilustra a dificuldade diagnóstica de uma causa rara de derrame pleural direito.

Caso clínico: Um homem de 58 anos, sem comorbilidades conhecidas, apresentou-se com queixas de dispneia com 4 semanas de evolução. A radiografia de tórax e a TC torácica evidenciaram extenso derrame pleural direito, sem alterações parenquimatosas, e ascite ligeira. O ecocardiograma revelou ligeiro padrão de sobrecarga direito e hiperecogenicidade do pericárdio posterior. O derrame pleural foi drenado mas verificou-se recorrência do mesmo. O doente foi submetido a vários exames, nomeadamente biópsia pleural, toracoscopia, ecografia abdominal, TC abdominal, PET scan, biópsia peritoneal, investigação microbiológica e imunológica, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, broncoscopia e biópsia hepática, todos sem alterações relevantes. Devido ao aumento progressivo da ascite e da história de hábitos alcoólicos moderados, foi efectuada uma biópsia hepática transjugular para exclusão de doença hepática crónica. Durante a realização do procedimento foi notado aumento da pressão das cavidades cardíacas direitas e do sistema venoso direito, compatível com pericardite constritiva. Assim, o doente foi submetido a pericardiectomia, com rápida melhoria do derrame pleural e ascite. A biópsia do pericárdio revelou granulomas. Assim, não havendo evidência de outra patologia e sendo a tuberculose a pedra basilar da pericardite constritiva crónica, o doente iniciou terapêutica antibacteriana.

Discussão: A pericardite constritiva crónica pode ser uma causa rara de derrame pleural direito recidivante.

Palavras chave: Tuberculose. Derrame pleural. Pericardite.

PO 077. TUBERCULOSE EM DOENTES ONCOLÓGICOS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE COORTE DE 7 ANOS (2007-2013)

L. Mendonça e Almeida¹, L. Meira¹, R. Boaventura¹, D. Araújo¹, H. Novais e Bastos^{1,2,3}

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

²*Departamento de Investigação em Microbiologia e Infecção, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho.*

³*Laboratório associado ICVS/3B's.*

Introdução: A tuberculose e a doença oncológica são causas de grande morbi-mortalidade a nível global, sendo evidente uma frequência crescente de sobreposição dos dois diagnósticos. O estado de inflamação crónica provocado pela tuberculose poderá contribuir para o desenvolvimento da neoplasia, por outro lado os doentes neoplásicos estão mais vulneráveis à tuberculose ativa pelo estado de imunodepressão em que frequentemente se encontram. **Objectivo:** Caracterização de uma população de doentes oncológicos com diagnóstico de tuberculose.

Métodos: Foi analisada retrospectivamente uma coorte de doentes adultos diagnosticados com tuberculose, num hospital central, no período compreendido entre janeiro de 2007 e dezembro de 2013 e identificados quais os doentes com neoplasia ativa. Foram revistas as características demográficas, clínicas, imagiológicas e microbiológicas dos doentes com neoplasia ativa presentes nesta coorte.

Resultados: Dos 619 casos de tuberculose diagnosticados, no período do estudo, foram incluídos 586 adultos com tuberculose respiratória. Identificaram-se 40 (6,9%) doentes com doença oncológica activa. Verificou-se um predomínio do sexo masculino (85,4%) e uma média de idades de 65 anos (mínima 44, máxima 86). Na maioria dos casos havia história de tabagismo ativo ou prévio (45,7% eram fumadores ativos e 25,7% eram ex-fumadores). A serologia do VIH foi negativa em 90,6% dos doentes. A doença respiratória crónica foi a comorbilidade mais frequentemente identificada: 20% tinham DPOC e 30,8% tinham doença pulmonar estrutural. Quatro doentes (10%) tinham história conhecida de tuberculose prévia. A forma

pulmonar foi o principal foco de tuberculose (77,5%); a doença disseminada surgiu em 7,5% dos casos. Clinicamente, a maior parte dos doentes apresentava sintomas há menos de 30 dias (48,1%) e os sintomas mais frequentemente referidos foram emagrecimento (60%), tosse (58,1%), dispneia (50%) e a febre (54,8%). Os isolamentos de *Mycobacterium tuberculosis* foram obtidos a partir de exame de expectoração em 55% dos casos através de lavado brônquico/lavado bronquioalveolar em 22,5%, sendo que 34,5% dos exames diretos foram negativos. A maior parte dos *Mycobacterium tuberculosis* isolados em cultura (77,8%) eram sensíveis aos 4 antibióticos de primeira linha. Radiograficamente, a maioria dos doentes apresentava infiltrado bilateral (77,1%), sem alterações sugestivas de cavitação (61,1%). Em relação à doença oncológica, 35% tinham neoplasia primária pulmonar, 30% apresentavam neoplasia hematológica; nos restantes doentes não se observou um grupo de neoplasias predominante. Entre os doentes com neoplasia do pulmão, predominou o carcinoma epidermóide (46,2%), 38,5% apresentava uma histologia compatível com carcinoma de não pequenas células sem outra especificação histológica. Dos doentes com neoplasias estáveis pelo sistema TNM, 66,7% encontravam-se em estágio IV. Metade dos doentes foram submetidos a quimioterapia, 39,5% a radioterapia e 23,7% a intervenção cirúrgica. Até ao final do tratamento da tuberculose, 77,5% dos doentes morreram e a média da sobrevivência foi de 116 dias (IC95% 77-155).

Conclusões: A coexistência de tuberculose e cancro pode trazer dificuldades ao diagnóstico de ambas as doenças e atrasar a instituição de terapêutica adequada. É necessário um elevado grau de suspeição clínica, de modo a atuar precocemente, dado o potencial mau prognóstico.

Palavras chave: Tuberculose. Cancro. Neoplasia. Oncologia.

PO 078. TUBERCULOSE MILIAR E SÍNDROME MIELODISPLÁSICO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Araújo, J. Eusébio, D. Duarte, N. André, A. Domingos

Centro Hospitalar do Oeste-Torres Vedras.

Introdução: O diagnóstico de tuberculose é relativamente comum em doentes com o diagnóstico de síndrome mielodisplásico; no entanto, são raros os casos reportados na literatura com apresentação miliar.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso clínico de um homem de 87 anos, com antecedentes conhecidos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, insuficiência renal crónica e anemia normocítica normocrómica. Foi internado no Serviço de Pneumologia por quadro de febre, tosse, expectoração mucopurulenta e dispneia com 3 dias de evolução, associadas a astenia e adinamia desde há 5 meses. Radiologicamente documentou-se extenso infiltrado intersticial micronodular em todos os campos pulmonares com opacidades nodulares e laboratorialmente anemia e trombocitopenia. Foram efectuados vários exames para investigação do quadro, nomeadamente: 1) Broncofibroscopia: alterações inflamatórias; lavado brônquico negativo para células neoplásicas, bacteriologia e micobacteriologia; biopsias brônquicas negativas para malignidade; 2) TC abdomino-pélvica: massa abdominal desde o hilo hepático à fossa ilíaca direita; 3) PET scan: nódulos pulmonares múltiplos (SUV máximo 5.0); massa abdominal sem captação; captação difusa em todo o esqueleto; 4) EDA: sem lesões; 5) Colonoscopia: sem lesões relevantes; 6) Análises: hipergamaglobulinémia, com aumento das cadeias leves na urina; imunofixação sem alterações; 7) Miograma: compatível com síndrome mielodisplásico; 8) Biopsia óssea: granulomas sem necrose; 9) nova broncofibroscopia: LBA com positividade para BAAR em exame directo e cultural; 10) Mielocultura: a aguardar resultado. Assim, foi admitido o diagnóstico de Síndrome Mielodisplásico associado a tuberculose miliar, tendo o doente efectuado terapêutica com HRZE.

Discussão: A tuberculose é uma complicação conhecida das doenças hematológicas, incluindo o síndrome mielodisplásico; no entanto, a sua apresentação miliar é rara. A apresentação inicial da doença hematológica pode preceder, suceder ou ser simultânea à da tuberculose.

Palavras chave: Tuberculose miliar. Síndrome mielodisplásico.

PO 079. TUBERCULOSE ESOFÁGICA: UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

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

Centro Hospitalar Tondela-Visu.

Introdução: A tuberculose (TB) esofágica é uma condição rara, mesmo em países com alta incidência de TB. É responsável por apenas 1 a 3% dos casos de tuberculose gastrointestinal, sendo o órgão menos atingido de todo o aparelho digestivo. O caso enfatiza a diversidade das formas de apresentação de tuberculose.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um homem de 31 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, com queixas de disfagia para sólidos e dor retroesternal com um mês de evolução. O estudo analítico com hemograma, coagulação e bioquímica geral não revelou alterações. A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou a nível do terço médio do esófago, úlcera de bordos regulares com 15 mm aos 27 cm dos incisivos; efectuadas múltiplas biópsias que foram negativas para células neoplásicas e para DNA de *Mycobacterium tuberculosis* (MBT). A ecoendoscopia mostrou espessamento da parede da diferenciação de todas as camadas da parede esofágica a esse nível, em continuidade com adenopatia de 14 mm. Do estudo complementar posterior, destaca-se serologia HIV 1 e 2 negativa, imunoglobulinas e eletroforese proteica sérica normais, prova de Mantoux positiva e teste de libertação de interferão gama positivo. Fez TC toraco-abdominal que revelou infiltrado pulmonar mal definido no lobo superior do pulmão esquerdo e adenopatia necrosada com 9 mm em janela aorto-pulmonar. A broncofibroscopia não apresentou alterações de relevo; a pesquisa de DNA de MBT no lavado broncoalveolar foi negativa, mas o exame cultural foi positivo para bacilos álcool ácido resistentes, com identificação de MBT. Iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, apresentando-se assintomático ao fim de 2 semanas de terapêutica. Realizou EDA de controlo após 3 meses de tratamento onde se observou pequena área cicatricial pseudodiverticular.

Discussão: A TB esofágica pode ser primária (isolada), ou secundária (com envolvimento de outros órgãos), sendo ambas raras especialmente em indivíduos jovens e imunocompetentes. A maioria dos casos é tratada de forma eficaz com tuberculostáticos, sendo que o atraso no diagnóstico e início da terapêutica dita um mau prognóstico.

Palavras chave: Tuberculose. Úlcera. Esófago.

PO 080. TUBERCULOSE NO IDOSO

N. Gómez, L.S. Fernandes, V. Clérigo, P. Esteves, J. Costeira, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

Introdução: A população geriátrica é uma população de doentes mais predisposta ao desenvolvimento de tuberculose (TB). De um modo geral, a TB senil tem uma apresentação mais insidiosa e atípica em provável correlação com factores biológicos, nutricionais e estado imunitário, tornando os indivíduos frágeis um campo fértil para a multiplicação do bacilo. Os autores pretendem apresentar um caso de TB disseminada de apresentação grave e diagnóstico mais exigente.

Caso clínico: Mulher, 79 anos de idade, natural e residente em Portugal, não fumadora, com antecedentes de insuficiência venosa dos membros inferiores. Recorreu ao serviço de urgência por quadro clínico com 6 meses de evolução de astenia, adinamia, perda ponderal de 6 kg com deterioração cognitiva com agravamento no último mês. Negava febre, dispneia, tosse produtiva ou sudorese nocturna. À data da observação, destacava-se desorientação no tempo e espaço e palidez, com doente hidratada, apirética, eupneica, com auscultação pulmonar com fervores basais em ambos os campos pulmonares. Analiticamente, apresentava leucopenia e linfopenia, elevação dos níveis séricos de proteína C reactiva e velocidade de sedimentação, com valores de LDH elevados, função renal e hepática sem alterações, sendo as serologias VIH 1 e 2 negativas. Realizou radiografia de tórax e tomografia computadorizada torácica que evidenciaram alterações da densidade do parênquima pulmonar, pequenas condensações subsegmentares dos lobos médio e inferior direito, com micronodularidade difusa. Em D3 de internamento, surge febre de predomínio matutino (39,5 °C), deterioração neurológica com realização de punção lombar e tomografia computadorizada crânio-encefálica sem alterações. Efectuou os seguintes exames microbiológicos: exame bacteriológico da expectoração negativo e antigenúrias para *Pneumococcus* e *Legionella* negativas. A serologia para VHB foi negativa e a serologia para VHC foi positiva confirmada com PCR. Mantendo febre e deterioração nutricional e estado geral, com presença de gânglio inguinal, foi colocada a hipótese de doença linfoproliferativa. Feito mielograma e marcadores tumorais sendo estes negativos. Efectuou broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar cujo resultado microbiológico revelou *Mycobacterium tuberculosis* e biopsia de gânglio inguinal que revelou numerosos granulomas epitelióides sem necrose, com células gigantes multinucleadas tipo Langerhans. Confirmado o diagnóstico de TB disseminada, fez teste molecular de resistência a isoniziada e rifampicina negativo e iniciou terapêutica dirigida, com boa evolução clínica.

Discussão: A tuberculose como uma doença infecciosa encontra na população geriátrica uma marcante susceptibilidade, tanto nas novas infecções, como na reactivação. O seu diagnóstico é dificultado pelas características do quadro clínico, muitas vezes, mascarado com alterações próprias do envelhecimento. A forma clínica é de apresentação com ausência de febre e sintomas respiratórios, sendo o declínio cognitivo, fadiga crónica e anorexia progressiva o quadro clínico inicial. A maior parte dos exames microbiológicos diretos neste grupo etário são negativos dificultando ainda mais o diagnóstico, merecendo uma abordagem com maior rigor e investigação.

Palavras chave: Tuberculose. *Mycobacterium tuberculosis*. Idoso. Diagnóstico.

PO 081. TUBERCULOSE, A GRANDE SIMULADORA

L. Pimenta Bento, M. Silveira, T. Sequeira, R. Melo, C. Longo, C. Pardal

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

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença prevalente em Portugal, com uma incidência de 22,8/10.000 habitantes. Em 2014, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca foram diagnosticados 89 doentes com TB, consequentemente o grau de suspeição para esta doença é elevado. De qualquer modo, o clínico deve avaliar o doente como um todo, uma vez que as patologias respiratórias poderão mascarar outras doenças, nomeadamente as cardiovasculares.

Casos clínicos: Primeiro caso: homem de 65 anos, raça negra, não fumador, sem antecedentes de TB e com hipertensão arterial medicada. Foi internado no Serviço de Pneumologia por quadro com 3 meses de evolução de tosse seca, toracalgia de características pleuríticas à esquerda, febre e perda ponderal de 5 kg. Foram equacionadas as hipóteses de TB/pneumonia/neoplasia do pulmão.

Realizou TC-tórax que mostrou derrame pleural de pequenas dimensões na base esquerda associado a atelectasia/condensação; e toracocentese - líquido pleural compatível com exsudado. Iniciou antibioterapia empírica com ceftriaxone e clindamicina. Verificou-se melhoria analítica e regressão da febre nos primeiros dias. Repetiu TC-tórax que mostrou ligeira diminuição derrame, mantendo imagem de condensação pulmonar, pelo que realizou broncofibroscopia que revelou: "compressão extrínseca do BLIE". Os exames bacteriológicos/culturais do lavado broncoalveolar e das secreções brônquicas não foram compatíveis com TB e o citológico não documentava células malignas. Tendo em conta a manutenção da febre, para exclusão de outros focos infecciosos, fez ecocardiograma: "imagem anecogénica na porção basal da parede inferior, volumosa, difícil distinção de miocárdio/pericárdio, não se podendo excluir a presença de pseudoaneurisma". A RM cardíaca posterior documentava rotura do miocárdio, naquela altura ocluída por coágulo. O ECG mostrava ondas Q inferiores e inversão das T's nas derivações inferiores. O doente teve então um derrame me-tapneumónico associado a enfarte agudo do miocárdio e posterior rotura ventricular. Foi transferido para o Hospital de Santa Cruz, para correcção cirúrgica urgente de pseudoaneurisma, da qual evoluiu favoravelmente. Actualmente está assintomático. Segundo caso: homem de 50 anos, caucasiano, não fumador, com história de TB na infância e hipertensão arterial medicada. Apresentava tosse com expectoração mucosa (raramente hemoptóica), febre vespertina/nocturna e perda ponderal de 9 kg, com 2 meses de evolução. Realizou TC-tórax em ambulatório que revelava: "derrame pleural bilateral e infiltrado intersticial difuso". Colocou-se a hipótese de TB, tendo sido internado no Serviço de Pneumologia para melhor esclarecimento. No exame objectivo, salientava-se presença de sopro holodistólico, no foco aórtico. A marcha diagnóstica incluiu: broncofibroscopia - alterações inflamatórias inespecíficas; exames directo/cultural da expectoração (3) e secreções brônquicas negativos; ecocardiograma - válvula aórtica com prolapso da cúspide posterior, flail/perfuração, condicionando insuficiência aórtica major. Admitiu-se insuficiência aórtica grave, possivelmente pós-endocardite não diagnosticada. Foi transferido para o Serviço de Cardiologia onde iniciou antibioterapia empírica. Por agravamento clínico apesar de optimização terapêutica, foi transferido para a Cirurgia Cardíaca onde colocou uma prótese aórtica mecânica. Cinco meses depois encontra-se assintomático.

Discussão: Estes dois casos pretendem enfatizar a importância de uma abordagem holística do doente. Efectivamente, a tuberculose continua a simular diversas entidades clínicas/radiológicas pelo que num hospital com alta prevalência da doença o diagnóstico certo pode ser um desafio.

Palavras chave: Tuberculose. Patologia cardíaca.

PO 082. TUBERCULOSE OCULAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Unidade de Torres Vedras, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa multissistémica que afecta primariamente os pulmões, sendo responsável por significativa morbi-mortalidade a nível mundial. Para além dos pulmões, outros órgãos podem ser afectados, incluindo o globo ocular. A TB ocular é uma entidade rara, com uma incidência de cerca de 1%, não estando o seu impacto ainda bem esclarecido. **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 sensação de corpo estranho, diminuição focal da acuidade visual e lesão corneana única. O teste de sensibilidade à tuberculina

(TST) foi positivo (28 mm), tal como o teste de detecção de interferon γ (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 cumpriu na totalidade, com evolução clínica favorável. Num caso de TB ocular, qualquer estrutura do sistema visual (desde a pálpebra ao nervo óptico) pode estar comprometida, sendo as apresentações mais comuns a uveíte anterior crónica, a coroidite e a escleroqueratite. Na maioria destes doentes, não se constata história prévia de afecção pulmonar ou sistémica, e até 50% têm uma radiografia do tórax normal. A queratite intersticial, admitida neste caso clínico, é geralmente unilateral e caracteriza-se por um infiltrado estromal periférico com vascularização, causado por uma reacção de hipersensibilidade às proteínas da micobactéria. O diagnóstico 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. Córnea. Queratite.

PO 083. AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DAS BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUISTICA (BQNFQ): O SCORE FACED VS BRONCHIECTASIS SEVERITY INDEX (BSI)

J.C. Costa, J.N. Machado, C. Ferreira, C. Rodrigues

Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Introdução: As bronquiectasias constituem uma doença multidimensional com etiologia muito variada e, como tal, a sua gravidade e prognóstico não pode ser avaliada de forma adequada através da análise de uma única variável. Na atualidade existem duas escalas que permitem avaliar a gravidade e o prognóstico das BQNFQ, o score FACED e o BSI.

Objectivo: Descrever a etiologia de BQNFQ e comparar os resultados da avaliação da gravidade e prognóstico de BQNFQ através dos scores FACED e BSI.

Métodos: Estudo retrospectivo dos pacientes com BQNFQ seguidos numa amostra da consulta de readaptação funcional respiratória do Serviço de Pneumologia B do CHUC. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação das variáveis incorporadas no score FACED (%FEV1 previsto, idade, colonização crónica por pseudomonas aeruginosa, extensão radiológica e grau de dispneia) e no BSI (idade, índice de massa corporal (IMC), %FEV1 previsto, hospitalização e exacerbações no ano anterior, grau de dispneia, colonização crónica por pseudomonas aeruginosa e outros microrganismos e extensão radiológica da doença). Foram excluídos pacientes com neoplasia maligna ativa, fibrose quística, infeção ativa por micobactérias, VIH, diagnóstico primário de fibrose pulmonar/sarcoidose, bronquiectasias de tração secundárias e que receberam antibioterapia de longo prazo previamente ao início do estudo.

Resultados: A amostra foi constituída por 31 indivíduos, 19 do sexo feminino, 12 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 39 e 87 anos. Relativamente à etiologia das BQNFQ verificamos que a maioria eram idiopáticas (61,3%), 16,1% sequelares a tuberculose pulmonar, 12,9% pós-infecciosas e 9,7% relacionadas com imunodeficiências primárias. Relativamente à gravidade e prognóstico das BQNFQ encontramos, de acordo com o score FACED 16 pacientes (51,6%) com bronquiectasias leves, 10 pacientes (32,3%) com bronquiectasias moderadas e 5 (16,1%) com bronquiectasia severas. A média derivada do score FACED foi de $2,6 \pm 1,5$. De acordo com o BSI, a frequência de pacientes com baixa, intermedia e elevada

pontuação BSI foi de 10 (32,3%), 10 (32,3%) e 11 (35,4%), respetivamente. A média derivada do BSI foi $7,8 \pm 4,8$. Verificou-se a existência de uma associação positiva moderada significativa entre as escalas qualitativas FACED e BSI (teste exato de Fisher, $p = 0,047$). Esta associação resulta do facto de 56,2% dos pacientes classificados com bronquiectasias leves no score FACED sejam classificados com BSI baixo, 25% com BSI intermedio e 18,8% dos pacientes BSI elevado.

Conclusões: Aplicando os scores FACED e BSI verificamos uma tendência para que os pacientes sejam classificados com um BSI mais alto relativamente ao score FACED. Essa tendência pode ser explicada pelo facto de o BSI realizar uma estratificação diferente da idade, do grau de dispneia e da %FEV1 previsto e avaliar variáveis como IMC, hospitalização e exacerbações ano anterior, colonização por outros microrganismos e existência de bronquiectasias quísticas. Mais estudos são necessários para determinar como estas escalas podem ter impacto na prática clínica.

Palavras chave: Bronquiectasias. Prognóstico. Gravidade. FACED. BSI.

PO 084. AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DAS BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUISTICA (BQNFQ): O SCORE FACED

J.C. Costa, J.N. Machado, C. Ferreira, C. Rodrigues

Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Introdução: As bronquiectasias são uma doença respiratória crónica, caracterizada por dilatações anormais e irreversíveis das vias aéreas. Constituem uma doença multidimensional com etiologia muito variada e, como tal, a sua gravidade e prognóstico não pode ser avaliada de forma adequada unicamente através da análise de uma variável. O score FACED corresponde a uma escala que avalia a gravidade e o prognóstico das BQNFQ através da análise de cinco parâmetros: um parâmetro funcional (FEV 1% previsto), um fisiológico (idade), um microbiológico (colonização crónica por Pseudomonas aeruginosa), um radiológico (nº lobos afetados por bronquiectasias), e um clínico (grau de dispneia, avaliada pela escala mMRC). Através da avaliação destes parâmetros este score permite prever a probabilidade de mortalidade em 5 anos de seguimento, independentemente da etiologia das bronquiectasias.

Objectivo: Avaliação da gravidade e prognóstico de BQNFQ através do score FACED e verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os parâmetros avaliados pelo score FACED e a gravidade das BQNFQ.

Métodos: Estudo retrospectivo dos pacientes com BQNFQ seguidos numa amostra da consulta de readaptação funcional respiratória do Serviço de Pneumologia B do CHUC. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação das variáveis incorporadas no score FACED. Análise estatística dos dados foi realizada através dos programas Microsoft Excel® e IBM SPSS®.

Resultados: A amostra foi constituída por 39 indivíduos, 24 do sexo feminino, 15 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 37 e 87 anos. Para a nossa amostra verificou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre a idade e a %FEV1 previsto dos indivíduos e a gravidade das bronquiectasias (teste Anova $p = 0,003$ e teste de Kruskal Wallis $p = 0,014$, respetivamente). Para a nossa amostra não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os parâmetros colonização por Pseudomonas aeruginosa, extensão radiológica das bronquiectasias, grau de dispneia e a gravidade das bronquiectasias (teste de Kruskal Wallis $p = 0,257$, $p = 0,141$, $p = 0,057$, respetivamente), ou seja, para a nossa amostra, os pacientes com colonização por Pseudomonas aeruginosa, com maior extensão radiológica da doença e com maior grau de dispneia não apresentaram bronquiectasias mais graves classificadas pelo score FACED.

Conclusões: Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura que mostra que as variáveis idade e %FEV1 previsto são os parâmetros avaliados pelo score FACED com maior valor preditivo de mortalidade.

Palavras chave: Bronquiectasias. Prognóstico. Gravidade. FACED. Idade. FEV 1% previsto.

PO 085. BRONQUIECTASIAS INFETADAS: CARACTERIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE UMA AMOSTRA

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

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

Introdução: Bronquiectasias correspondem a distorção brônquica caracterizada pela dilatação irreversível e espessamento das paredes brônquicas. Manifesta-se clinicamente por tosse produtiva de expectoração mucopurulenta, ocasionalmente hemoptóica, e hemoptises. Nas exacerbações verifica-se um aumento da quantidade e da purulência da expectoração, associada a febre, dispneia e sintomas constitucionais. Existe deficiente clearance muco-ciliar, infecção crónica, inflamação brônquica e lesão pulmonar progressiva, num ciclo vicioso. Durante as exacerbações é prioritário o início precoce de terapêutica antibiótica, para controlo da infecção, preferencialmente dirigida aos microrganismos mais frequentemente identificados.

Objectivo: Identificar quais os microrganismos que mais frequentemente são responsáveis pelas exacerbações infecciosas de bronquiectasias.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes internados por bronquiectasias infetadas, no período de um ano, no serviço de Pneumologia. Procedeu-se à revisão dos registos clínicos, com a análise das seguintes variáveis: género, idade, tempo de internamento, comorbilidades respiratórias, destino após a alta, microrganismo identificado e sensibilidade antibiótica.

Resultados: 64 internamentos por bronquiectasias infetadas, no período de 1 julho 2014 a 31 junho 2015, que corresponderam a 44 doentes. A média de idades foi de 71,5 anos, 68% (n = 30) do género feminino e 32% (n = 14) do género masculino. Os internamentos duraram em média 12 dias. No que se refere a comorbilidades respiratórias, verificou-se que 66% dos doentes (n = 29) tinha outros diagnósticos associados. Assim, 20,4% (n = 9) tinham o diagnóstico de asma, 29,5% (n = 13) DPOC, 9,1% (n = 4) enfisema, 4,5% (n = 2) sarcoidose e 2,3% (n = 1) silicose. Dos 64 internamentos, ocorreram 5 óbitos (7,8%), 1 transferência para o serviço de Medicina Intensiva, 2 referências ao Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e 56 altas, orientados para a consulta externa. Os estudos microbiológicos da expectoração evidenciaram cultura negativa em 8 casos (12,5%) e polimicrobiana em 22 casos (34%). O microrganismo mais frequentemente identificado foi a *Pseudomonas aeruginosa* (n = 16, 25%), seguida do *Staphylococcus aureus* (n = 5, 8%). Outros microrganismos identificados foram o *Haemophilus Influenzae* (n = 2), *Acinetobacter baumannii* (n = 2), *Aspergillus fumigatus* (n = 1), *Candida albicans* (n = 1), *Enterobacter cloacae* (n = 1), *Stenotrophomonas maltophilia* (n = 2), *Mycobacterium tuberculosis* (n = 1), *Mycobacterium avium* (n = 1) e *Mycobacterium gordonae* (n = 1). No que respeita ao Teste de Sensibilidade a Antibióticos (TSA) para a *Pseudomonas aeruginosa* verificou-se que todos os microrganismos apresentavam sensibilidade para uma cefalosporina de 3ª geração (ceftazidima), gentamicina e ampicilina. 75% (n = 12) tinha sensibilidade à piperacilina/tazobactam e à tobramicina. Observou-se que apenas 37,5% (n = 6) tinham sensibilidade à levofloxacina e 50% (n = 8) tinham à ciprofloxacina.

Conclusões: Os autores apresentam este estudo para enfatizar a importância da identificação microbiológica nos casos de bronquiectasias infetadas, para eficácia da terapêutica e prevenção de resistências. Inicialmente, enquanto se aguardam os resultados microbiológicos, deverá ser iniciada antibioterapia de largo espec-

tro e que cubra os agentes mais frequentemente encontrados em doentes com esta patologia.

Palavras chave: Bronquiectasias. Bronquiectasias infetadas. Identificação microbiológica.

PO 086. TUBERCULOSE - UMA APRESENTAÇÃO RARA

T. Calado¹, A. Braga², R. Barata¹, M. Alvoeiro¹, C. Torres¹, P. Calvino¹, C. Rodrigues¹, F. Félix¹

¹Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente-CHLN.

²Serviço de Cirurgia Cardiorrespiratória, Hospital de Santa Cruz-CHLO.

Introdução: No passado, a tuberculose era considerada a principal causa de pneumotórax espontâneo secundário. No entanto, nos dias de hoje, constitui uma complicação rara desta infecção pulmonar activa, com uma incidência de 0,6% to 1,4%. Durante a tuberculose activa, o pneumotórax surge por necrose caseosa com fístula broncopleurale ou uma cavitação aberta para o espaço pleural, o que pode também originar empiema tuberculoso, que constitui uma forma rara de pleurite tuberculosa, especialmente em pessoas imunocompetentes. Esta complicação é confirmada pela presença de bacilos no líquido pleural, sendo o diagnóstico facilmente estabelecido, pela clínica e bacteriologia. A maioria dos casos pode ser tratada por antibióticos e drenagem torácica. No entanto, os pacientes com empiema crónico frequentemente exigem cirurgia após o tratamento médico.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma jovem com tuberculose activa, que desenvolveu estas duas complicações raras. Doente com 25 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais relevantes. Contacto com 2 casos de tuberculose há cerca de 1 ano atrás. Na admissão, a doente apresentava queixas de tosse seca, febre (> 39 °C), dispneia, mialgias, astenia e anorexia com 1 mês de evolução associado a agravamento da dispneia e toracalgia intensa e súbita à direita, apenas algumas horas antes da admissão no SU. O exame físico revelou febre (40 °C), sinais de insuficiência respiratória e murmúrio vesicular ausente no hemitórax direito. Laboratorialmente apresentava hemoglobina 13,2 g/dL; leucócitos 11.540/mL (87% neutrófilos); PCR 20,8 mg/L, sem outras alterações. A radiografia de tórax revelou pneumotórax à direita associado a derrame pleural ipsilateral. Introduzida drenagem torácica com saída de líquido pleural purulento que apresentou elevada proporção de linfócitos (43% de 1.420/μL leucócitos), LDH 8.486 μ/L, proteínas 2,6 g/dL, glicose < 1 mg/dL e BAAR +. A cultura do líquido pleural foi positiva para o *M. tuberculosis*. As hemoculturas e cultura da expectoração apresentaram-se negativas. A tomografia computadorizada (TC) na admissão confirmou a presença de hidropneumotórax com uma cavitação irregular do lobo inferior direito, nódulos bilaterais e múltiplas adenopatias mediastínicas. A doente iniciou um regime de quatro antibióticos (HRZE) e foi submetida a desbridamento cirúrgico por VATS. Após 2 meses, a doente teve alta assintomática, com líquido pleural negativo no exame micobacteriológico. Um ano após a alta, por apresentar em TC de seguimento, atelectasia do lobo inferior direito, derrame pleural loculado e espessamento pleural, tendo sido submetida a cirurgia (descorticação pulmonar e ressecção em cunha do LID). O tratamento cirúrgico tornou-se um tratamento obrigatório para pacientes com empiema tuberculoso, permitindo o diagnóstico da patologia, a recuperação da infecção, a re-expansão do pulmão afetado, e a prevenção de sequelas respiratórias.

Palavras chave: Tuberculose. Empiema. Pneumotórax.

PO 087. RARO MAS ACONTECE... SÍNDROME DE SWEET

N. Polishchuk, A. Bugalho, C. Nunes, A. Afonso, F. Cunha, M.J. Serra

Hospital Cuf Descobertas.

Introdução: A síndrome de Sweet (SS), também conhecida como dermatose neutrofílica aguda febril, é uma doença rara, descrita pela primeira vez em 1964 por Robert Douglas Sweet. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões cutâneas sob a forma de placas e nódulos eritematosos dolorosos, num contexto clínico de febre, artralgia, mialgia, cefaleias e leucocitose periférica. O envolvimento sistémico pode estar presente e o atingimento pulmonar, apesar de raro, tem sido descrito na forma de infiltrados pulmonares bilaterais, bronquiolite obliterante e derrame pleural. Dependendo da sua associação com outras doenças, a SS pode ser classificada em três subtipos: clássica ou idiopática, associada a doenças malignas ou induzida por drogas. A patogénese permanece desconhecida mas pensa-se que resulta de uma reacção de hipersensibilidade a um antígeno de origem tumoral, bacteriano ou viral.

Caso clínico: Homem de 51 anos, leucodérmico, saudável e sem medicação habitual. Sem outra história epidemiológica relevante. Observado no Serviço de Urgência por quadro súbito de febre, mialgias e artralgias ao qual se juntaram, dois dias depois, lesões cutâneas vesiculosas e pequenas bolhas, não pruriginosas, atingindo a face anterior das coxas, tronco, membros superiores e pescoço. Da avaliação analítica salientava-se leucocitose (12.700) com neutrofilia (84,4%), Proteína C reativa elevada (PCR) - 25 mg/dl, aumento de Velocidade de Sedimentação (VS) - 35 mm/h. A radiografia e TC de tórax demonstraram múltiplos ténues infiltrados alveolares em ambos os campos pulmonares, esboçando confluência no segmento anterior do lobo superior esquerdo e segmento posterior do lobo inferior esquerdo. Aumento das dimensões das adenopatias mediastino-hilares. O doente foi internado com hipótese diagnóstica de Pneumonia. Iniciou antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina sem melhoria clínica, analítica (subida de leucocitose/neutrofilia, VS e PCR) ou radiológica (agravamento dos infiltrados pulmonares). Neste contexto foi alargado o espectro de cobertura antibiótica para meropenem e linezolid. Realizada biópsia das lesões cutâneas. Ecografia abdomino-pélvica e ecocardiografia com estudo de Doppler sem alterações. A prova tuberculínica foi negativa. Os exames bacteriológicos (três hemoculturas, urocultura) foram estéreis. As Serologias infecciosas, incluindo (HIV) foram negativas, bem como pesquisa de fungos, parasitas ou vírus. Estudo de autoimunidade negativo. A broncoscopia flexível demonstrou mucosa brônquica hiperemiada e friável com escassas secreções espumosas. O resultado do exame bacteriológico, micobacteriológico, micológico e pesquisa de *Pneumocystis* no Lavado Broncoalveolar (LBA) foram negativos. A pesquisa de células neoplásicas foi igualmente negativa. Por agravamento clínico, laboratorial e radiológico iniciou corticoterapia sistémica verificando-se rápida melhoria. Entretanto, a biópsia cutânea demonstrou uma dermatose neutrofílica muito compatível com o diagnóstico de Síndrome de Sweet, com manifestações extra-cutâneas.

Discussão: A marcha diagnóstica deste caso revelou-se um verdadeiro desafio. O doente preenchia dois critérios major (lesão cutânea e características histológicas) e três critérios minor (febre > 38 °C, boa resposta a corticóides e alterações laboratoriais: VS > 20 mm/h, PCR elevada, leucocitose com neutrofilia) do diagnóstico de SS. O tratamento recomendado é a corticoterapia, que rapidamente induz a remissão da doença.

Palavras chave: Síndrome de Sweet. Dermatose neutrofílica aguda febril. Infiltrados pulmonares.

PO 088. IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

V. Clérigo, L. Fernandes, A. Mineiro, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Consulta Externa de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A imunodeficiência comum variável é a imunodeficiência primária mais comum depois da deficiência de IgA com uma

prevalência estimada de 1:25.000-100.000, superior na Europa do Norte. Caracteriza-se por hipogamaglobulinémia, défice de linfócitos B ou células plasmáticas capazes de produzir anticorpos, infecções bacterianas recorrentes e incidência aumentada de doenças associadas, nomeadamente auto-ímmunes, granulomatosas e neoplásicas, das quais se destacam as linfoproliferativas. O objectivo deste trabalho é reportar um caso particular desta entidade numa doente com infecções de repetição e alertar para a importância de incluir esta entidade no diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, de 49 anos, com história de infecções das vias aéreas superiores e inferiores recorrentes com 7 anos, que motivaram internamentos hospitalares e antibioterapia recorrentes. Adicionalmente apresentava história de infecção pulmonar sintomática a *Mycobacterium gordonae* previamente tratada. Sem antecedentes familiares relevantes. Da investigação etiológica realizada, documentou-se linfopenia e hipogamaglobulinémia grave com doses de IgA, IgM e IgG abaixo dos valores mínimos de referência. Serologias virais negativas, incluindo vírus da imunodeficiência humana. Procedeu-se ao estudo do tipo de imunodeficiência tendo sido concluído, pelos exames específicos de estudo de população linfocitária, o diagnóstico de imunodeficiência congénita comum variável. A tomografia computadorizada torácica não revelou bronquiectasias. Foi proposta para tratamento regular com imunoglobulina endovenosa: 400 mg/kg durante 4/4 semanas, associada a cinesioterapia respiratória e antibioterapia durante os episódios de infecção. Adicionalmente será realizada vigilância do aparecimento de outras doenças associadas.

Discussão: A imunodeficiência comum variável é uma imunodeficiência primária de tipo humoral, cujo diagnóstico implica a realização de um estudo imunológico específico e complexo para permitir o diagnóstico diferencial com as restantes imunodeficiências primárias de tipo humoral. Os doentes apresentam imunodeficiência de tipo humoral com redução dos níveis séricos de IgA e IgG e em 50% dos casos de IgM. Alguns casos apresentam imunodeficiência celular associada. Esta entidade pode tornar-se evidente em qualquer momento desde a infância até a partir da quarta década de vida. Picos de início de manifestação da doença ocorrem em crianças de 1 a 5 anos e em indivíduos com 16-20 anos. Consequentemente deve ser equacionada como hipótese diagnóstica num doente com história de infecções de repetição desde a infância ou com início mais tardio, na ausência de outras causas alternativas subjacentes às infecções recorrentes ou da documentação de imunodeficiência secundária. As principais manifestações clínicas são infecções bacterianas sinopulmonares e otites recorrentes associadas ao aparecimento de bronquiectasias, diarreia crónica, síndrome de malabsorção e menos frequentemente artrite, osteomielite, meningite e encefalite. Quando há imunodeficiência celular, surgem infecções oportunistas causadas por *Pneumocystis carinii*, fungos, micobactérias e vírus. O diagnóstico desta entidade é primordial visto que possibilita a o início de terapêutica dirigida com administração parentérica de imunoglobulinas. Os factores de mau prognóstico estão relacionados com a presença de doença pulmonar crónica, bronquiectasias, doenças auto-ímmunes, neoplásicas e imunodeficiência celular. A sobrevida esperada 20 anos após o diagnóstico é inferior à da população em geral (64% para o sexo masculino e 67% para o feminino).

Palavras chave: Imunodeficiência comum variável.

PO 089. CPAP PARA CONTROLO DE HIDROTÓRAX HEPÁTICO

P. Americano, K. Cunha, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve, Unidade Hospitalar de Faro.

Introdução: O hidrotórax hepático (HH) ocorre em cerca de 5 a 15% dos casos de doença hepática crónica (DHC), podendo acrescen-

tar sintomatologia com importante impacto na qualidade de vida dos doentes. O mecanismo fisiológico mais aceite pela comunidade científica apoia-se na existência de continuidades transdiafragmáticas que permitem a passagem de líquido ascítico para o espaço pleural, movimento promovido pelo diferencial de pressões que resulta dos movimentos respiratórios. Nos casos em que o transplante hepático está contraindicado, o tratamento sintomático do HH torna-se desafiante, como demonstram as elevadas taxas de refratariedade aos procedimentos utilizados. Os autores expõem dois casos em que foi utilizada uma pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) para tentar reduzir o volume de HH e assim conseguir algum alívio sintomático.

Casos clínicos: Caso 1: mulher de 70 anos com DHC por cirrose biliar primária, Child-Pugh C, sem indicação para TIPS ou transplante, internada recorrentemente por dispneia em contexto de HH refratário a terapêutica diurética otimizada e toracocenteses evacuadoras. Semiologia de derrame pleural direito extenso, gasometria arterial (GSA) com insuficiência respiratória parcial - O₂ a 15 L/min - PaO₂: 47,9 mmHg; PaCO₂: 42,9 mmHg; SaO₂: 79,4%; e telerradiografia torácica com hipotransparência homogénea em todo o hemitórax direito. Na tentativa de prevenir a recorrência do hidrotórax, iniciou-se CPAP após nova toracocentese evacuadora - 1.000 cc de líquido pleural - com melhoria clínica, laboratorial e imagiológica - GSA sob CPAP a 6+ O₂ a 15 L/min - PaO₂: 69,9 mmHg; PaCO₂: 42,1 mmHg; SaO₂: 94,4%. A doente acabou por falecer no contexto da sua doença hepática passados 40 dias. Caso 2: homem de 60 anos com DHC por colangite esclerosante primária em múltiplos internamentos por encefalopatia hepática. Apresenta uma ascite de difícil controlo por não tolerar terapêutica diurética. Enviado à consulta de Pneumologia por dispneia de agravamento progressivo no último mês, grau 3-4 na escala modificada do *Medical Research Council* (mMRC), quando avaliado. Semiologia de derrame pleural na metade inferior do hemitórax direito. GSA em ar ambiente - PaO₂: 73,5 mmHg; PaCO₂: 36,8 mmHg; SaO₂: 95,7%; telerradiografia torácica com hipotransparência homogénea nos dois terços inferiores do hemitórax direito. Face impossibilidade de otimizar terapêutica diurética, optou-se por iniciar CPAP para controlo do HH. Na última reavaliação, passados 2 meses, o doente está a tolerar bem a terapêutica, com melhoria significativa da dispneia, grau 1 mMRC, e redução do derrame pleural.

Discussão: Considerando o mecanismo fisiopatológico, a utilização de CPAP parece contrariar o fluxo de líquido acima referido, surgindo esta modalidade terapêutica como uma alternativa a considerar em casos selecionados de HH refratário à terapêutica convencional.

Palavras chave: Hidrotórax hepático. CPAP. Doença hepática crónica. Derrame pleural.

PO 090. FIBROSE QUÍSTICA: QUANDO O PULMÃO NÃO É O ÚNICO ÓRGÃO QUE PRECISA DE SER TRANSPLANTADO

M. Cunha¹, C. Guimaraes¹, A.I. Lopes², L. Pereira¹

¹Unidade de Pneumologia Pediátrica; ²Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital Universitário de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa. Serviço de Pediatria (Directora: Prof.^a Doutora Celeste Barreto). Departamento de Pediatria, Hospital Universitário de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa (Directora: Prof.^a Doutora Maria do Céu Machado).

A fibrose quística é a doença autossómica recessiva mais frequente na raça caucasiana. Trata-se de uma doença crónica e sistémica com múltiplas manifestações clínicas de gravidade variável. Apresentamos o caso clínico de um jovem que exemplifica a afecção multisistémica grave da doença, com envolvimento pulmonar e hepático major com hipertensão portal que condiciona indicação provável para transplante pulmonar e hepático. Adolescente de 17 anos com diagnóstico de fibrose quística desde os 3 meses de idade. Homozigótico para a deleção F 508, traduzindo-se por fenótipo respiratório e gastrointestinal. Do ponto de vista respiratório, apresenta sinusite crónica, bronquiectasias com broncorreia crónica e vários episódios de agudização com necessidade de internamento. Nas secreções brônquicas verifica-se colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* desde o ano de idade, bem como vários isolamentos de *Aspergillus fumigatus* nos últimos anos e um isolamento de *Mycobacterium abscessus* em 2015. Provas de função respiratória demonstram padrão obstructivo com declínio progressivo de FEV1, mais evidente no último ano (última avaliação FEV1 - 57,6%) e a TC torácica mostra hiperinsuflação pulmonar difusa ligeira a moderada, múltiplas bronquiectasias bilaterais e difusas, predominantemente tubulares e varicosas e espessamento difuso da parede brônquica com impacção brônquica e bronquiolar. Sob ponto de vista gastrointestinal apresenta insuficiência pancreática e, desde 2005, evidência de doença hepática crónica compensada, compatível com cirrose hepática complicada de hipertensão portal/varizes esofágicas, com necessidade de 3 laqueações profiláticas (última em 2012). É um doente de alto risco nutricional com um IMC 18.9 (P15) com muita dificuldade em aumentar de peso, mantendo por isso uma dieta hipercalórica e mantendo acompanhamento nutricional regular. Apesar de todas as comorbidades é um jovem com vida social activa, bom aproveitamento escolar e praticante de desporto. Mantém seguimento de Pneumologia e Hepatologia, tendo em perspectiva programação de transplante pulmonar e hepático que se discute se deverá ser concomitante ou sequencial e em que ordem.

Palavras chave: Fibrose quística. Transplante. Adolescente.

PO 091. PAPEL DOS D-DÍMEROS NA SUSPEITA DE TEP

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

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-Pólo Hospital Geral.

Introdução: Os D-dímeros são amplamente utilizados na avaliação de doentes com suspeita de tromboembolia pulmonar (TEP). A suspeita inicial surge com base na história clínica complementada por exames complementares de diagnóstico (ECD) simples como o electrocardiograma (ECG), radiografia (Rx) do tórax e gasimetria arterial (GSA). Os D-dímeros permitem excluir TEP numa percentagem significativa de doentes com probabilidade clínica baixa ou intermédia, evitando a realização de angio-TC torácica.

Objectivo: Avaliar como são utilizados os D-dímeros no Serviço de Urgência (SU) em doentes com suspeita de TEP no CHUC-HG.

Métodos: Trabalho retrospectivo elaborado com base na revisão dos processos clínicos dos doentes observados no SU entre novembro e dezembro de 2014 a quem foram requisitados D-dímeros por suspeita de TEP. Foram avaliados dados clínicos, demográficos, resultados de ECD e diagnóstico final.

Resultados: Durante o período em análise foram doseados D-dímeros no SU em 231 doentes por suspeita de TEP, 55,4% do sexo feminino, com uma média etária de 66,4 anos. Dos doentes avaliados, 83,1% apresentavam pelo menos 1 fator de risco para TEP e 10,8% um fator de risco major. Dos fatores de risco major destaca-se a história de TEP/TVP prévia (4,3%). Os sintomas mais frequentes foram: dispneia (35,5%), dor retroesternal (30,8%), tosse (19,7%), dor pleurítica (16,7%) e síncope (12,6%). 11,7% não apresentavam sintomas típicos de TEP. 2,6% (6 doentes) não apresentaram nem fatores de risco nem sintomatologia típica. 90,9% realizaram ECG (63% tinham alterações, sendo a mais frequente a fibrilhação auricular), 90,5% realizaram Rx tórax, (70,3% tinham alterações, a mais frequentemente encontrada foi a consolidação pulmonar, não típica de enfarte pulmonar), 48,9% realizaram GSA (69% tinham alterações, a mais frequente foi a hipocapnia; 5,3% apresentava concomitantemente hipoxemia). No score de Wells, 98,7% (228/231) apresentavam probabilidade clínica baixa ou intermédia de TEP, tendo os D-dímeros excluído TEP em 56,1% (128/228). Dos restantes 41,7% (95/228) com valores elevados de D-dímeros, apenas 23,2%

(22/95) realizaram angio-TC que confirmou TEP em 40,9% (9/22). Os doentes com D-dímeros elevados que não realizaram angio-TC tiveram um diagnóstico alternativo estabelecido com base noutros ECD, maioritariamente patologia do foro cardíaco (28,1%) e respiratório (27%). Dos 1,3% dos doentes que apresentavam probabilidade clínica elevada de TEP, todos tiveram D-dímeros positivos, sendo que apenas 1 realizou angioTC, que confirmou TEP.

Conclusões: Os D-dímeros foram doseados no SU em doentes com hipótese diagnóstica de TEP baseada, na maioria das vezes, na presença de fatores de risco ou sintomas sugestivos. Os D-dímeros foram adequadamente utilizados, sendo requisitados na sua esmagadora maioria em doentes com probabilidade clínica baixa ou intermédia de TEP, permitindo excluir a doença em cerca de metade, evitando assim a realização de angio-TC. Numa percentagem significativa de doentes com valores elevados de D-dímeros, os restantes ECD foram também importantes na exclusão da doença ao permitir encontrar um diagnóstico alternativo. Apenas uma pequena percentagem do total de doentes realizou angio-TC e apenas numa minoria se confirmou a hipótese diagnóstica inicial.

Palavras chave: D-dímeros. Tromboembolia pulmonar. Angio-TC torácica.

PO 092. CARACTERIZAÇÃO DO ENVOLVIMENTO PULMONAR DOS DOENTES COM SÍNDROME DE NOONAN SEGUIDOS NO HOSPITAL DE SANTA MARTA

N. Caires, R. Gerardo, R. Rosa, A. Mineiro, A. Borba, A. Gapito, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.
Faculdade de Ciências Médicas-Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: O síndrome de Noonan é um distúrbio autossómico dominante, com uma incidência entre 1:1.000 e 1:2.500 nascimentos. O diagnóstico deste síndrome é clínico e caracteriza-se por baixa estatura, dismorfologia facial típica e anomalias cardíacas congénitas. Encontram-se também descritas na literatura como prevalentes as deformidades da caixa torácica e displasias dos vasos linfáticos que podem condicionar a formação de quilotórax espontâneo ou secundário a cirurgia cardiotorácica.

Objectivo: Caracterização do envolvimento pulmonar dos doentes com síndrome de Noonan seguidos na consulta de Pneumologia e Cardiologia do Hospital de Santa Marta.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes, incluindo avaliação dos dados demográficos, exames radiológicos e provas funcionais respiratórias (PFR).

Resultados: Foram incluídos 20 doentes com o diagnóstico de síndrome de Noonan, sendo 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino, com uma idade média de 41,44 anos. Destes, 85% possuíam cardiopatia congénita, 40% deformação da caixa torácica (cifoescloiose/pectus escavatum e carinatum) e 10% história de quilotórax. Dos oito doentes que apresentavam deformidade da caixa torácica, a maioria referia clínica respiratória que motivou a realização de PFR. Estas revelaram a presença de compromisso ventilatório predominantemente do tipo restritivo. Destaca-se o caso de um doente que apresenta cifoescloiose grave que determina insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação mecânica não invasiva noturna. Relativamente aos dois doentes com história de quilotórax, um dos casos foi espontâneo e o outro foi secundário à cirurgia de correção da anomalia cardíaca.

Conclusões: Nesta amostra, verificou-se que as malformações cardíacas são a anomalia mais comum. No entanto, uma percentagem significativa dos doentes apresenta também envolvimento torácico que condiciona complicações pulmonares, nomeadamente síndrome restritivo. Estes dados reforçam a importância da abordagem pneumológica nos doentes com síndrome de Noonan.

Palavras chave: Síndrome Noonan. Envolvimento pulmonar.

PO 093. ESTUDO DA MORTALIDADE NUMA ENFERMARIA DE PNEUMOLOGIA

A.M. Silveira, C. Alves Simão, C. Castro Sousa, C. Pardal

Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (Director de Serviço: Dr: Fernando Rodrigues).

Introdução: Em Portugal tem-se assistido a um aumento preocupante do número de internamentos e óbitos por doenças do aparelho respiratório. O Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias refere, por exemplo, que, nos últimos 16 anos, houve um aumento da mortalidade por pneumonia e neoplasias do aparelho respiratório na ordem dos 50 e 30%, respectivamente. Os hábitos tabágicos e as comorbilidades desempenham um papel preponderante neste cenário, sendo os meses de Inverno os de mais elevada mortalidade.

Objectivo: Análise estatística dos óbitos ocorridos na enfermaria (composta por 21 camas) do Serviço de Pneumologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF) no período de janeiro de 2013 a março de 2015, com especial foco no período entre janeiro e março de 2013, 2014 e 2015.

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo dos processos clínicos dos óbitos ocorridos na enfermaria do Serviço de Pneumologia do HFF no período de janeiro de 2013 a março de 2015. A análise estatística foi efectuada através do programa Microsoft Excel 2013®.

Resultados: O número total de óbitos no período de janeiro de 2013 a março de 2015 foi 114, dos quais 41 (36%) ocorreram em 2013, 54 (47%) em 2014 e 19 (17%) nos primeiros 3 meses de 2015. A média de dias de internamento foi de 25 dias (19 em 2013; 26 em 2014 e 37 em 2015). A idade média dos doentes internados foi de 73 anos, sendo que 77% (n = 88) dos óbitos ocorreram em doentes com 65 ou mais anos (2013: 55%; 2014: 75%; 2015: 79%). A mortalidade foi, significativamente, mais elevada no sexo masculino (72%; n = 82). Ao analisar, em pormenor, o espaço temporal de janeiro a março de 2013, 2014 e 2015 constata-se que neste período ocorreram 42 óbitos (2013: 11 -27% do total do ano; 2014: 12 - 22% do total do ano; 2015: 19). 38% (n = 16) dos óbitos ocorreram em doentes com neoplasia pulmonar estágio IV e 10% (n = 4) com neoplasia metastizada para o pulmão. A pneumonia permaneceu a principal causa de mortalidade, sendo uma das causas de morte em 60% dos casos (n = 25). A morte por pneumonia como intercorrência no internamento ocorreu em 19% (n = 8) dos casos. 24% dos doentes (n = 10) tinham antecedentes de DPOC e 29% (n = 12) faziam oxigenoterapia no domicílio. Um total de 27 doentes (64%) era fumador ou ex-fumador (média de UMA: 63), sendo que 88% (n = 14) dos doentes neoplásicos tinha hábitos tabágicos (média de UMA: 68).

Conclusões: Este estudo reforça a tendência verificada nos últimos anos, com um aumento da mortalidade de 2013 para 2015, ocorrendo em larga maioria em doentes idosos e do sexo masculino. Mostra também o peso da patologia oncológica e pneumonia na mortalidade total e a importância das comorbilidades e hábitos tabágicos.

Palavras chave: Mortalidade. Internamento. Pneumonia. Neoplasia. Comorbilidades. Hábitos tabágicos.

PO 094. DOENÇA RENAL CRÓNICA EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE PULMONAR

T. Sá^{1,3}, S. Silva^{1,3}, N. Caires^{1,3}, V. Caldeira^{1,3}, D. Maia^{1,3}, R. Rosa^{1,3}, R. Coelho^{1,3}, A.S. Santos^{1,3}, N. Murinello^{1,3}, R. Gerardo^{1,3}, A. Borba^{1,3}, L. Semedo^{1,3}, I. Bravio², J. Cardoso^{1,3}, J. Fragata²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central. ³NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: O transplante pulmonar (TxP) é uma opção terapêutica bem estabelecida para doentes com doença pulmonar em estágio

terminal. No entanto, as complicações médicas após o transplante, tais como a disfunção renal, continuam a ser causa importante de morbi-mortalidade significativa. Estudos prévios demonstraram um declínio progressivo da função renal nos doentes submetidos a transplante pulmonar. O relatório anual de 2011 da *United Network for Organ Sharing* (UNOS) refere uma incidência de disfunção renal aos 5 anos após TxP de 47,4%. Os inibidores de calcineurina, com conhecida nefrotoxicidade, são uma das principais causas de doença renal crônica (DRC) após TxP.

Objectivo: Avaliar a incidência e prevalência de DRC numa população de doentes submetidos a transplante pulmonar no nosso Centro.

Métodos: Estudo retrospectivo de 101 doentes submetidos a transplante pulmonar entre janeiro/2008 e junho/2015. Excluíram-se os doentes que não obtiveram alta após o transplante pulmonar. A DRC foi definida de acordo com as *guidelines* da *National Kidney Foundation*, como taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min/1,73 m² por um período superior a 3 meses, com ou sem evidência de dano renal. Compararam-se variáveis demográficas e clínicas usando o teste qui quadrado e o teste de Fisher, quando indicados para as variáveis qualitativas e o teste t de Student para as variáveis contínuas.

Resultados: De um total de 101 doentes submetidos a TxP, foram incluídos 89 doentes neste estudo, 58,43% do sexo masculino (n = 52), com idade média (DP) de 45,06 (13,94) anos. Os diagnósticos mais comuns à data do TxP foram: doença pulmonar obstrutiva crônica (n = 18), alveolite alérgica extrínseca (n = 17), fibrose quística (n = 16) e fibrose pulmonar idiopática (n = 11). Destes 49% (n = 44) desenvolveram DRC. O grupo de doentes com DRC apresentava uma idade média (DP) significativamente superior [48,30 (13,57) vs 41,89 (13,71)] (p < 0,05). A incidência de DRC ao primeiro ano, 2-3 anos e mais de 3 anos após TxP foi de 38,20%, 12,50% e 12,50%, respectivamente. A prevalência de DRC nos mesmos períodos foi de 38,20%, 40,28% e 40,00%, respectivamente. Não foi encontrada nenhuma relação entre a presença de DRC e a mortalidade nesta população.

Conclusões: A DRC é uma complicação importante após TxP. A taxa de incidência de DRC é superior no primeiro ano após TxP. Os doentes mais idosos parecem estar mais predispostos a desenvolver DRC. Ao contrário de resultados descritos em outros estudos, nesta população não houve relação entre a presença de DRC e a mortalidade.

Palavras chave: Transplante pulmonar. Doença renal crônica.

PO 095. VALOR DA ADENOSINA DESAMINASE (ADA) NO DIAGNÓSTICO DERRAME PLEURAL TUBERCULOSE VS NÃO-TUBERCULOSE

D. Coelho, A. Vieira, V. Firmino, V. Sacramento, C. Alves, M.J. Simões, H. Marques, M.E. Camacho

Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Introdução: A tuberculose pleural é umas das causas mais comuns do derrame pleural. O diagnóstico diferencial do derrame pleural tuberculose da não tuberculose é difícil. Os métodos convencionais nem sempre fazem o diagnóstico. A ADA é utilizada como método de auxílio no diagnóstico da tuberculose pleural.

Objectivo: Avaliar o valor da ADA no diagnóstico da tuberculose pleural assim como a sua relação com os restantes parâmetros bioquímico do líquido pleural (proteínas, glicose e LDH).

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. Foram estudados 85 doentes com derrame pleural seguido no Hospital Dia de Pneumologia no período compreendido entre o ano de 2005 a 2014. A colheita de dados foi efectuada através da consulta de registos dos processos clínicos. Os doentes foram divididos em quatro grupos: derrame pleural tuberculoso (DTP), derrame pleural não tuberculoso (DNTP), derrame pleural neoplásico (DPN) e derrame pleural de etiologia incerta. A análise estatística foi realizada através do método de correlação do *Pearson* e teste não paramétrico.

Resultados: Dos 85 doentes estudados 30 eram do sexo feminino e 55 eram do sexo masculino, com uma média da classe etária entre os 61-70 anos. De acordo com critérios de Light, 59 doentes foram classificados como tendo derrame pleural exudativo, desses 8.4% tinham derrame pleural tuberculose, 40.6% doentes com derrame neoplásico e 38.9% de etiologia incerta. Verificou-se que 80% dos doentes com tuberculose pleural tinham valor da ADA superior a 50 U/L quando comparada com os derrames neoplásicos. Observou-se correlação linear entre os valores da ADA com restantes parâmetros bioquímicos do líquido pleural, sem significado estatística (p > 0,05).

Conclusões: Apesar do número de casos da DPT não ser estatisticamente significativa, verificou-se o aumento significativo do valor da ADA no líquido pleural destes doentes, dados esses que estão de acordo com os resultados obtidos na literatura.

Palavras chave: Derrame pleural. Tuberculose pleural. Adenosina desaminase.

PO 096. DERRAME PLEURAL, PNEUMOTÓRAX E PNEUMOMEDIASTINO COMO MANIFESTAÇÕES INICIAIS DE PATOLOGIA ABDOMINAL - 2 CASOS CLÍNICOS

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

Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Introdução: A patologia pleural é uma manifestação frequente de múltiplas doenças torácicas e/ou extratorácicas. O diagnóstico precoce é muitas vezes vital para a correta abordagem terapêutica.

Casos clínicos: Os autores apresentam 2 casos clínicos. O primeiro de um homem de 60 anos, ex-fumador 15 UMA, restaurador de móveis, com antecedentes de hernioplastia do hiato há 15 anos, com um quadro com 12 horas de evolução de dor torácica pleurítica esquerda de intensidade crescente e 2 episódios de vômito alimentar. Ao exame objetivo apresentava-se polipneico, fácies dor, sudorético, SpO₂ 98% (MAC), auscultação pulmonar com diminuição dos sons respiratórios na base esquerda. Gasimetricamente com hipoxemia e hipocapnia. Por suspeita inicial de TEP realizou angioTC tórax que evidenciou hidropneumotorax esquerdo com pneumomediastino e coleção líquida peri esofágica na transição para o abdómen. Após avaliação por cirurgia geral realizou trânsito esofágico que se mostrou inalterado. Realizou drenagem torácica com saída de líquido espesso e contendo vestígios alimentares. Foi submetido a laparoscopia de urgência com evidência de perfuração gástrica no local da hernioplastia anterior. Após correção cirúrgica teve boa evolução até à alta. O segundo caso refere-se a um homem de 91 anos com quadro de 2 dias de dispneia e tosse com expectoração mucosa. Ao exame objetivo apresentava hipotensão e diminuição dos sons respiratórios no hemitórax esquerdo. Analiticamente com leucocitose e elevação PCR. Gasimetricamente hipocapnia. Realizou radiografia tórax com hipotransparência total do campo pulmonar esquerdo sugestiva de derrame pleural. Foi realizada toracocentese com saída de líquido pleural purulento e de cheiro fétido tendo sido colocado dreno torácico e iniciou antibioterapia empírica. Durante o internamento desenvolveu epigastralgias, disfagia e vômitos com enfisema subcutâneo exuberante. Realizou TC TA que colocou a hipótese de perfuração traqueal e espessamento gástrico com abscesso contíguo. A VBF não confirmou a perfuração traqueal. Foi avaliado por cirurgia geral e realizou trânsito esofágico sem alterações. Repetiu TC e concluiu-se provável neoplasia gástrica com abscesso perigástrico loculado e com envolvimento diafragmático, pericárdico e fistulização para a pleura. Sem indicação cirúrgica. O doente veio a falecer durante o internamento apesar das medidas médicas instituídas.

Discussão: Estes casos ilustram a importância de reconhecer precocemente patologia extratorácicas, nomeadamente GI, como causa de alterações pleurais que podem ser a primeira manifestação da

doença. O não reconhecimento da origem destas manifestações pode atrasar e agravar o prognóstico.

Palavras chave: Derrame pleural. Pneumotórax. Pneumomediastino. Patologia abdominal.

PO 097. MAIS QUE UM DERRAME PLEURAL - CASO CLÍNICO

L. Meira¹, L. Nogueira-Silva², N. Fernandes³, E. Monteiro⁴

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de São João. ³Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Central do Funchal. ⁴Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: O derrame pleural (DP) é um dos achados patológicos mais abordados e investigados na prática clínica da Pneumologia e pode ter várias etiologias. A síndrome de Boerhaave corresponde à ruptura espontânea do esôfago e habitualmente surge após vômitos intensos. Esta síndrome é uma das causas menos frequentes de DP e é necessário um diagnóstico e tratamento céleres dada a alta mortalidade que lhe está associada.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 75 anos, com antecedentes de dislipidemia controlada, recorreu ao Serviço de Urgência com quadro constituído por toracalgia súbita no hemitórax esquerdo, sem irradiação e sem fatores de alívio ou agravamento, associada a dispneia e sensação de mal-estar inespecífico, após viagem de avião de longo curso. Negava outra sintomatologia, nomeadamente tosse, expectoração, febre, queixas génito-urinárias ou gastrointestinais, nomeadamente vômitos. A doente também negou ter tido qualquer traumatismo torácico. A admissão a doente encontrava-se pálida, não sudorética, taquipneica mas sem outros sinais de dificuldade respiratória. Estava hemodinamicamente estável, com saturação periférica em ar de 85% e taquicárdica (120 bpm). auscultação pulmonar apresentava diminuição dos sons respiratórios no 1/3 inferior esquerdo sem ruídos adventícios associados. Não apresentava edemas periféricos. Gasimetricamente apresentava insuficiência respiratória tipo 1 (PaO₂ 55 mmHg). Foram pedidos D-dímeros pela suspeita de TEP, cujo valor foi 1.89. Foi realizada radiografia do tórax que mostrou apagamento do ângulo costofrénico esquerdo. Efetuou-se TC torácica que mostrou presença de hidropneumotórax. Colocou-se dreno torácico Jolly nº 28, com saída de líquido escuro com aparentes restos alimentares, que ficou oscilante e borbulhante. Foram enviadas amostras de líquido pleural para citologia, anatomia patológica, bioquímica e pesquisa de fibras alimentares. Pela suspeita de ruptura esofágica, realizou-se TC torácica com contraste por via oral que confirmou presença de ruptura esofágica inferior, pneumotórax esquerdo de médio volume e atelectasia de grande parte do lobo inferior esquerdo. A doente foi submetida a toracoscopia diagnóstica e correção cirúrgica urgente com rafia de laceração esofágica e gastrostomia de Stamm laparoscópica. Iniciou-se antibioterapia empírica para provável mediastinite com piperacilina/tazobactam e anidulafungina e foi admitida em unidade de cuidados intensivos, onde permaneceu durante 7 dias, com boa evolução clínica. Foi então transferida para a enfermaria de Cirurgia Geral para continuação de cuidados. A análise anátomo-patológica do líquido pleural foi compatível com conteúdo entérico, não tendo sido identificadas células malignas. Teve alta 20 dias após admissão hospitalar e mantém seguimento na consulta de Cirurgia Geral.

Discussão: Com este caso clínico os autores pretendem demonstrar a importância da elaboração de diagnósticos diferenciais e exclusão sequencial dos mesmos, das diferentes etiologias de DP, mesmo as mais raras, e da importância da celeridade do diagnóstico e abordagem terapêutica para um desfecho favorável na síndrome de Boerhaave.

Palavras chave: Derrame pleural. Causas raras.

PO 098. PNEUMOTÓRAX SECUNDÁRIO BILATERAL - DESAFIOS NA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

L. Mendonça e Almeida¹, D. Rodrigues², A.P. Vaz², C. Damas¹, I. Gomes¹, N. Melo¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João. ²Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano.

Introdução: O pneumotórax espontâneo secundário (PES), pela doença pulmonar co-existente, pode ser mal tolerado e a resolução espontânea é menos provável. Em muitos doentes a drenagem torácica pode não ser suficiente, verifica-se persistência de fístula broncopleural, podendo ser necessário o recurso intervenção cirúrgica. Apresenta-se um caso de um PES bilateral que foi apresentação inicial de doença pulmonar e em que as intervenções realizadas não resultaram na sua resolução, tendo esta acontecido com posterior atitude conservadora.

Caso clínico: Homem, 25 anos, fumador (15 UMA) e com exposição a pássaros. Admitido em internamento por insuficiência respiratória hipoxémica de novo e dispneia com 3 meses de evolução. A radiografia e a TC torácica mostraram espessamento difuso de interstício broncovascular, sobretudo nos 2/3 superiores dos campos pulmonares, e pneumotórax apical bilateral. Inicialmente, foi decidida atitude conservadora, mas, após início de deambulação, apresentou agravamento à esquerda com câmara de pneumotórax total, tendo sido colocado dreno torácico. Por persistência da câmara de pneumotórax, foi submetido a videotoracoscopia para ablação pleural e talcagem apical, tendo sido realizadas biópsias para esclarecimento da doença pulmonar. Apesar do tratamento cirúrgico, o doente manteve a câmara de pneumotórax que persistiu mesmo após drenagem e aspiração contínua. Verificou-se saída accidental do dreno torácico por duas ocasiões. Na segunda vez, apesar da manutenção da câmara de pneumotórax total à esquerda (e da existência de câmara apical de pneumotórax à direita), optou-se por atitude conservadora, dado que o doente se encontrava clinicamente estável. Não se verificou agravamento clínico, gasométrico ou radiológico com a ausência de drenagem, nem com a deambulação e o início de programa de reabilitação pulmonar (RP), pelo que teve alta do internamento. Do estudo etiológico de doença pulmonar difusa concluiu tratar-se de uma pneumonia intersticial não específica fibrosante, provavelmente no contexto de pneumonite de hipersensibilidade. Iniciou tratamento triplo com corticóide, azatioprina e N-acetilcisteína. Devido às alterações refratárias à terapêutica com extensa fibrose e ao síndrome ventilatório restritivo grave com dessaturação de 18% na prova da marcha (380m percorridos), foi referenciado para transplante pulmonar. Manteve o pneumotórax bilateral nas reavaliações radiológicas do primeiro mês pós-alta. Ao segundo mês, apresentava resolução das câmaras de pneumotórax. Atualmente, mantém-se em programa de reabilitação respiratória e está em lista de espera transplante pulmonar.

Discussão: Este caso clínico ilustra a imprevisibilidade da tolerância clínica ao pneumotórax bilateral e, na ausência de fístula broncopleural, poderá ser ponderada atitude conservadora e início de atividade física, sem prejuízo de evolução clínica favorável.

Palavras chave: Pneumotórax. Pneumotórax espontâneo secundário.

PO 099. CATETERES PLEURAIIS TUNELIZADOS NA ABORDAGEM DO DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE - DESCRIÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS

E. Padrão, H. Bastos, V. Garrido, A. Magalhães, G. Fernandes

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

²Instituto de Investigação das Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho. ³ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory. ⁴Serviço de Cirurgia Geral,

Centro Hospitalar de São João. ⁵Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: A colocação de cateteres pleurais tunelizados é uma técnica com aplicabilidade crescente, essencialmente útil na abordagem do derrame pleural maligno recidivante. O derrame pleural maligno é uma complicação frequente de várias neoplasias, geralmente sintomático e marcador de mau prognóstico, com sobrevida mediana de cerca de 3 a 12 meses. Por este motivo, a sua abordagem centra-se fundamentalmente na palição dos sintomas.

Objectivo: Caracterização clínica dos doentes com derrame pleural recidivante submetidos a colocação de cateter pleural, bem como análise da eficácia e perfil de segurança desta técnica.

Métodos: Foram incluídos todos os doentes em que se colocou cateter pleural tunelizado por derrame pleural recidivante, no período de um ano (julho de 2014 a julho de 2015), no Centro Hospitalar de São João. Foi efetuada uma análise retrospectiva para caracterização clínica dos doentes, bem como para avaliação da eficácia e de complicações relacionadas com os cateteres pleurais tunelizados.

Resultados: Incluíram-se 10 doentes, com uma média (\pm DP) de idades de 66 (\pm 10) anos, sendo 9 (90%) do sexo masculino. Em relação às patologias neoplásicas subjacentes 5 casos corresponderam a adenocarcinoma pulmonar, 2 a neoplasia renal, 1 da mama, 1 do cólon e 1 hepatocarcinoma. Excetuando o doente com hepatocarcinoma, todos os restantes casos se trataram de derrames pleurais malignos. Em termos de *performance status* pela escala de *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), 50% dos doentes pontuava 1, 30% pontuava 3 e 20% pontuava 2. 70% dos doentes eram seguidos ou iniciaram seguimento concomitante por Cuidados Paliativos. A colocação de cateter pleural tunelizado foi motivada por derrame pleural recidivante sintomático com evidência de pulmão encarcerado. Em 30% dos doentes foi efetuada tentativa prévia de pleurodese por talcagem, sem sucesso, sendo que nestes a colocação do cateter tunelizado foi efetuada em média 37 (\pm 10) dias após a tentativa de pleurodese. De acordo com os registos clínicos relativos ao internamento em que foi colocado o cateter pleural tunelizado, verificou-se que ocorreu melhoria sintomática em todos os casos. Não se registaram complicações imediatas decorrentes desta técnica. Em relação às complicações tardias, em metade dos doentes não se registaram quaisquer complicações, sendo que nos restantes casos ocorreu obstrução de cateter ($n = 1$), empiema ($n = 1$), obstrução de cateter associada a empiema ($n = 1$), deslocação com exteriorização accidental do cateter ($n = 1$), e extravasamento de líquido pelo orifício de entrada do cateter ($n = 1$). Num dos casos de obstrução, verificou-se resolução apenas com técnicas mecânicas de limpeza de dreno, sem necessidade de nova terapêutica intrapleural dirigida. No caso em que, concomitantemente ao desenvolvimento de obstrução, também ocorreu empiema, optou-se posteriormente por retirar o cateter pleural. Durante o seguimento, 80% doentes faleceram, com sobrevida mediana após colocação de cateter pleural tunelizado de cerca de 80 dias (mínimo 22, máximo 253 dias).

Conclusões: Nesta série de casos, a colocação de cateteres pleurais mostrou ser uma técnica segura, bem tolerada e eficaz, proporcionando melhoria sintomática em todos os doentes, sem complicações imediatas e com reduzido número de complicações tardias.

Palavras chave: Cateter pleural tunelizado. Derrame pleural maligno. Derrame pleural recidivante. Palição de sintomas.

PO 100. QUILOTÓRAX IDIOPÁTICO? A PROPÓSITO DE UM CASO

R. Boaventura, A.R. Fernandes, A.R. Santos

Centro Hospitalar São João.

Introdução: O quilotórax, situação de diagnóstico pouco frequente, caracteriza-se por um derrame pleural, rico em triglicéridos, re-

sultante do extravasamento de linfa para o espaço pleural podendo ser de etiologia traumática, não traumática ou idiopática. A sua não resolução leva à perda contínua de água, eletrólitos, proteínas (nomeadamente imunoglobulinas), linfócitos, lípidos e vitaminas essenciais, situação que pode resultar em desnutrição, hipovolemia e imunossupressão.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 24 anos, operária têxtil e funcionária de uma padaria, com suspeita de doença de Behçet (úlceras orais e genitais), razão pela qual era seguida em consulta de Medicina Interna, desde há cerca de um ano. Tinha antecedentes familiares de doença de Behçet e um irmão com doença reumatológica não especificada. A doente foi referenciada com quadro de dispneia para médios esforços e dor torácica, com 3 meses de evolução. Recorreu inicialmente à consulta de medicina interna do seu hospital e, após realização de radiografia torácica, foi detectado derrame pleural esquerdo cujo estudo revelou tratar-se de um quilotórax. Negava história de traumatismo ou sintomas constitucionais. Realizou, em ambulatório, TC toraco-abdomino-pélvico, ecografia mamária, endovaginal e tiróidea, imunofenotipagem de sangue periférico, estudo autoimune e broncofibroscopia que não revelaram alterações. Realizou, ainda, linfocintigrafia que não revelou alterações de drenagem do sistema linfático. Dado o facto de o estudo ser, até então, inconclusivo, foi decidida a realização de toracoscopia com biópsia pleural, aos dois meses de evolução. A doente ficou, então, internada e com dreno torácico. Iniciou restrição nutricional com substituição lipídica e, posteriormente, nutrição parentérica total (NPT), mantendo drenagens diárias em média de 200-300 ml. Por aparecimento de febre e suspeita de derrame pleural complicado, foi transferida para um hospital central, após um mês de internamento. Apesar da NPT, manteve-se com drenagens diárias médias de 500 ml conservando, no entanto, estado nutricional razoável. Colheu rastreio séptico, realizou estudo dos vasos do pescoço e ecocardiograma que não revelaram alterações de relevo. Repetiu linfocintigrafia, desta vez com dreno torácico, que revelou atividade retrosternal esquerda, sugestiva de *leak* linfático. Perante este resultado e dada a não resposta ao tratamento conservador, a doente foi proposta para tratamento cirúrgico (laqueação de ducto torácico), tendo alta duas semanas após a cirurgia, com resolução do quilotórax.

Discussão: Os autores escolheram este caso dado que exemplifica o desafio que situações de quilotórax podem colocar, quer em termos de etiologia, quer em termos de abordagem terapêutica. A enorme dificuldade em estabelecer uma etiologia determinou um internamento muito prolongado, dado que numa situação refratária à terapêutica conservadora, foi protelada uma abordagem cirúrgica mais precoce.

Palavras chave: Quilotórax. Diagnóstico. Tratamento médico. Tratamento cirúrgico. Doença de Behçet.

PO 101. PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO - A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

S. Lucas, H. Ramos, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: O pneumomediastino é definido como a presença de ar livre ao nível do mediastino e pode ser classificado em 2 subtipos: pneumomediastino espontâneo, sem causa identificada e pneumomediastino secundário em que se identifica fator precipitante. O pneumomediastino espontâneo é uma entidade rara nos adultos sendo que afeta mais frequentemente adultos jovens do sexo masculino, numa relação com o sexo feminino de 8:1. O pneumomediastino espontâneo habitualmente é benigno, autolimitado, apresentando recorrência em casos raros.

Casos clínicos: Os autores descrevem o caso clínico de dois jovens com pneumomediastino espontâneo. Caso 1: jovem do sexo masculino, 16 anos de idade, estudante, sem antecedentes pessoais

de relevo, não fumador, praticante de Kick-Boxing que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia de localização retroesternal, de características pleuríticas de aparecimento súbito em repouso. Ao exame objetivo encontrava-se eufneico em repouso com saturação periférica de oxigénio em ar ambiente de 98%, sem outras alterações no exame objetivo. O doente realizou radiografia e tomografia computadorizada (TC) do tórax que evidenciou pequeno pneumomediastino em redor da traqueia e esófago, com extensão apenas até à região infra-carinal. Teve alta clínica após exclusão de causas secundárias com indicação para manter repouso e analgesia ficando em vigilância em consulta de Pneumologia. Caso 2: jovem do sexo masculino, 19 anos de idade, tripulante de ambulâncias, fumador ocasional, sem antecedentes pessoais relevantes que recorreu ao serviço de urgência por toracalgia centrotorácica de características pleuríticas associada a dispneia. Ao exame objetivo apresentava enfisema subcutâneo a nível cervical sem qualquer outra alteração. Realizou radiografia e TC do tórax que demonstrou presença de pneumomediastino, com enfisema que dissecava os planos cervicais inferiores. O doente ficou internado no Serviço de Pneumologia durante 4 dias onde manteve repouso, oxigenoterapia e alívio sintomático.

Discussão: O pneumomediastino espontâneo é um dos diagnósticos diferenciais de dor torácica a ponderar especialmente em jovens do sexo masculino, apresentando-se frequentemente apenas com toracalgia, sem alterações no exame objectivo. O seu diagnóstico na radiografia de tórax pode ser difícil.

Palavras chave: *Pneumomediastino espontâneo. Toracalgia. Enfisema subcutâneo.*

PO 102. FIBROSE QUÍSTICA EM DOENTE AFRODESCENDENTE - CASO CLÍNICO

C. Couto, V. Martins, V. Ribeiro, C. Lopes, P. Azevedo

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A fibrose quística é uma patologia rara em indivíduos de origem africana. Além disso, o diagnóstico de fibrose quística (FQ) é incomum em adultos. Apresentamos o caso de um indivíduo com diagnóstico de FQ aos 26 anos de idade. A correta abordagem diagnóstica e terapêutica foram determinantes e permitiram excelente melhoria na qualidade de vida do doente.

Caso clínico: O doente em questão é de raça negra e não fumador. É referenciado à consulta de pneumologia geral por cansaço com agravamento progressivo e infeções respiratórias de repetição, a última das quais antes da consulta com necessidade de internamento. Refere cansaço e broncorreia com muita tosse e sem expectoração desde os 18 anos, e quadro de diarreia desde a infância sem sangue, muco ou pus. Não tem outros antecedentes pessoais ou familiares de relevo. A radiografia de tórax mostrou acentuação do interstício de forma difusa, com múltiplas imagens areolares sugestivas de bronquiectasias bilaterais com agravamento relativo a radiografia prévia a que tivemos acesso. Fez TC tórax que revelou padrão enfisematoso difuso e bronquiectasias dispersas. Nas provas de função respiratória mostrou alteração ventilatória obstrutiva, brônquica e bronquiolar, muito grave, com resposta parcial na prova de broncodilatação. Fez prova de marcha na qual apresentou dessaturação significativa (SpO₂ inicial de 96% e final de 89%) numa distância de 470 metros com Borg para cansaço, dispneia e dor nas pernas de 1-2. A prova de suor foi positiva (Cl⁻ 116 mEq/L) e permitiu fazer o diagnóstico definitivo. À data da elaboração deste resumo o teste genético ainda se encontrava em fase 3. Fez cinesiterapia, aerosolterapia e terapêutica com broncodilatadores inalados, (antibiótica com tobramicina e aztreonam em ciclos alternados) tendo sido abordado com a colaboração de um centro de referência de fibrose quística. Com a terapêutica implementada houve melhoria clínica significativa, com menos dispneia e melhor tolerância a esforços. Um Ano após o diagnóstico apresenta cansaço

mMRC 1. Faz corrida de cerca de 2 km, com boa tolerância. É de salientar a dificuldade em executar estudos genéticos nesta população com origem em África devido à escassez de dados existentes sobre a mesma.

Palavras chave: *Fibrose quística. Afrodescendente. Teste genético. Adulto. Sintomas.*

PO 103. UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

E. Dias, I. Sanches, C. Ferreira, T. Costa, F. Teixeira

Hospital Geral-CHUC.

Introdução: A Síndrome Respiratória do Médio Oriente é uma doença respiratória viral causada por um coronavírus (MERS-CoV), tendo sido notificada pela primeira vez na Arábia Saudita, em 2012. Desde Abril desse ano foram notificados mais de 400 óbitos. Em maio deste ano, registou-se um caso importado para a República da Coreia que originou cerca de 150 casos secundários, todos associados a transmissão hospitalar. A doença pode variar de infeção assintomática a pneumonia com síndrome de dificuldade respiratória aguda, choque séptico e morte. O quadro inicial caracteriza-se por febre, tosse, calafrios, mialgias, artralgias, dispneia e, ocasionalmente, sintomas gastrointestinais. O período de incubação pode prolongar-se até duas semanas. Existe um baixo risco de importação de casos de infeção por MERS-CoV a nível europeu, contudo, as unidades e profissionais de saúde devem estar preparados para esta eventualidade.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, com 55 anos, transferido do SU-HUC para o SU-HG por quadro de possível infeção respiratória. Trata-se de um doente fumador de 30 anos sem outros antecedentes relevantes e sem medicação habitual. No início do mês de Maio, enquanto trabalhava em navio de cruzeiro do mar asiático, inicia quadro clínico caracterizado por febre, calafrios e dificuldade respiratória. Por não apresentar melhoria apesar da antibioterapia prescrita, o doente foi internado num hospital na Coreia do Sul. Diagnosticaram uma infeção por influenza B e pneumonia, tendo sido iniciada terapêutica com piperacilina/tazobactam e levofloxacina. Após um mês de internamento e por persistência do quadro clínico, foi repatriado para Portugal e internado no Serviço de Pneumologia do HG para continuidade de cuidados e estudo. Após avaliação do caso, colocou-se a hipótese diagnóstica de infeção por Coronavírus. Procedeu-se ao contacto e discussão do caso com Delegado de Saúde/DGS e, de acordo com o preconizado para esta situação, o doente foi colocado em isolamento. Realizou-se zaraçatol da orofaringe e nasofaringe, pesquisa de RNA do coronavírus no sangue e na expectoração, que se enviou para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Foi associada Levofloxacina por indicação da DGS ao Meropenem que já tinha sido instituído. Foi feita broncofibroscopia com LBA, contudo não foi possível executar biópsias pulmonares transbrônquicas. Para além dos exames supracitados, foi também realizado o estudo autoimune e o estudo serológico.

Discussão: O estudo realizado para pesquisa de coronavírus revelou-se negativo e confirmou-se infeção por Legionella pneumophila, tendo sido feita declaração obrigatória de doença. O doente cumpriu antibioterapia com levofloxacina (18 dias) e meropenem (12 dias). As medidas de isolamento foram suspensas após confirmação da inexistência de infeção por coronavírus. Os profissionais de saúde em contacto com doentes com suspeita de infeção por coronavírus devem adoptar medidas de proteção rigorosas e permanecer atentos ao aparecimento de sintomas que justifiquem avaliação médica. A implementação imediata, sistemática e rigorosa de medidas de prevenção e controlo de infeção em ambientes hospitalares é essencial para interromper a cadeia de transmissão e evitar aglomerados associados à infeção nosocomial.

Palavras chave: *Coronavírus. Direção Geral de Saúde.*

PO 104. GRANULOMATOSE LINFOMATÓIDE - UMA DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA COM ATINGIMENTO PULMONAR

A. Gonçalves, X. Wen, S. Campinha, R. Linhas, M.J. Oliveira, H. Coelho, S. Conde, A. Barroso

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A granulomatose linfomatoide (GL) é uma entidade rara associada ao vírus Epstein-Barr (EBV) e é considerada uma doença linfoproliferativa. Afecta mais frequentemente homens adultos de meia-idade (H:M \geq 2:1) e os pacientes com imunodeficiência apresentam risco aumentado de ter GL. O atingimento pulmonar ocorre em até 90% dos casos. As manifestações radiográficas incluem múltiplos nódulos bilaterais (80%), com distribuição basal e peribroncovascular, que podem progredir rapidamente, coalescer e cavitari. GL pode apresentar-se igualmente como uma lesão cística, massa pleuro-basal ou processo intersticial. GL é um processo infiltrativo angiocêntrico e angiodestrutivo, o qual é composto por uma mistura de linfócitos pequenos ou grandes com atipia citológica, histiocitos e ocasionalmente células plasmáticas estando ausente a verdadeira arquitectura de granuloma. O infiltrado mostra envolvimento vascular e necrose pode estar presente. A demonstração do RNA ou de proteínas do EBV é importante para o correcto diagnóstico e a GL pode ser classificada de 1 a 3, dependendo do número e padrão de distribuição de EBV presente nos linfócitos B grandes e atípicos.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 68 anos, ex-fumador, com insuficiência cardíaca, doença coronária, fibrilação auricular, diabetes mellitus tipo 2, HTA e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por síncope de repetição. A tomografia computadorizada (TC) cerebral não apresentava alterações de relevo. Realizou angio-TC torácica que identificou uma massa pulmonar, tendo sido enviado para consulta de Pneumologia Oncológica. A TC toracoabdominal revelou uma massa de 4,3 x 3,7 cm no segmento lingular, com três nódulos satélites, bem como gânglios linfáticos aumentados: hilar esquerda, pré-vascular, paratraqueal e infracarinal. Realizou PET-CT com FDG com captação na lesão pulmonar, em duas lesões satélites, gânglio bronco-hilar homolateral, mediastínico, gânglio para-traqueal direito e no baço. A *core needle biopsy* guiada por TAC foi realizada e o exame histopatológico revelou um infiltrado polimórfico intersticial de linfócitos T pequenos e linfócitos B grandes e atípicos, com permeação das paredes vasculares. Identificou-se em alguns linfócitos grandes, expressão de proteína do vírus EBV através do estudo imunohistoquímico realizado (5-20 células por campo de grande ampliação). O diagnóstico de granulomatose linfomatoide (grau 2) foi estabelecido e o doente foi encaminhado para consulta de Hematologia.

Discussão: O curso clínico da GL é variável. Alguns pacientes apresentam regressão espontânea sem terapêutica. Contudo, a maioria apresenta progressão da doença, com uma sobrevida mediana de dois anos. O tratamento depende dos achados histológicos, assim como da extensão e da localização da doença. Esta entidade representa uma raridade e continua a ser um desafio para o clínico e para o patologista. Existe ainda controvérsia em relação ao diagnóstico, taxonomia correcta, tratamento e relação com outras doenças linfoproliferativas.

Palavras chave: *Granulomatose linfomatoide.*

PO 105. (SOBRE)VIVER COM UMA MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR

R. Rosa, T. Sá, A. Borba, P. Cravo, I. Gonçalves, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.

Caso clínico: Sexo masculino, 48 anos, fumador (30 UMA), com história prévia de dislipidemia e hiperuricemia. Praticante regu-

lar de exercício físico (ciclismo e mergulho). Recorreu ao Serviço de Urgência por hemoptises “de novo”. Referia também dispneia de esforço com vários meses de evolução (mMRC 1), sem febre ou queixas constitucionais. À observação apresentava fácies pletóricas, cianose e hipocratismo digital. Constatou-se alcalémia respiratória e hipoxémia grave (paO₂ 48,6 mmHg), que não corrigia com a administração de oxigénio suplementar. A avaliação analítica revelou poliglobulia (Hg 19 g/dL, hematócrito 56%); os D-dímeros, plaquetas, coagulação e proteína C reactiva eram normais. A radiografia torácica mostrou hipotransparência lobulada, de limites bem definidos, no terço inferior do hemicampo pulmonar esquerdo. Na tomografia computadorizada torácica com contraste documentou-se a presença de volumosa malformação arteriovenosa (MAV) pulmonar no lobo inferior esquerdo. Procedeu-se a embolização da MAV, com melhoria imediata da sintomatologia e da oxigenação (paO₂ 84,5 mmHg). Na avaliação adicional, apurou-se história de epistáxis espontâneas recorrentes desde a infância. Não foram encontradas telangiectasias mucocutâneas e não era conhecida história familiar de Telangiectasia Hemorrágica Hereditária (THH).

Discussão: As MAV pulmonares são uma entidade rara, com uma incidência de 2-3:100.000 habitantes. Correspondem a vasos anormais, que substituem os capilares existentes entre a circulação arterial e venosa, condicionando uma comunicação directa entre a circulação pulmonar e sistémica. Apresentam habitualmente 1-5 cm, podendo ocasionalmente ser superiores a 10cm. Em 70% dos casos ocorrem em doentes com THH. A THH (ou síndrome de Osler-Weber-Rendu) é uma doença autossómica dominante, de penetração incompleta. Na maioria dos doentes, os sintomas surgem antes dos 20 anos. As queixas relacionadas com as MAV pulmonares aparecem mais tardiamente (entre a 4ª e 6ª décadas de vida). O diagnóstico é clínico, baseado nos critérios de Curaçao (epistáxis, telangiectasias, lesões viscerais e história familiar). Na ausência de história familiar, o diagnóstico continua a ser uma possibilidade, perante um quadro clínico sugestivo, uma vez que o doente poderá ser portador de uma nova mutação. Neste caso, a presença de MAV pulmonar e epistáxis recorrentes, tornam o diagnóstico de THH provável. A presença de insuficiência respiratória grave, bem tolerada pelo desenvolvimento de mecanismos de adaptação eficazes, favorecem a hipótese de se tratar de uma situação congénita, cuja forma de apresentação foi pouco comum.

Palavras chave: *Malformações arteriovenosas pulmonares. Telangiectasia Hemorrágica hereditária.*

PO 106. 3 CAMINHOS

M.J. Canotilho, A. Norte, F. Pinhal

Centro Hospitalar de Leiria.

O deficit de alfa-1 antitripsina é uma doença genética subdiagnóstica e que é responsável por doença pulmonar e mais raramente doença hepática e cutânea. É uma doença de transmissão autossómica co-dominante com identificação de 120 alelos no cromossoma 7 responsáveis pela expressão de antitripsina. A proporção desta entidade como causa de DPOC é ainda imprecisa sendo estimado 80.000 a 100.000 indivíduos nos EUA com doença grave e aproximadamente 3 milhões no mundo inteiro. Dado o número de alelos a identificação de mutações é de aproximadamente 320 sendo a expressão da doença variável. Estas mutações exprimem-se com níveis séricos de enzima diferentes e consequentemente manifestações da doença em tempos e gravidades diferentes. Igualmente a expressão das mutações varia de país para país sendo identificados clusters de mutações nomeadamente a mutação de Ourém responsável por doença grave. Descrevemos 3 casos de doença que ilustram o espectro desta patologia: 1) ilustra a doença grave sendo de um indivíduo jovem com mutação de Ourém com níveis baixos de enzima e consequentemente alterações pulmonares graves; 2) ilustra a manifestação associada à heterozigotia mais frequente-

mente descrita sendo Pi^*ZZ com manifestação mais tardia associada ao consumo de tabaco e com um curso da doença mais arrastado; 3) vem representar a co-dominância sendo de um indivíduo descendente do caso 2 referido já com níveis séricos diminuído mas ainda sem manifestação pulmonar evidente da doença. Desta forma pretendemos salientar a importância desta entidade e alertar para a existência de clusters e o diagnóstico atempado.

Palavras chave: Deficit alfa 1 antitripsina. DPOC.

PO 107. DISPOSITIVOS ORAIS PARA O TRATAMENTO DO SÍNDROME DA APNEIA-HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

A. Ramazanova, J.L. Fonseca, P. Pinto, F. Salvado

CHLN-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O síndrome da apneia-hipopneia obstructiva do sono (SAHOS) caracteriza-se por episódios recorrentes de interrupção do fluxo aéreo durante o sono devido ao colapso das vias aéreas superiores. Estes episódios podem causar desaturação de oxigénio provocando microdespertares, levando a sonolência diurna excessiva, compromisso da qualidade de vida, aumento do risco cardiovascular e risco de acidentes de viação. O tratamento com pressão nasal positiva (CPAP) é actualmente o tratamento de primeira linha, mas a sua natureza torna a compliance à sua utilização inferior à desejável. Com a necessidade de oferecer outras alternativas terapêuticas, igualmente eficazes mas mais toleráveis surgem os dispositivos orais - dispositivo de avanço mandibular (DAM) - para o tratamento de SAHOS e roncopatia. Os autores apresentam 3 casos clínicos de doentes que recusaram tratamento com CPAP mostrando uma surpreendente adesão ao DAM.

Casos clínicos: Caso 1: homem, 60 anos, SAHOS ligeiro. Redução do Índice de apneia-hipopneia (IAH) de 9,7/h para 2,5/h com 8h de compliance diárias. Diminuição da roncopatia (30% para 15,7%). Caso 2: mulher, 61 anos, SAHOS moderado. Redução do IAH de 15,4/h para 2/h com 7h de compliance diárias. Caso 3: mulher, 59 anos, SAHOS moderado. Redução do IAH de 14,9/h para 6,6/h com 7-7,5h de compliance diárias e diminuição da roncopatia (24% para 0,2%).

Discussão: As guidelines da *American Association of Sleep Medicine* sugerem que o DAM deve ser utilizado no tratamento de SAHOS ligeiro a moderado. Os DAM apresentam efeito de protrusão mandibular para manter a patência das vias aéreas superiores, aumentando a sua dimensão e reduzindo o risco de colapso. Existem muitos *designs* de dispositivos e todos apresentam potenciais vantagens sobre o CPAP. São discretos, silenciosos, não necessitam de fonte energética e são potencialmente menos dispendiosos, aumentando a compliance como demonstrado nos casos apresentados. Estudos recentes, em adultos com SAHOS moderado a severo, revelam que terapêutica com DAM durante um mês não apresentou resultados inferiores quanto ao impacto sobre pressão arterial média, sonolência diurna e qualidade de vida. Apesar de menor eficácia na redução de índices polissonográficos que o CPAP, o DAM é geralmente preferido pelos doentes. Esta opção terapêutica tem o potencial de aumentar a compliance. Desta forma, casos seleccionados de SAHOS grave resistentes ao CPAP poderiam beneficiar de tratamento com DAM, tornando-o provavelmente o tratamento de 2ª linha.

Palavras chave: Síndrome da apneia-hipopneia do sono. Dispositivos orais. Compliance. Opções terapêuticas.

PO 108. IMPORTÂNCIA DA MOTIVAÇÃO NUTRICIONAL NO MOMENTO DE ENSINO E ADAPTAÇÃO À VENTILOTERAPIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Oliveira, A. Gralho, A.R. Cruz, T. Henriques, R. Fonseca, C.M. Esteves, C. Caneiras

PRAXAIR Portugal Gases.

Introdução: A síndrome da apneia e hipopneia obstructiva do sono (SAHOS) é caracterizada por episódios recorrentes de obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores durante o sono, com redução ou cessação completa do fluxo aéreo, dessaturação e despertares. Um dos fatores de risco para a SAHOS é a obesidade, encontrando-se descrita a relação direta entre a prevalência de SAHOS e o índice de massa corporal (IMC). Em situações clínicas moderadas ou graves o *Gold Standard* do tratamento é CPAP (Continuous Positive Airway pressure), Auto-CPAP (Automatic Continuous Positive Airway Pressure) ou Biníveis (S ou Auto). Ao iniciar tratamento com ventiloterapia é quebrada a resistência na produção da hormona leptina, facilitando a perda de peso e o controlo do apetite do doente. Estes tratamentos são prestados a nível domiciliário por profissionais de saúde no âmbito dos Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD).

Caso clínico: Sexo masculino, 68 anos recorre a consulta de Pneumologia por esposa alertar para as paragens respiratórias nocturnas. IMC = 30,6 Kg/m² (obesidade grau I) altura de 1,79 m e 98 Kg; Antecedentes: hipertensão arterial (HTA), obesidade, síndrome depressiva recorrente; Realiza estudo polissonográfico nocturno nível III em março de 2015 que confirma SAHOS moderada, Índice apneia/hipopneia (IAH) = 21,9 eventos/h, iniciando tratamento em Abril de 2015 com Auto-CPAP (pressões 4/12) com máscara nasal; O protocolo da instalação e ensino foi complementado com motivação para alteração de hábitos de vida, nomeadamente cuidado com alimentação e prática de exercício físico. Após 1 mês, o doente apresentava-se adaptado com os seguintes resultados: percentagem uso > 4h, 94,8%; média uso diário: 7h; P(90): 10,7 cmH₂O; sem fuga não intencional significativa (12 L/min); IAH residual: 3,2 eventos/h; Peso: 95 kg, IMC = 29,65 Kg/m² (Excesso de peso), tendo corrigido erros alimentares. Foi felicitado e motivado a manter hábitos adquiridos. Na visita de monitorização após 3 meses do início do tratamento, os resultados obtidos foram: Percentagem uso >4h em 94,1% das noites; media uso diário: 7h; P(90): 9,3 cmH₂O; sem fuga não intencional significativa(11 L/min); IAH residual: 1,6 eventos/h; Peso: 88 kg, IMC = 27,46 Kg/m² (excesso de peso). Realiza estudo polissonográfico nocturno nível III que confirma SAHOS ligeira (IAH = 7 eventos/h). Aguarda realização de estudo nível I.

Discussão: A redução do IMC de 30,6 para 27,46 foi acompanhada de diminuição para estadios inferiores de gravidade da patologia, nomeadamente passando de SAHOS moderada (IAH = 22,9 eventos/h) para ligeira (IAH = 7 eventos/h). O doente passou a ter um sono reparador com conseqüente melhoria nas actividades de vida diária. O ensino e monitorização dos tratamentos de CRD em doentes com SAHOS e obesidade por parte dos profissionais de saúde devem incluir a motivação para perda de peso, reforçando a importância do exercício físico e adopção de hábitos de vida saudáveis, principalmente no início de tratamento, quando estes são mais eficazes.

Palavras chave: SAHOS. IMC. IAH. IAHresidual.

PO 109. ÍNDICES DE APNEIA E HIPOPNEIA RESIDUAIS AUMENTADOS: IMPORTÂNCIA DE PROTOCOLOS DE MONITORIZAÇÃO DOMICILIÁRIA EM VENTILOTERAPIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

V. Ramos, A.B. Correia, J. Sampaio Silva, M. Paiva da Silva, R. Fonseca, C. Caneiras, C.M. Esteves

PRAXAIR Portugal Gases.

Introdução: Segundo a Orientação número 022/2014 da Direcção Geral da Saúde, em discussão pública o seguimento dos doentes com síndrome de apneia obstructiva do sono (SAOS) sob ventiloterapia com pressão positiva contínua (CPAP/AutoCPAP) deverá passar para o médico de medicina geral e familiar, sempre que estabilizados. A referenciação apenas deve ocorrer quando há adesão à ventiloterapia e é objetivada a eficácia terapêutica. Considera-se que existe

adesão à ventiloterapia (CPAP/AutoCPAP/Autobinível/Binível S), se se verificar uma utilização superior a 4 horas num período superior a 70% das noites e existe eficácia terapêutica sempre que a melhoria clínica se associe um índice de apneia-hipopneia (IAH) residual < 5/h. Importa também verificar que a fuga não intencional é inferior a 25 L/min na maioria dos casos. Estes limiares são identificados e reportados ao médico assistente, segundo protocolos de monitorização domiciliária, pelos técnicos de saúde que acompanham os doentes no âmbito dos Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD).

Caso clínico: Sexo masculino, 52 anos, fumador 4,5 Unidades Maço Ano (UMA), Índice de massa corporal (IMC) de 26,3 Kg/m² (excesso de peso). Em 2012 é diagnosticado com SAOS grave, fazendo desde então tratamento com Auto-CPAP (pressões 4/12 cmH₂O) e máscara nasal. Desde o início da terapia manteve-se assintomático, demonstrando adesão à ventiloterapia, nomeadamente com fuga 17 L/min e IAH residual controlado (0,9 eventos/h), reconhecendo os benefícios da terapia ventilatória. Encontrava-se medicado com: omeprazol, vacina antialérgica sublingual para gramíneas e ranelato de estrôncio. Desde há 15 dias tinha iniciado terapia com tapentadol, cloridrato de oxicodona e cloridrato de naloxona por cirurgia ortopédica recente do astrágalo com colocação de material de osteossíntese. Em visita de monitorização domiciliária o doente referiu sentir sensação de sufoco com alguns despertares noturnos (sono fragmentado) e sonolência diurna excessiva, apresentando aumento significativo do IAH residual (por aumento de apneias centrais): IAH residual total = 11,8 eventos/h com IAH residual de apneia central = 10,9 eventos/h. Foi referenciado, pelo técnico de CRD, ao médico de medicina geral e familiar no sentido de ser reavaliada a situação clínica e terapêutica medicamentosa, tendo sido efectuada a cessação do opióide. Em visita domiciliária de seguimento após 30 dias, o doente referiu voltar a ter um sono reparador, com consequente melhoria na qualidade de vida IAH residual = 0,8 eventos/h.

Discussão: Uma adequada articulação entre o doente, o técnico de CRD e médico assistente é de extrema importância para a promoção da adesão a ventiloterapia e promoção da eficácia terapêutica. Assim, a existência de protocolos de monitorização em ventiloterapia para identificar os parâmetros avaliados pelos algoritmos dos equipamentos, como o IAH residual e número de horas de utilização bem como a anamnese em ambiente domiciliário permitem a elaboração de um relatório completo que visa a eficiente monitorização dos doentes de SAOS.

Palavras chave: CRD. Protocolos monitorização domiciliária. SAOS. CPAP. IAH residual.

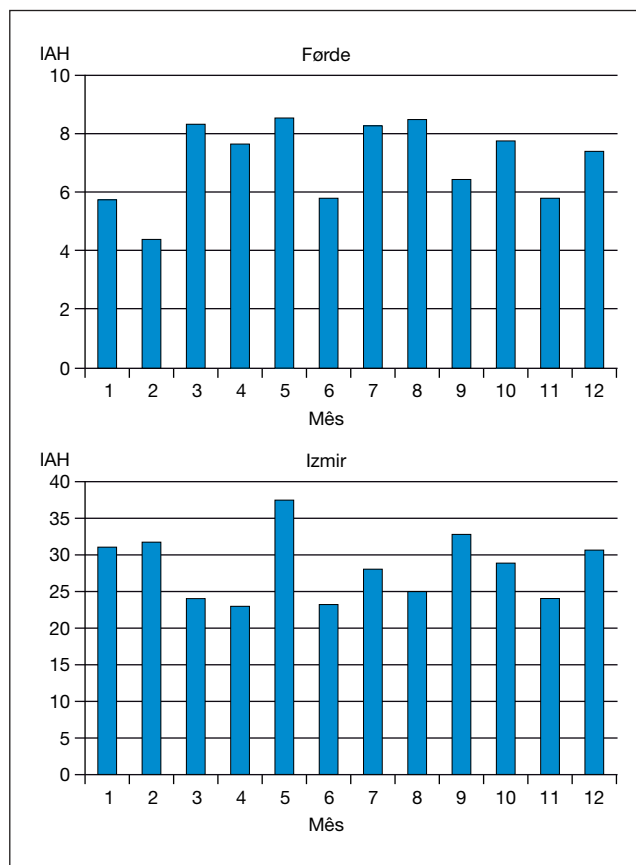
PO 110. APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E SAZONALIDADE CLIMÁTICA. EXISTE DIFERENÇA GEOGRÁFICA NA EUROPA? DOIS EXEMPLOS NORTE E SUL. UM ESTUDO DA BASE DE DADOS EUROPEIA DO SONO - ESADA

A. Colaço, R. Staats, J. Valença, S. Moreira, D. Escaleira, M. Seixas, C. Pereira, P. Pinto, C. Bárbara on behalf of the ESADA Study Group

Hospital de Santa Maria.

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença cada vez mais presente no nosso quotidiano, e como doença respiratória é suscetível à influência das condições atmosféricas envolventes, nomeadamente pressão atmosférica, humidade acentuada e temperatura. Desde 2007 a "European Sleep Apnea Database (ESADA)" tem reunido dados e actualmente conta com mais de 18000 doentes com apneia obstrutiva do sono englobados em 29 centros de diagnóstico em toda a Europa.

Métodos: Desenvolveu-se um projecto de investigação piloto, onde se analisou a variabilidade dos eventos respiratórios mensais num ano em dois centros situados nos extremos geográficos da Europa, nomeadamente Noruega (Førde) e Turquia (Izmir). Procedeu-se à



análise dos resultados com o software SPSS, versão 21 e demonstrados como medianas.

Resultados: O número de doentes incluídos em Førde foi de 1.289, perfazendo uma média mensal de 107 doentes/mês e em Izmir foi de 745, perfazendo uma média mensal de 62 doentes/mês. Verificou-se uma elevada variabilidade do padrão sazonal entre os centros. O laboratório de sono do extremo norte: Førde, Noruega, demonstrou uma tendência de aumento dos eventos respiratórios durante o verão (com excepção de junho), verificando-se um mínimo em fevereiro com IAH de 4,65/h e máximo em agosto com 8,75/h. No laboratório de sono do extremo sul, Izmir, Turquia, verificou-se uma maior variabilidade mensal sem uma evidente tendência (figs.).

Discussão: Neste estudo preliminar observou-se nas duas cidades europeias geograficamente opostas um padrão mensal diferente da gravidade de apneia obstrutiva do sono. Uma possível justificação de só o centro norte apresentar tendência sazonal do IAH, pode decorrer de ser raro nestes países o uso do ar condicionado no verão, pelo que o efeito do aumento da temperatura pode-se tornar mais evidente.

Palavras chave: Apneia do sono. Sazonalidade climática. ESADA - Base de dados europeia sobre apneia do sono.

PO 111. IMPACTO DO PROTOCOLO DA CONSULTA DE SONO NA ADESÃO AO TRATAMENTO COM PRESSÃO POSITIVA

C. Macedo, J. Branco, N. Marçal, A. Alves, C. Pissarra, A.L. Papoila, S. Azeredo, P. Rosa

Hospital Vila Franca de Xira.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio do sono comum, cujo tratamento mais consensual é a ven-

tilação com pressão positiva das vias aéreas (PAP). No entanto, a má adesão compromete muitas vezes a eficácia desta terapêutica. **Objectivo:** Avaliar o protocolo usado na consulta do sono do Hospital Vila Franca de Xira, no que diz respeito à adesão dos doentes com o diagnóstico de SAOS sob PAP.

Métodos: Estudo longitudinal de coorte, retrospectivo, dos doentes que iniciaram tratamento com PAP entre 1 de abril de 2013 e 31 de março de 2014. As variáveis estudadas na primeira avaliação foram: dados epidemiológicos, sintomas, escala de sonolência de Epworth (EPW), comorbilidades e gravidade da SAOS. Aos 3, 6 e 12 meses (M): peso, adesão (considera-se adesão se o doente utilizar PAP \geq 4h/noite, pelo menos 70% das noites), quantidade de adesão (percentagem de noites com uso de PAP \geq 4h/noite), EPW, Índice de apneia/hipopneia (IAH) residual e efeitos secundários do tratamento, que foram incluídos numa análise multivariável para determinar os factores independentes associadas à não adesão.

Resultados: Dos 412 doentes avaliados em consulta no período em análise, foram incluídos 109, com idade média de 62 anos, 66% homens, 14% motoristas, Índice de Massa Corporal (IMC) médio de 33 e EPW médio de 11. Apresentavam IAH médio de 36/h, tendo 46% SAOS ligeiro ou moderado e 54% SAOS grave. Apenas 6% não tinham comorbilidades. Avaliação após o início do tratamento: IMC médio 33 aos 3M e 32 aos 6 e 12M, verificando-se uma redução estatisticamente significativa nos doentes observados em consulta de nutrição; 70% eram aderentes aos 3M e 81% aos 6 e 12M; quantidade de adesão média 77% aos 3M, 81% aos 6 meses e 84% aos 12M; EPW médio 6 aos 3M e 4 aos 6 e 12M; IAH residual médio 4/h aos 3M e 3/h aos 6 e 12M. 67% dos doentes apresentaram efeitos secundários do tratamento. A subanálise dos não aderentes aos 3M revelou uma quantidade média de adesão de 46% aos 3M, 69% aos 6M e 76% aos 12M. Encontraram-se como factores independentes associados à não-adesão: a fuga elevada, idade mais baixa, IMC mais baixo e menor IAH.

Conclusões: A adesão encontrada no grupo de doentes analisado foi superior ao habitualmente descrito na literatura, verificando-se um aumento progressivo no número de aderentes e da quantidade de adesão ao longo dos 12 meses. Verificou-se uma tendência de aumento da quantidade de adesão nos doentes inicialmente não aderentes, embora sem significado estatístico, e uma estabilidade do IMC nos doentes sob PAP. O período de adaptação ao tratamento parece ocorrer nos primeiros 6M. Conclui-se que o protocolo utilizado na consulta está adequado ao seguimento dos doentes com esta patologia.

Palavras chave: Apneia obstrutiva do sono. Adesão. Pressão positiva.

PO 112. AVALIAÇÃO DOS DOENTES COM APNEIA CENTRAL DO SONO SOB SERVOVENTILAÇÃO ADAPTATIVA - RESULTADOS PRELIMINARES

T. Chivinda, T. Sachisokele, D. Severino, C. Lares, G. Reis, J.M. Carvalho, J. Cruz, J.R. Dias

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santarém.

Introdução: A apneia central do sono (ACS) é um distúrbio respiratório do sono em que o esforço respiratório está reduzido ou ausente, de forma intermitente ou cíclica, devido à disfunção cardíaca ou do sistema nervoso central. Possui seis subtipos: ACS primária; ACS devida ao padrão respira-tório de Cheyne-Stokes; ACS devida à respiração periódica de alta altitude; ACS devida à condição médica não Cheyne-Stokes; ACS devida a drogas ou substâncias; e ACS primária da Infância. Os distúrbios respiratórios durante o sono são comuns na insuficiência cardíaca congestiva. Dados revelam que aproximadamente um terço dos doentes com insuficiência cardíaca tem apneia obstrutiva do sono, um terço tem apneia central, e outro terço tem a respiração normal. A respiração de Cheyne-Stokes, tem sido alvo de atenção recente devido às conclusões do

estudo SERVE-HF, em que não houve melhoria em todas as causas de mortalidade, tendo se verificado pelo contrário, um aumento inesperado na mortalidade cardiovascular em doentes tratados com servo ventilação adaptativa (SVA), em comparação com os grupos controlo.

Objectivo: Reavaliação de todos os doentes submetidos a servo ventilação adaptativa, com base na recomendação da DGS em descontinuar o tratamento dos doentes com apneia central do sono e insuficiência cardíaca com fração de ejeção \leq 45%, com base nos resultados preliminares do estudo clínico internacional multicêntrico, SERVE-HF, que revelaram um aumento da mortalidade cardiovascular nesse grupo de doentes.

Métodos: Estudo retrospectivo dos 34 doentes com apneia central do sono sob servo ventilação adaptativa com o objectivo de caracterizar quanto a idade e género, patologia cardíaca predominante, antecedentes relevantes como a doença cerebrovascular, endocrinopatias, obesidade/dislipidemia, SAOS prévia e respectiva gravidade em função do IAH e escala de Epworth. Prospectivamente pretende-se comparar clínica e ecocardiograficamente num intervalo de 2 meses a função cardíaca dos doentes nomeadamente a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE).

Resultados: Dos 34 doentes apenas 4 eram mulheres (11%); a média de idade foi de 71 anos (50-91); Em 24 doentes (70,6%) a apneia central foi devido a respiração de Cheyne-Stokes; a patologia cardíaca predominante foi a insuficiência cardíaca congestiva com 15 casos (42%), seguindo-se a doença coronária e EAM com 9 (26%). Como antecedentes patológicos relevantes a diabetes mellitus foi a mais frequente com 15 casos (42%); pudemos encontrar 3 casos de doença cerebrovascular e 1 de insuficiência renal crónica em hemodiálise. Todos os doentes tinham diagnóstico prévio de SAOS, sendo 58% grave. Até à data 22 doentes foram reavaliados ecocardiograficamente; desses, apenas 6 revelaram uma FEVE $<$ 45%, que implicou a alteração da modalidade ventilatória para CPAP; 9 doentes apresentaram uma FEVE diminuída, porém $>$ 45% e os restantes 7 doentes com função sistólica global conservada, mantendo portanto a servoventilação.

Palavras chave: Apneia central. Insuficiência cardíaca. Servoventilação.

PO 113. SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS - CASO CLÍNICO

V. Firmino, D. Coelho, P. Costa, V. Sacramento, H. Marques, C. Alves, M. Simões, E. Camacho

Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário-Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: A associação entre doença pulmonar e eosinofilia pode ser encontrada num grupo heterogéneo de patologias entre as quais a síndrome de Churg-Strauss, caracterizada pela presença de asma, eosinofilia e envolvimento multissistémico. Os autores descrevem um caso clínico que ilustra este quadro.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de um doente, sexo masculino, 40 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de asma, que recorreu ao SU por quadro de tosse produtiva com expectoração hemoptoica, dispneia e pieira com cerca de dois meses de evolução. Referia ainda parestesias bilaterais e simétricas localizadas à região dorsal dos pés e face externa das pernas. A observação do doente revelou apenas lesões cutâneas compatíveis com vasculite nos membros inferiores. Dos exames complementares realizados, realça-se hipoxémia, múltiplas áreas de densificação em ambos os campos pulmonares na tomografia axial computadorizada, proteinúria (+) e eosinofilia marcada (45,95%). O doente foi internado e foi iniciada corticoterapia verificando-se melhoria sintomática progressiva. Foram realizados vários exames complementares de diagnóstico para esclarecimento do quadro identificando-se polisinusopatia etmoidal e frontal, mononeuropatia axonal múltipla, infiltrado inflamatório alveolar rico em eosinófilos em biópsia brônquica e níveis séricos

elevados de pANCA (239,9). Foi admitido o diagnóstico de síndrome de Churg-Strauss e iniciada terapêutica com ciclofosfamida com melhoria clínica, analítica e imagiológica. O doente teve alta medicado e com indicação para manter seguimento em consulta.

Discussão: A presença de eosinofilia periférica em doente asmático deverá levantar a suspeita de síndrome de Churg-Strauss sendo necessária a avaliação do atingimento de órgãos outros que o pulmão nomeadamente coração, rim, tracto gastrointestinal ou sistema nervoso central cujo envolvimento está associado a pior prognóstico. O diagnóstico desta patologia é clínico e definido por critérios de classificação conhecidos. A terapêutica passa pelo uso de corticóides e imunossuppressores sendo bastante eficaz.

Palavras chave: Churg-Strauss. Síndrome. Asma.

PO 114. ACHAS QUE SABES CORRER? - UM CASO DE ASMA QUE ERA GRAVE

R. Rosa, N. Aires, R. Gerardo, M. Emiliano, I. Gonçalves, L. Semedo, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.

Caso clínico: Sexo masculino, 67 anos, não fumador, seguido em consulta de Pneumologia, desde os 50 anos, por asma de início tardio, não alérgica. Medicado com corticosteróide inalado (ICS) e agonista beta-adrenérgico de longa acção (LABA), sem controlo das queixas, mesmo após optimização terapêutica (associação com antagonista dos receptores dos leucotrienos, xantina e anticolinérgico). Aos 55 anos, iniciou corticosteróide oral, persistindo o difícil controlo sintomático. A tomografia computadorizada torácica não mostrava alterações; o doseamento de alfa-1-antitripsina era normal e os anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos eram negativos. Verificava-se boa adesão à terapêutica e técnica inalatória adequada. Além de obesidade (IMC 31 Kg/m²), não apresentava outras comorbilidades, nomeadamente rinosinusite, refluxo gastroesofágico ou síndrome de apneia obstrutiva do sono. Durante o *follow-up* do doente, constatou-se agravamento funcional progressivo, coincidente com o ganho ponderal. Desde há cerca de um ano, iniciou prática desportiva regular, correndo actualmente 15 Km diários e participando regularmente em maratonas (42 Km). Nesta sequência, perdeu 15% do peso corporal e foi possível suspender o corticosteróide oral. Encontra-se actualmente medicado com ICS/LABA e anticolinérgico, com franca melhoria sintomática. A última avaliação funcional respiratória revelou aumento de cerca de 20% do FEV1.

Discussão: De acordo com as guidelines ERS/ATS (2014), a definição de asma grave implica o tratamento com corticosteróides inalados em alta dose associados a outra medicação de controlo (com ou sem corticosteróides sistémicos), com o objectivo da doença permanecer controlada. A asma que persiste não controlada apesar deste tratamento ou que agrava com a redução da dose de corticosteróides é também classificada como asma grave. A associação entre asma e obesidade é bem reconhecida, principalmente na asma grave, sendo um fenótipo clínico distinto desta população. O aumento do índice de massa corporal parece estar relacionado com sintomas de asma mais frequentes e graves, maior número de exacerbações e agravamento dos índices de qualidade de vida. Não são inteiramente conhecidos os mecanismos responsáveis por esta associação. Alguns estudos mostraram que a redução do peso melhora o controlo da asma e alguns parâmetros funcionais respiratórios, para além de reduzir a necessidade de utilização da medicação de alívio. Este é um caso paradigmático de asma grave corticodependente, em que a redução significativa do peso, englobada numa mudança de estilo de vida, foi determinante para a melhoria dos sintomas, da função respiratória e da qualidade de vida.

Palavras chave: Asma grave. Obesidade.

PO 115. PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO PREDISPOSTO POR EXACERBAÇÃO DE ASMA

C. Castro de Sousa, C. Simão, M. Silveira, M. Anciães

Serviço de Pneumologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Director do Serviço: Dr. Fernando Rodrigues).

Introdução: O pneumomediastino é raro em adultos, sendo mais frequente em recém-nascidos e adultos jovens, com predominio do sexo masculino 8:1. Constitui um achado raro na asma, representando 1% dos casos. A sintomatologia mais frequente é dispneia e toracalgia, sendo o diagnóstico realizado por radiografia e tomografia computadorizada (TC) do tórax. O tratamento é conservador, com um prognóstico favorável na maioria dos doentes.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 19 anos, caucasiano, não fumador, com história de asma alérgica desde infância, medicado com budesonida/formoterol 160/4,5 µg em SOS. Aparentemente estável, sem exacerbações da sua doença desde há 2 anos, inicia um quadro com 2 dias de evolução caracterizado por coriza, odinofagia, tosse seca e dispneia, pelo que reiniciou toma regular de budesonida/formoterol sem melhoria. Posteriormente aparecimento de tosse produtiva com expectoração mucopurulenta, sem febre, pieira, toracalgia ou história de trauma, motivo pelo qual recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca em abril de 2015. À observação encontrava-se normotenso, taquicárdico (120 bpm), subfebril 37,8 °C, eupneico em repouso com SpO₂ 95% em ar ambiente, com enfisema subcutâneo supraclavicular esquerdo, e à auscultação pulmonar murmúrio vesicular rude, globalmente diminuído. Exames complementares. Análises: leucocitose 14.900 com neutrofilia 89,9%, sem eosinofilia (0,5%). PCR 5,14 mg/dl. Gasimetria arterial em ar ambiente, após terapêutica broncodilatadora: hipocapnia e hipoxemia para a idade (pH: 7,42; pCO₂: 33,8; pO₂: 77,1; HCO₃: 22,8; SpO₂: 95,6%). ECG: Taquicardia sinusual 118 bpm, sem outras alterações. Radiografia tórax: fina lâmina hipertransparente ao longo dos bordos cardíacos, mais visível à esquerda, sugestivo de pneumomediastino. TC tórax: "Extenso pneumomediastino envolvendo todos os compartimentos, com extensão superior aos planos profundos da parede torácica, escavados supra-claviculares e segmentos cervicais inferiores. Não há evidência de pneumotórax. Estruturas mediastínicas centrais, com normal calibre da traqueia e dos brônquios principais. Sem outras alterações". Internado no Serviço de Pneumologia, admitindo-se traqueobronquite aguda e asma complicada de pneumomediastino, medicado com amoxicilina-ácido clavulânico, claritromicina, corticoterapia sistémica (prednisolona), broncodilatação (salbutamol e beclometasona), oxigenoterapia. Assistiu-se a uma evolução clínica favorável, com melhoria sintomatológica e do enfisema subcutâneo. Radiografia de tórax de controlo com melhoria. TC-tórax alta resolução após 5 dias: "Evolução francamente favorável, observando-se regressão completa do pneumomediastino. Regressão quase completa do enfisema subcutâneo, persistindo algumas pequenas bolhas gasosas subcutâneas na vertente inferior da região lateral direita do pescoço". Teve alta para a consulta de pneumologia após 6 dias e mantém-se clinicamente estável.

Discussão: O extravasamento de ar extrapulmonar, manifestando-se como enfisema subcutâneo e pneumomediastino, constitui uma rara complicação da agudização de asma, sendo o diagnóstico realizado após um alto nível de suspeição. O tratamento é na maior parte das vezes conservador, com resolução entre 2 a 7 dias, e a recidiva é pouco frequente. Excepcionalmente podem ocorrer complicações como pneumomediastino hipertensivo ou pneumotórax, sendo importante a vigilância destes doentes por um curto espaço de tempo.

Palavras chave: Asma. Pneumomediastino.

PO 116. ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA - UM CASO CLÍNICO

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

Serviço de Pneumologia, Hospital de Torres Vedras, Centro Hospitalar do Oeste.

Introdução: A aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) é uma doença pulmonar idiopática, caracterizada por uma resposta de hipersensibilidade complexa, após colonização brônquica por *Aspergillus* ou outros fungos. Normalmente surge entre a 3ª e 5ª décadas de vida, podendo representar 7-14% dos doentes com asma dependente de corticoesteróides.

Caso clínico: Mulher de 67 anos, empregada de restaurante, não fumadora, com antecedentes pessoais de alterações degenerativas da coluna, pansinusopatia, sem patologia pulmonar prévia. Enviada à consulta de Pneumologia após crise de dispneia e pieira que motivou ida ao SU, tendo alta medicada com budesonida/formoterol 160 mg/4,5 µg 2id, e deflazacort em esquema de desmame. Na consulta de Pneumologia (Jun/2014), destacava-se tosse persistente com 6 meses de evolução, associada a expectoração mucosa, pieira nocturna e cansaço fácil. Negava outras queixas relevantes. Exame objectivo sem alterações relevantes, nomeadamente na auscultação pulmonar. Dos exames complementares de diagnóstico destacava-se: provas de função respiratória (PFRs) com obstrução de pequenas vias respiratórias; ecocardiograma sem alterações; Mantoux 15 mm; TC tórax com áreas em vidro despolido e discretas ectasias brônquicas, zona nodulariforme fibrótica no LID, atelectasia discal de pequenas sinéquias pleuropulmonares no LSE. Solicitou-se broncofibroscopia flexível, sem alterações relevantes, tendo o exame citológico revelado inflamação, Lavado broncoalveolar (LBA) com BK e exame bacteriológico negativos. Suspendeu-se deflazacort, mantendo-se budesonida/formoterol. Recorre novamente ao SU (Ago/2014) por agravamento do quadro respiratório, ficando internada durante 1 semana por asma agudizada, em contexto de infecção respiratória. Realizou antibioterapia com levofloxacina e corticoterapia, tendo alta com PFRs sobreponíveis às anteriores. No seguimento em consulta (Out/2014), observaram-se episódios de reagramento do quadro, com tempo expiratório prolongado e ferevres escassos bilaterais, sempre que se suspendia deflazacort. No estudo realizado destacou-se: eosinofilia 660 cél/µL (10.8%), IgE total 1322 UI/mL, com restante estudo de imunossupressão, autoimunidade e serologias virais negativas. Realizou teste de sensibilidade cutânea (TSC) reactivo a *Aspergillus*. Exame parasitológico de fezes negativo. Repetiu TC tórax, apresentando-se sobreponível ao estudo prévio, e broncofibroscopia (Dez/2014), com 53% eosinófilos no LBA, citologia negativa para células malignas, Ag Galactomannan positivo e isolamento de *Aspergillus* em cultura. Realizou precipitinas, IgG e IgE para *A. fumigatus*, assumindo-se quadro compatível com ABPA. Para tratamento da ABPA reiniciou corticoterapia com deflazacort 60 mg durante 1 mês, reduzindo-se 7,5 mg/Kg a cada 2 semanas. Por reagramento clínico, não foi possível níveis inferiores a 37,5 mg/Kg. Imagiologicamente (Março/2015), verificou-se diminuição das áreas de opacidade em vidro despolido, mantendo restantes alterações. Concomitantemente apresentou melhoria nas PFRs.

Discussão: A ABPA pode manifestar-se com episódios de obstrução brônquica, inflamação e impactação mucóide, podendo evoluir para formação de bronquiectasias e fibrose. Os critérios de diagnóstico de ABPA são sintomas compatíveis com asma, TSC reactivo a *Aspergillus*, IgE total > 1.000 ng/mL, Eosinofilia > 500 mm³, precipitinas e elevação de IgE e IgG específicas para *A. fumigatus*, bronquiectasias centrais e/ou infiltrados pulmonares. O tratamento de eleição baseia-se na corticoterapia, com prednisolona 0,5-1 mg/Kg/dia, com redução gradual da dose (3-6 meses). Quando se verifica necessidade de doses elevadas de corticoesteróides, a utilização de Itraconazole ou voriconazole durante 16 semanas pode permitir a redução da dosagem.

Palavras chave: *Aspergilose broncopulmonar alérgica. Asma. Corticoesteróide-dependente.*

PO 117. ASMA NÃO CONTROLADA. DE CERTEZA?

N. Caires, R. Rosa, S. Campos Silva, R. Gerardo, M. Emiliano, L. Semedo, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Caso clínico: Mulher 51 anos, não fumadora, referenciada à Consulta de Pneumologia por dispneia e pieira. Doente assintomática do ponto de vista respiratório até aos 28 anos, altura em que iniciou crises de dispneia e pieira paroxísticas, principalmente durante o esforço. Terá sido previamente acompanhada em Consulta de Pneumologia que abandonou, bem como a terapêutica proposta. Foi diagnosticada com asma e apresentava teste de sensibilidade cutânea positivo para ácaros. Na nossa consulta o exame objetivo era inocente. As provas funcionais respiratórias mostraram alteração ventilatória do tipo obstrutiva ligeiro sem resposta significativa ao broncodilatador administrado e curva fluxo-volume a sugerir a presença de obstrução alta. Foi medicada com a associação corticosteróide inalado/agonista beta2 de longa ação e anti-leucotrieno. Na reavaliação clínica, para além de manter queixas de pieira, objetivou-se a presença de dissonia e estridor. Neste contexto realizou faringolaringoscopia (FL) que mostrou paralisia das cordas vocais em abdução que motivou o pedido de tomografia computadorizada (TC) do pescoço e tórax que não documentou alterações relevantes. Fez TC crânioencefálica que evidenciou amígdalas cerebelosas ao nível do buraco occipital e ainda cavidade seringomiélica ao nível do terço médio de C2 estendendo-se para baixo, confirmado por ressonância magnética (RM) crânioencefálica e sugestivo de malformação de Chiari tipo 1. A doente foi submetida a cirurgia descompressiva do buraco occipital, sem intercorrências no pós-operatório. Da avaliação realizada após a intervenção cirúrgica, mantém sobreponível a paralisia paramediana das cordas vocais e fenda glótica estreita na FL; a RM crânioencefálica documentou discreta descida das amígdalas cerebelosas, que se encontram no buraco occipital. Na reavaliação clínica da nossa consulta, mantinha dispneia associada ao esforço e estridor. Face à persistência das queixas e agravamento em contexto de episódios de infeções respiratórias altas, houve necessidade de recurso a corticoterapia sistémica por períodos.

Discussão: As malformações de Chiari constituem um grupo heterogéneo de doenças, cuja patogénese não se encontra bem esclarecida. São definidas por alterações anatómicas do cerebelo, cérebro e/ou junção crânio-cervical associado a deslocamento inferior do cerebelo em direção ao canal vertebral. Denomina-se malformação de Chiari tipo 1 quando há descida de, pelo menos, 5 mm das amígdalas cerebelosas abaixo do nível do buraco occipital. A sua prevalência varia entre 0,5 e 1%. Estes doentes podem ser assintomáticos até à idade adulta e o início dos sintomas é geralmente insidioso. No caso exposto, o quadro clínico de apresentação desta síndrome foi decorrente de paralisia das cordas vocais por compressão do IX e X pares cranianos. O tratamento é cirúrgico e está indicado quando ocorrem sintomas. O prognóstico é variável, sendo que a maioria dos estudos documentam melhoria ou estabilidade clínica após a cirurgia. A pertinência deste caso pretende-se com o facto da sintomatologia apresentada pela doente obrigar a um diagnóstico diferencial de asma não controlada e investigação de situações que podem mimetizar ou agravar o quadro de asma.

Palavras chave: *Asma. Malformação de Chiari tipo 1. Estridor.*

PO 118. ACOS: UMA ENTIDADE POUCO ESCLARECIDA!

P. Ramalho, P. Brito, C. Rodrigues, A. Arrobas

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

Introdução: A distinção entre asma e DPOC pode ser problemática. Segundo o *update* recente do projeto GINA-GOLD, o ACOS é carac-

terizado por uma limitação permanente do fluxo aéreo com várias características que partilha com a asma e com a DPOC. Clinicamente poderá ter apresentações variáveis, como é o caso de doentes asmáticos com história de tabagismo que desenvolvem obstrução das vias aéreas não totalmente reversível. A abordagem sistematizada é aconselhada para um diagnóstico criterioso.

Objectivo: Confirmação do diagnóstico de ACOS num grupo de doentes com suspeita clínica, usando os critérios GINA-GOLD.

Métodos: Análise retrospectiva de uma população de doentes seguidos em consulta de Alergologia Respiratória, de 1 de janeiro a 30 de junho de 2015. Foram selecionados os doentes com clínica e estudo funcional compatível com ACOS. Foi utilizado o questionário sugerido pelas orientações publicadas mais recentemente pelo projeto GINA-GOLD para esclarecimento diagnóstico. Foram analisados dados demográficos e antropométricos; hábitos tabágicos; parâmetros clínicos, analíticos e funcionais, bem como a terapêutica inalatória realizada pelos doentes e o número de exacerbações no ano anterior.

Resultados: No período referido foram selecionados 14 doentes, sendo 8 doentes do sexo feminino e 6 doentes do sexo masculino, com média de idades de 63 ± 13 anos e de IMC de $27,5 \pm 7,1$ kg/m². Seis doentes eram fumadores ativos com carga tabágica (CT) média de 32 UMA, 4 doentes ex-fumadores com CT média de 69 UMA (mínimo 15 e máximo 120) e 4 eram não fumadores. Verificou-se que 2 doentes do sexo feminino tinham exposição prévia a combustão de biomassas. Dez doentes referiam ter um diagnóstico prévio de asma, dos quais 5 tinham sintomas antes dos 20 anos. Quatro doentes afirmavam história familiar de atopia e 7 doentes apresentavam estudo alergológico positivo. Na avaliação espirométrica, 5 doentes apresentavam FEV1 superior ou igual a 80% e apenas um doente com FEV1 inferior a 50%. Seis doentes tinham resposta positiva à broncodilatação, sendo que em 2 doentes o aumento foi de 400 ml. Em relação à terapêutica inalatória, 7 doentes estavam medicados com a associação CI/LABA/LAMA. Apenas 4 apresentaram uma exacerbação no ano anterior. Após aplicação do questionário apresentado no projeto GINA-GOLD, 5 doentes apresentavam perfil asmático, enquanto 3 doentes tinham questionário sugestivo de DPOC. Com score sugestivo de ACOS englobavam-se os restantes 6. Estes doentes tinham idade superior a 40 anos, história de exposição de risco e FEV1 médio de 80%, com obstrução total ou parcialmente reversível.

Conclusões: A avaliação deste pequeno grupo de doentes permitiu mostrar a dificuldade na distinção entre Asma e DPOC, sobretudo em doentes com mais de 40 anos, antecedentes de asma e forte exposição a fatores de risco (tabaco ou combustão de biomassas). A aplicação dos critérios GINA-GOLD permite uma melhor identificação e orientação nos casos suspeitos. Na amostra apresentada verificou-se uma prevalência de ACOS inferior à inicialmente esperada.

Palavras chave: ACOS. Sobreposição asma-DPOC. Tabagismo.

PO 119. IMPACTO DO TIPO DE SUPORTE VENTILATÓRIO NA INCIDÊNCIA DE INFEÇÃO NOSOCOMIAL EM DOENTES ADMITIDOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS

R. Campanha, E. Fragoso, C. Teles Martins, I. Claro, C. Lopes, P. Azevedo, J. Monteiro, C. Bárbara

Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Hospital de Santa Maria. Serviço de Pneumologia, CHLN, EPE.

Introdução: Em doentes críticos, o recurso a técnicas invasivas de suporte de órgão é um fator de risco para o desenvolvimento de infeção nosocomial.

Objectivo: Avaliar o impacto do suporte ventilatório utilizado (ventilação mecânica invasiva, VMI versus ventilação não invasiva, VNI) na incidência de infeção nosocomial em doentes admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR).

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes internados de janeiro de 2012 a abril de 2015 que foram submetidos a suporte ventila-

tório. Os doentes que não necessitaram de suporte ventilatório ou submetidos a ambos os tipos de ventilação foram excluídos. Foram analisadas variáveis demográficas, demora média, tempo médio de ventilação, APACHE II, parâmetros gasométricos, mortalidade e *Standardized Mortality Ratio* (SMR). Os doentes foram divididos em dois grupos com base no tipo de suporte ventilatório. Foram comparadas entre grupos as variáveis referidas, a taxa (%) e a incidência de infeção nosocomial (por 1.000 dias de internamento). Foi determinado o odds-ratio da VMI versus VNI para a incidência de infeção nosocomial e mortalidade pelo método de regressão logística.

Resultados: n = 554. VMI: n = 127, 22,9%. VNI: n = 427, 77,1%. Idade (anos): $62 \pm 17/72 \pm 15$, p < 0,0005. APACHE II (VMI/VNI): $26 \pm 10/21 \pm 6$, p < 0,0005. PaO₂/FiO₂ (VMI/VNI): $201 \pm 137/219 \pm 89$, p = ns. Tempo médio de VMI (dias): $16,7 \pm 63,9$. Tempo médio de VNI (dias): $9,8 \pm 8,2$. Demora média (VMI/VNI): $18,9 \pm 64/11,1 \pm 8,3$, p = 0,015. Taxa de infeção nosocomial (% VMI/VNI): $33,9/17,8$, p < 0,0005. Incidência de infeção nosocomial (por 1000 dias, VMI/VNI): $30,9/20,2$, p = 0,007. Odds-ratio de infeção nosocomial, VMI vs VNI: 2,4, p < 0,0005 (IC95%: 1,5-3,7). Mortalidade (VMI/VNI): $57,5%/34,4%$, p < 0,0005. SMR (VMI/VNI): $101,0%/88,4%$. Odds-ratio de risco de mortalidade, VMI vs VNI: 2,6, p < 0,0005 (IC95%: 1,7-3,8).

Conclusões: Comparativamente com a VMI, a VNI associou-se a uma redução significativa da infeção nosocomial e da mortalidade.

Palavras chave: UCI. Infeção. Ventilação não invasiva. Ventilação mecânica invasiva.

PO 120. SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO-INVASIVO NA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATÓRIOS

M. Grafino, E. Fragoso, C. T. Martins, I. Claro, C. Lopes, P. Azevedo, J. Monteiro, C. Bárbara

Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR), Hospital de Santa Maria. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma doença infecciosa comum, frequentemente associada a insuficiência respiratória aguda (IRA) que pode requerer suporte ventilatório.

Objectivo: Comparar indivíduos com PAC admitidos numa unidade de cuidados intensivos respiratórios (UCIR) de acordo com o suporte ventilatório.

Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu indivíduos com PAC e necessidade de suporte ventilatório admitidos na UCIR num período de 27 meses. Foram excluídos aqueles doentes em que a ventilação não invasiva (VNI) foi considerada limite máximo de intervenção e o tempo de internamento (TI) foi inferior a 24 horas. Foram analisadas características demográficas, APACHE II, TI, modalidades ventilatórias, número de quadrantes afetados na radiografia torácica e presença de choque séptico na admissão, parâmetros gasométricos, mortalidade e *Standardised Mortality Ratio* (SMR). Os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com o suporte ventilatório inicial: VNI e ventilação mecânica invasiva (VMI). O grupo VNI foi posteriormente estratificado baseado na sua falência (morte ou necessidade de VMI) ou sucesso. As variáveis supra-citadas foram comparadas entre os grupos. No grupo falência de VNI, o tempo até VMI foi registado e comparado entre os falecidos e não-falecidos.

Resultados: Dos 107 doentes com PAC admitidos, foram incluídos 96 que necessitaram de suporte ventilatório. Idade: $69,1 \pm 13,8$ anos; homens: 62,5%; APACHE II: $23,1 \pm 8,7$; TI: $17,4 \pm 13,3$ dias; ≥ 3 quadrantes atingidos 39,6%; choque séptico: 37,5%; taxa de mortalidade: 26,0%; SMR: 56,7%. Comparações VMI/VNI: n = 41/55; idade: $67 \pm 17/71 \pm 11$ anos, p = ns; APACHE II: $27 \pm 10/20 \pm 6$, p < 0,0005; TI: $21,2 \pm 15,6/14,6 \pm 9,6$ dias, p = 0,021; PaCO₂: $54 \pm 24/45 \pm 12$ mmHg, p = 0,014; PaO₂/FiO₂ na admissão: $172 \pm 141/166 \pm 86$, p = ns; quadrantes atingidos: 4 quadrantes 67%/1 quadrante 75%, p

= 0,037; choque séptico: 69,4%/30,6%, $p < 0,0005$; taxa de mortalidade: 39,0%/16,4%, $p = 0,018$; SMR: 64,5%/46,2%. Taxa de sucesso VNI: 69,1% ($n = 38$). Comparações VNI (sucesso/falência): APACHE II $18 \pm 5/24 \pm 6$, $p = 0,001$; TI $12,5 \pm 7,1/19,3 \pm 12,7$ dias, $p = 0,049$; mediana $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 1ª hora VNI $172/91$, $p < 0,001$; choque séptico: 10,5%/41,2%, $p = 0,024$. No grupo falência da VNI, o tempo até VMI foi $59,5 \pm 43,7$ horas (mediana não-falecidos/falecidos: 37/62 horas, $p = \text{ns}$), taxa de mortalidade 49,7% e SMR 106%.

Conclusões: Comparativamente com a VMI, a VNI é uma modalidade com elevada taxa de sucesso em doentes com PAC, estando associada a menor TI, taxa de mortalidade e mortalidade ajustada. No entanto, o grupo de insucesso da VNI associa-se a menor relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ao fim de 1 hora de VNI e à presença de choque séptico, apresentando a maior mortalidade, para a qual não se afasta a influência do atraso da conversão em VMI. Estes dados apontam para a necessidade de intubação traqueal precoce em doentes que se encontrem com maior déficit de oxigenação ao fim de 1 hora de VNI e/ou choque séptico.

Palavras chave: *Pneumonia adquirida na comunidade. Unidade de cuidados intensivos. Ventilação não invasiva.*

PO 121. SURTO DE DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS EM PORTUGAL: RELATO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

R. Rosa¹, P. Nascimento², T. Sequeira³, N. Germano³, A. Valente Santos³, L. Bento³

¹*Serviço de Pneumologia;* ²*Unidade Funcional de Medicina Interna, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.*

³*Unidade de Urgência Médica, Hospital de São José-Centro Hospitalar Lisboa Central.*

Introdução: Em novembro de 2014, ocorreu, em Vila Franca de Xira (Lisboa, Portugal), um surto de doença dos legionários. Foram confirmados 375 casos, o que fez deste um dos maiores surtos mundiais conhecidos. A mortalidade foi de 3,2%. Demonstrou-se que o surto teve origem numa torre de arrefecimento de uma unidade fabril local. A maior parte dos doentes necessitou de internamento hospitalar, numa percentagem importante em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Objectivo: Caracterizar os doentes com pneumonia da comunidade a *Legionella*, que foram admitidos numa UCI de um hospital central, durante o surto de Doença dos Legionários.

Métodos: Foram retrospectivamente avaliadas as características demográficas, comorbilidades, diagnóstico, tratamento e *outcome* clínico dos doentes.

Resultados: Foram internados seis doentes com pneumonia da comunidade a *Legionella* durante o surto de doença dos legionários. Os doentes viviam e/ou trabalhavam no concelho de Vila Franca de Xira. Eram do sexo masculino e tinham uma idade média de 53 anos (variável entre 39-67). Os factores de risco identificados foram o tabagismo, alcoolismo, imunossupressão e diabetes. Os sintomas e sinais mais frequentes foram a dispneia, tosse e febre. Dois doentes apresentavam alterações neurológicas. O envolvimento pulmonar era bilateral em 50% dos casos. As alterações laboratoriais mais frequentes foram a hiponatrémia (67%), lesão renal aguda (50%), rhabdomiólise (50%) e citocolestase (100%). O diagnóstico foi confirmado pela deteção urinária do antigénio de *Legionella pneumophila*. O tratamento com levofloxacina foi prontamente iniciado no Serviço de Urgência. À admissão na UCI, um doente encontrava-se em choque séptico e os restantes em sépsis grave. Todos os doentes apresentavam insuficiência respiratória. Cinco doentes necessitaram de ventilação mecânica invasiva. A ventilação em decúbito ventral foi utilizada em dois doentes e um desses necessitou de oxigenação por membrana extracorporeal. A duração média do internamento na UCI foi de oito dias. Todos os doentes tiveram alta sem sequelas relevantes.

Conclusões: O diagnóstico precoce da doença dos legionários e o rápido reconhecimento da sua gravidade, foram cruciais para a instituição do tratamento adequado e contribuíram para o bom *outcome* neste grupo de doentes de alto risco.

Palavras chave: *Doença dos legionários. Unidade de Cuidados Intensivos.*

PO 122. MANIFESTAÇÃO RADIOLÓGICA DE PNEUMONIA A LEGIONELLA E A SUA CORRELAÇÃO COM A CLÍNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

C. Castro de Sousa, C. Simão, M. Silveira, M. Anciães

Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca (Director de Serviço: Dr. Fernando Rodrigues).

Introdução: A pneumonia a *Legionella* constitui 2-15% dos casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC). Este microorganismo geralmente causa hipotransparências heterogéneas pulmonares que muitas vezes progridem apesar do início apropriado de antibioterapia e da melhoria clínica do doente. A resolução imagiológica pode ser lenta e este facto deve ser considerado antes de se escalar terapêutica ou progredir para uma investigação diagnóstica invasiva. **Objectivo:** Estudar as manifestações radiográficas de PAC a *Legionella pneumophila*, e identificar a relação entre melhoria clínica/análítica e a evolução imagiológica sob antibioterapia apropriada. **Métodos:** Análise retrospectiva e observacional, dos internamentos hospitalares na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), de doentes com >18 anos com PAC a *Legionella pneumophila*, de janeiro de 2012 a julho de 2015 (42 meses), com base na consulta dos processos clínicos. O diagnóstico baseou-se no isolamento do microorganismo em exame cultural, serologia ou antigenúria positiva.

Resultados: De um total de 40 doentes internados no HFF com PAC a *Legionella pneumophila*, 11 necessitaram de internamento na UCIP, 73% homens, 27% mulheres, entre os 24 e 80 anos, com média de idades 54,5 anos. Dos 11 doentes incluídos no estudo, em 5 deles a hipotransparência na teleradiografia de tórax era unilobar, em 2 multilobar unilobar e em 4 bilateral. Dos 6 doentes com envolvimento multilobar, 5 (83,3%) apresentaram uma razão $\text{paO}_2/\text{FiO}_2 < 150$; e dos 5 doentes com envolvimento unilobar, 4 (80%) apresentaram $\text{paO}_2/\text{FiO}_2 > 150$. Três dos 11 doentes foram internados na UCIP por choque séptico com necessidade de suporte aminérgico e ventilação mecânica invasiva, todos eles com envolvimento multilobar. A evolução radiológica caracterizou-se por um agravamento em 9 doentes (81,8%): 8 deles ao terceiro dia de internamento e 1 ao quarto dia. Apesar disso registou-se uma descida da PCR após 24h de antibioterapia apropriada em 9 doentes (82,8%), e após 48h em 2 doentes (18,2%). A melhoria radiológica documentou-se em 72,7% dos casos apenas ao 5º dia de internamento. A média de internamento na UCIP foi de 8,2 dias, e a média hospitalar de 15,8 dias.

Conclusões: Verificou-se uma maior gravidade clínica nomeadamente maior hipoxémia e instabilidade hemodinâmica entre os doentes com atingimento radiológico multilobar. Apesar de uma melhoria analítica com antibioterapia apropriada para PAC a *Legionella pneumophila*, assistiu-se a um agravamento imagiológico inicial, que não deve justificar por si só, a alteração da antibioterapia e realização de exames complementares invasivos.

Palavras chave: *Pneumonia adquirida na comunidade. PAC. Legionella. Radiografia de tórax.*

PO 123. PREDITORES DE MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR NO DOENTE CRÍTICO COM CANCRO DO PULMÃO

D. Vaz, A. Gonçalves, S. Campaigna, S. Conde, P. Castelões, A. Barroso

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A mortalidade dos doentes com cancro do pulmão admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), tem vindo a decrescer nos últimos anos, situando-se entre 22-47%. Este decréscimo atribui-se a melhoria de cuidados prestados em ambiente de cuidados intensivos e ao aumento da sobrevida global do doente com cancro pulmonar. No entanto os fatores preditores de mortalidade intrahospitalar no doente crítico com cancro pulmonar estão ainda por definir.

Objectivo e métodos: Os autores apresentam análise descritiva de internamentos em UCIP de doentes com cancro do pulmão ao longo de 5 anos. As variáveis do estudo incluíram parâmetros demográficos e clínicos nomeadamente idade e género; tipo histológico; estadio TNM; Performance status (PS); motivo de internamento, scores de gravidade APACHE II e SAPS II; score de comorbilidade de Charlson, e taxa de mortalidade intrahospitalar. Efetuou-se análise comparativa do subgrupo de doentes falecidos durante o internamento com intuito de identificar preditores de mortalidade intrahospitalar.

Resultados: A população incluiu 29 doentes (idade média 64 ± 12 anos; 86,2% do sexo masculino) internados em UCIP ao longo de 5 anos. Os tipos histológicos das neoplasias pulmonares na população em estudo incluíram adenocarcinoma (65,5%), carcinoma epidermoide (13,7%), carcinoma de pequenas células (17,2%) e tumor carcinoide (3,4%). 69% apresentavam doença avançada (estadio IIIb ou IV), e 48,2% apresentavam PS ≥ 2 . Na admissão, 82,8% não tinham ainda realizado qualquer tratamento dirigido à neoplasia pulmonar. 58,6% foram internados por intercorrência aguda que incluiu: pneumonia adquirida na comunidade (34,6%), pneumonia associada a cuidados de saúde (6,9%), pneumonia nosocomial (6,9%), edema agudo do pulmão (3,4%), hemoptise iatrogénica (3,4%) e perfuração biliar iatrogénica (3,4%). Os internamentos eletivos (41,4%) ocorreram no contexto de vigilância pós operatória de excisão de metástase cerebral. No momento da admissão os scores médios de Charlson, APACHE II e SAPS II eram $3 \pm 2,6$; 17 ± 7 e 34 ± 14 respetivamente. A taxa de mortalidade intrahospitalar foi de 20,7%; os doentes falecidos no decurso do internamento eram mais velhos (70 ± 12 vs 62 ± 11 ; $p = 0,01$), foram internados por intercorrência aguda (35,3% vs 0%; OR 1,6; $p = 0,02$), e apresentavam scores APACHE (23 ± 9 vs 15 ± 6 ; $p = 0,04$) e SAPS (48 ± 12 vs 30 ± 12 ; $p = 0,03$) mais elevados. As variáveis género, score de Charlson, estadio avançado (IIIb ou IV), prévio tratamento para a neoplasia e PS não foram significativamente diferentes nos doentes falecidos quando comparados com a restante população. Na análise multivariada o único preditor independente de mortalidade intra-hospitalar foi o score SAPS II ($r^2 = 0,28$ Exp(B) 1,8 ; $p = 0,03$).

Conclusões: A gravidade das disfunções orgânicas no momento de admissão na UCIP expressa pelo score SAPS II foi o único preditor independente de mortalidade intrahospitalar. A presença de cancro pulmonar em estadio avançado, o PS, e a presença de comorbilidades (Score de Charlson) não foram fatores determinantes de desfecho fatal no internamento. Estes achados sugerem que o prognóstico de doentes com cancro do pulmão admitidos em UCIP é determinado pela gravidade de disfunção multiorgânica na admissão, e não pelo estadio da neoplasia, estado geral do doente ou presença de outras comorbilidades.

Palavras chave: Mortalidade intrahospitalar. Cuidados Intensivos. Cancro pulmonar.

PO 124. PNEUMONIA A LEGIONELLA (SURTO EPIDÉMICO) - QUALIDADE DE VIDA E MORTALIDADE APÓS ALTA DE UCI

F. Ferro, V. Santos, C. Lopes, C.T. Martins, I. Claro, E. Fragoço, P. Azevedo, J. Monteiro, C. Bárbara

Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Hospital de Santa Maria. Serviço de Pneumologia, CHLN.

Introdução: Em novembro de 2014 registou-se um surto epidémico de pneumonia a *Legionella pneumophila* em Vila Franca de Xira (n =

345). Múltiplos doentes necessitaram de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A qualidade de vida (QoL) e mortalidade aos 6 meses têm sido apontadas como indicadores promissores do impacto a longo prazo da doença crítica.

Objectivo: Avaliação da QoL e mortalidade, 6 meses após alta da UCI, em doentes admitidos por pneumonia a *Legionella pneumophila*, no contexto de surto epidémico.

Métodos: Identificaram-se 6 doentes internados na UCIR, com diagnóstico confirmado de pneumonia a *Legionella* e ligação estabelecida ao surto epidémico. Foi excluído um doente por mortalidade intra-unidade. Para avaliação da QoL, basal e 6 meses após alta utilizou-se a validação portuguesa do EQ-5D que permitiu calcular o EQ-5D Index. Aplicaram-se os questionários via telefónica após obtenção do consentimento informado. Fez-se avaliação retrospectiva dos processos clínicos. Comparou-se o Index EQ-5D da população geral portuguesa com o Index EQ-5D 6 meses após a alta da UCIR. Usaram-se métodos de correlação para tentar identificar fatores preditivos da QoL e mortalidade a longo prazo.

Resultados: Foram incluídos 5 doentes (3 mulheres) com mediana de idades de 55 anos [44-63] com diagnóstico confirmado por anti-genúria, e cultura em secreções brônquicas 4/5. À admissão todos os doentes apresentavam insuficiência respiratória parcial (mediana PaO₂/FIO₂ 201 [65-388] e PaCO₂ 30,6 [28-32] mmHg), APACHE II mediana 17 [16-19], elevação da PCR (mediana 37 [33-45] mg/dL e hipoalbuminémia (mediana 2,9 [1,7-3,7] mg/dL. Três doentes foram suportados com VNI, 2 necessitaram de suporte com VMI e um foi transferido para outra UCI para ser submetido a ECMO. A média do EQ-5D Index 6 meses após a alta foi 0,75360 ($\pm 0,24$) não apresentando diferença em relação ao valor previsto para a população portuguesa. As dimensões “Mobilidade” e “Atividades Habituais” correspondem ao maior grupo de doentes com problemas moderados. Quando comparadas as médias do Index EQ-5D, previamente ao internamento e 6 meses após alta, a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,603$). Nenhuma das variáveis laboratoriais ou scores de gravidade à admissão mostraram relação com o Index EQ-5D. Apenas foi possível estabelecer correlação entre o índice de QoL prévia e aos 6 meses ($p < 0,05$). Não se registou mortalidade após a alta hospitalar.

Conclusões: Neste estudo não parecem existir diferenças significativas na QoL de doentes críticos 6 meses após alta em relação à restante população, contradizendo estudos prévios. Por outro lado, e corroborando estudos anteriores, observou-se que a QoL 6 meses após a alta da UCI parece correlacionar-se melhor com o nível de QoL prévio, do que com valores analíticos ou scores de gravidade à admissão. Como limitações há a referir a reduzida dimensão da amostra que terá impossibilitado a obtenção de significância estatística em algumas das relações avaliadas e a aplicação do questionário EQ-5D por contato telefónico, o que impediu a aplicação de uma escala analógica.

Palavras chave: Qualidade de vida. Mortalidade. Legionella. Surto epidémico.

PO 125. FATORES DE RISCO PARA PNEUMONIA POR PNEUMOCOCO: ANÁLISE RETROSPECTIVA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A.P. Gomes, A.R. Elvas, C. Coxo, D. Cunha Leal, R. Tjeng, J. Dias, V. Branco

Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

Introdução: A pneumonia pneumocócica é a causa mais frequente de pneumonia da comunidade. No entanto, o agente é isolado apenas em 5-18% dos casos. Vários factores de risco estão associados ao seu desenvolvimento, nomeadamente a insuficiência cardíaca, a DPOC, a imunossupressão, a dependência de álcool ou tabaco e as bronquiectasias. Estes factores associados ao tipo de ventilação

implementada durante a terapêutica podem condicionar o prognóstico.

Objectivo: Avaliar os principais factores de risco associadas a pneumonia por *Streptococo pneumoniae* em doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos, relacionando as características demográficas, com a duração de internamento e outcome.

Métodos: Análise retrospectivo através da consulta de processos clínicos de doentes com o diagnóstico de admissão de Pneumonia por *Streptococo pneumoniae* no período de junho de 2003 a junho de 2015.

Resultados: Durante o período descrito estiveram internados 43 doentes com o diagnóstico de admissão de pneumonia por *Pneumococo*, a grande maioria dos doentes eram do sexo masculino (60,5%), com um grupo etário predominantemente superior a 80 anos (32,6%). A duração média de internamento foi de 13,6 dias e a maioria dos doentes foram admitidos a partir do Serviço de Urgência e Medicina Interna, correspondendo a 39,6% dos admitidos em ambos os grupos. Do grupo analisado faleceram 12 doentes (27,9%) e dentro deste grupo, uma grande percentagem necessitou de ventilação mecânica (6,7%). O segundo factor de risco associado a pior prognóstico foi a hipertensão arterial (50%), seguida da insuficiência cardíaca (41,6%). O Grupo etário associado a maior mortalidade foi o dos doentes com idade superior a 70 anos (41,4%).

Conclusões: Com este estudo, os autores pretendem identificar os factores de risco que maior se associam com o prognóstico desfavorável na Pneumonia por *Pneumococos*. A identificação de factores de risco potencialmente modificáveis pode determinar o sucesso das medidas terapêuticas.

Palavras chave: *Pneumonia pneumococica*. *Fatores de risco*. *Cuidados intensivos*. *Ventilação*. *Insuficiência cardíaca*. *DPOC*.

PO 126. DO TAMPONAMENTO CARDÍACO À TUBERCULOSE PULMONAR

A.R. Elvas, A.P. Gomes, A.C. Silveira, D. Lages, R. Tjeng, D. Cunha Leal, V. Branco, J. Dias, C. Coxo

Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: O *Mycobacterium tuberculosis* pode disseminar-se e instalar-se em qualquer orgão. O envolvimento do pericardio ocorre maioritariamente com derrame pericardico de evolução gradual, sendo uma forma rara de tuberculose. Neste caso, a dispneia e um sintoma precoce. A dor toracica, quando presente, tem localização anterior, e características pleuríticas. A febre e frequente, estando associada, muitas vezes, a taquicardia, pulso paradoxal, astenia, anorexia, emagrecimento e sudorese noturna. A radiografia do tórax mostra aumento da silhueta cardíaca, sendo o eco-cardiograma atualmente o melhor exame para o diagnóstico de derrame pericárdico. A confirmação do diagnóstico é feita pela presença de bacilos no exame direto e na cultura do líquido pericardico ou numa amostra de biopsia pericardica.

Caso clínico: Doente 83 anos, género masculino, mineiro reformado. Como antecedentes pessoais de referir silicose pulmonar, cardiopatia hipertensiva e hiperplasia benigna da próstata. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do nosso hospital por quadro dispneia, dor torácica de características pleuríticas e dispneia paroxística noturna, com cerca de 5 dias de evolução, e após síndrome gripal. Analiticamente com elevação dos parâmetros de infecção e radiologicamente com aumento do índice cardiotorácico, sem alterações pleuro-parenquimatosas. Quadro interpretado como infecção respiratória com descompensação da insuficiência cardíaca, tendo tido alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico. Cerca de 6 dias depois regressa ao SU por agravamento dos sintomas prévios e surgimento de febre. Apresentava agravamento dos parâmetros inflamatórios e apagamento do ângulo costo-frênico direito na radiografia do tórax, tendo sido internado para tratamento e vigilância. Realizou estudo complementar, nomeadamente ecocardiograma

transtorácico, que revelou derrame pericárdio moderado a severo (espessura máxima 21 mm), circunferencial, com colapso parcial da parede livre da aurícula direita, com compromisso hemodinâmico. Fez pericardiocentese terapêutica e diagnóstica, com saída de cerca de 40 ml de líquido serohemático, cujo resultado citoquímico foi compatível com tuberculose, com confirmação laboratorial posterior. Posteriormente fez estudo microbiológico da expectoração que revelou BAAR positivo (resultado confirmado posteriormente por cultura). Iniciou terapêutica dirigida, com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, melhoria clínica e analítica.

Discussão: A tuberculose é uma patologia cuja forma de apresentação é muito variada e como tal dificulta o seu diagnóstico. Um elevado índice de suspeita é essencial. O diagnóstico das formas extrapulmonares torna-se ainda mais difícil, pois na maioria das vezes são locais de difícil acesso e com menor número de bacilos. Este caso relata uma situação pouco usual, em que o diagnóstico da tuberculose pulmonar foi posterior ao diagnóstico da tuberculose extrapulmonar, neste caso, pericárdica.

Palavras chave: *Tuberculose*. *Tamponamento cardíaco*. *Silicose*. *Derrame pericárdico*.

PO 127. A PERSPECTIVA DE UM SERVIÇO: PNEUMONIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS E IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES DE RISCO

A.R. Elvas, A.P. Gomes, R. Tjeng, D. Cunha Leal, V. Branco, J. Dias, C. Coxo

Unidade de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: *Staphylococcus aureus* é uma bactéria comensal mas com capacidade de invadir e provocar doença em tecidos previamente saudáveis em qualquer órgão. Actualmente, é uma das principais causas de infeções da comunidade e sobretudo associadas a cuidados de saúde.

Métodos: Estudo retrospectivo. Análise do processo clínico dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos UCI com o diagnóstico de Pneumonia por *Staphylococcus aureus* entre 4 de abril de 2002 e 25 de março de 2015.

Resultados: No período definido foram identificados 89 casos de pneumonia por *Staphylococcus aureus*. Destes, 82 eram resistentes à metilicina (MRSA). A maioria dos doentes eram do género masculino (69%), com uma média de idade de 72 anos (mínimo 29 anos e máximo 91 anos). Os grupos etários com maior representatividade foram os grupos entre os 70 e 80 anos e os 80 e 90 anos, com cerca de 35% de doentes cada um. Esta patologia representou um total de 2.289 dias de internamento na UCI, com uma média de 26 dias de internamento (máximo 177 dias e mínimo 2 dias). Cerca de um terço dos doentes deram entrada a partir do internamento de Medicina. Vinte e seis doentes faleceram na unidade; dos que melhoraram a maioria regressou ao internamento de Medicina. O número de casos por ano foi variável; com um pico relativo nos anos 2004, 2006, 2007 e 2013, anos em que se verificaram 10 ou mais casos de pneumonia por *Staphylococcus aureus*. Até março deste ano, já ocorreram 5 casos, o mesmo número que no total dos meses do ano anterior. Das variáveis estudadas (doença pulmonar obstrutiva crónica, bronquiectasias, ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva, hipertensão arterial insuficiência cardíaca, hábitos alcoólicos ou tabágicos) constatou-se que a maioria dos doentes apresentava patologia cardiovascular prévia (cerca de 87%) e apenas 16% tinham o diagnóstico estabelecido de patologia pulmonar. Quanto aos hábitos foram identificados 6 fumadores e 2 doentes com hábitos alcoólicos marcados. Cerca de 74% dos doentes foi submetido a ventilação mecânica invasiva, a maioria destes previamente à infecção por MRSA.

Discussão: A gravidade desta infecção reflecte-se não apenas na mortalidade elevada (cerca de 29%), mas também no elevado número de dias de internamento. A ventilação invasiva é o principal

factor de risco para pneumonia por MRSA, podendo a patologia cardiorpulmonar prévia condicionar o quadro clínico e o prognóstico.

Palavras chave: *Staphylococcus aureus. MRSA. Pneumonia. Factores de risco.*

PO 128. UMA CAUSA DIFERENTE DE DOR TORÁCICA

F. Teixeira Lopes, D. Ferreira, A. Cysneiros, A. Dias, F. Paula, F. Froes, C. Bárbara

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

Introdução: O síndrome torácico agudo (STA) é uma complicação frequente da anemia de células falciformes (ACF). Manifesta-se de forma aguda por dor torácica com outros sintomas respiratórios, febre e infiltrados pulmonares de novo na radiografia do tórax (Rx tórax). A etiologia é multifactorial podendo ser desencadeada por infeções respiratórias, enfarte pulmonar microvascular, embolia gordá e hipoventilação alveolar. A hipoxémia é um factor de gravidade com possível evolução rápida para falência respiratória. O tratamento deve ser imediato, com analgesia, antibioterapia, transfusão de concentrado eritrocitário e, em situações mais graves, transfusões-permuta (TP).

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 28 anos de idade, melanodérmico, natural de São Tomé e Príncipe e funcionário num hipermercado. ACF (genótipo SS) diagnosticada desde a infância, com hepatite C pós-transfusional, seguido na Consulta de Hematologia e medicado com hidroxiureia e ácido fólico. Foi ao Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria por toracalgie súbita, bilateral e sem alívio com paracetamol e ibuprofeno. Apresentava congestão nasal, rinorreia mucosa e tosse seca com cerca de 5 dias de evolução, sem febre ou dispneia. Dos exames complementares à admissão apresentava Hb 10,4 g/dl, VGM 83,5 fL, HGM 26,7 pg, 16.260 leucócitos, bilirrubina total 3,2 mg/dl, LDH 1063 e PCR 1,8 mg/dl, troponina negativa. Rx tórax e electrocardiograma normais. Foi internado no Serviço de Medicina do Hospital Pulido Valente (HPV) por crise falciforme. Durante o internamento houve agravamento da toracalgie com necessidade de morfina, e aparecimento de febre, expectoração purulenta e insuficiência respiratória parcial grave (gasometria arterial com FiO_2 24% pH 7,42, $PaCO_2$ 43, PaO_2 48, HCO_3 27,2 e SaO_2 84%, $PaO_2/FiO_2 = 200$). Rx tórax com aparecimento de hipotransparência heterogénea em toalha ocupando os dois campos pulmonares em toda a sua extensão e agravamento da anemia (Hb 7,6 g/dl HbS 74%) e dos parâmetros inflamatórios. Iniciou amoxicilina + ácido clavulânico e azitromicina. Foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos do HPV por STA no contexto de infecção respiratória com eventual necessidade de ventilação mecânica invasiva. Realizou duas TP (vulgo exsanguineo-transfusão) com remoção de 450 ml de sangue e administração de concentrado eritrocitário pós técnica com boa tolerância clínica e redução da HbS para 54,9%. Fez controlo analgésico com morfina em perfusão contínua e curso de antibioterapia com piperacilina/tazobactam e azitromicina, durante 7 e 5 dias respectivamente. Teve alta melhorado, sem necessidade de oxigénio suplementar, com melhoria da Hb (8,8 g/dl), dos parâmetros inflamatórios e da bilirrubina total (0,98 mg/dl) e discreta hipotransparência na base do campo pulmonar direito no Rx tórax.

Discussão: O STA é uma complicação grave e potencialmente mortal da qual se deve sempre suspeitar nos doentes com ACF que apresentem dor torácica. As transfusões-permuta reduzem o número de células em circulação, a hemólise, melhoram a oxigenação e previnem fenómenos vaso-oclusivos potencialmente fatais. A instituição precoce de TP foi essencial para a evolução positiva do doente, evitando necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Palavras chave: *Síndrome torácico agudo. Anemia falciforme.*

PO 129. SUPORTE RESPIRATÓRIO AOS DOENTES NEUROMUSCULARES: A EXPERIÊNCIA DO NOSSO CENTRO

P. Ramalho, P. Brito, C. Rodrigues, J. Moita

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

Introdução: As doenças neuromusculares constituem um grupo heterogéneo de patologias que, no decurso da sua evolução, podem envolver os músculos respiratórios, comprometendo a eficácia da ventilação alveolar e da tosse. O acompanhamento regular e multidisciplinar deste tipo de doentes é muito importante, particularmente na deteção precoce da hipoventilação e tratamento da insuficiência respiratória crónica através de suporte ventilatório.

Objectivo: Caracterizar os doentes seguidos na consulta de Apoio Respiratório aos Neuromusculares (ARN) do HG-CHUC no decorrer do ano de 2014. Apresentar a experiência adquirida no nosso centro no seguimento destes doentes.

Métodos: Análise retrospectiva de processos clínicos de doentes seguidos na consulta de ARN do HG-CHUC durante o ano de 2014. Foram analisadas características socio-demográficas, diagnóstico e tempo de evolução da doença, tratamento instituído e duração de VNI.

Resultados: Foram observados 104 doentes em consulta durante o ano de 2014, maioritariamente do sexo masculino (67,3%), com uma média de idades de $42 \pm 19,8$ anos. Relativamente aos diagnósticos, observaram-se 22 casos de doença do neurónio motor/esclerose lateral amiotrófica (DNM/ELA); 7 casos de atrofia muscular espinhal (AME); 25 casos de distrofias musculares; 7 casos de miopatias; 4 casos de distrofias miotónicas; 4 casos de neuropatias hereditárias; um caso de miastenia gravis e 34 casos de outras patologias. Estavam sob VNI setenta e sete doentes (76,9%). Trinta e oito doentes (36,5%) tinham in-exsufador (I-E). Os doentes com DNM tinham um tempo médio de evolução da doença de $6,4 \pm 5,9$ anos e uma duração média de VNI de $2,7 \pm 3,6$ anos. Catorze doentes com DNM apresentavam envolvimento bulbar e 10 tinham PEG. Apenas um doente faleceu durante o período em estudo devido a infecção respiratória. Os doentes com distrofia muscular tinham um tempo médio de evolução da doença de $22,8 \pm 10,4$ anos e uma duração média de VNI de $8,2 \pm 6,2$ anos.

Conclusões: A experiência do nosso centro traduz-se no elevado número de doentes ventilados com tempo significativo de evolução da doença e duração de VNI. Pensamos que estes resultados se devam a uma estrutura bem organizada, tanto a nível da consulta, como da urgência e internamento.

Palavras chave: *Doenças neuromusculares. VNI. Experiência.*

PO 130. PNEUMOTORÁX TRAUMÁTICO POR PERFURAÇÃO ESOFÁGICA

R. Mendes, V. Fonseca, F. Barros, A. Ramos

Hospital de Cascais/Hospital de Beja-Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Introdução: A perfuração esofágica é uma condição clínica grave. A perfuração iatrogénica corresponde a 70% das causas de perfuração esofágica, sendo mais raras a perfuração espontânea, a traumática e os corpos estranhos. A maioria dos casos iatrogénicos está relacionada com intervenções endoscópicas (retirada de corpo estranho, dilatação de estenoses, esclerose de varizes, excisão de pólipos e mucossectomia). O pneumotórax é definido como a presença de ar entre a pleura visceral e parietal, e classifica-se como pneumotórax de tensão quando há acumulação de ar sobre pressão no espaço pleural. Podem ser traumáticos ou espontâneos. As causas mais frequentes do pneumotórax iatrogénico são a biópsia pleural, toracocentese, colocação de cateter venoso central e ventilação mecânica.

Caso clínico: Homem 69 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por dor retroesternal súbita tipo pontada. A auscultação cardiopulmonar apresentava tons rítmicos sem sopros e murmúrio vesicular mantido. O abdómen era globoso, pouco depressível e doloroso no epigastro. O ECG e as enzimas cardíacas não mostravam alterações. A TC abdominal revelou corpo estranho de 3 cm no esfago distal. Procedeu-se à remoção endoscópica do corpo estranho (osso de coelho) após a qual iniciou quadro de dispneia súbita, agravamento da dor torácica, associado a hipotensão, taquicardia e dessaturação. A auscultação pulmonar apresentou então redução do murmúrio vesicular mais evidente no hemitórax direito pelo que realizou TC-torácica que revelou perfuração esofágica complicada de pneumotórax bilateral, pneumomediastino e enfisema sub-cutâneo. O doente foi transferido para os cuidados intensivos onde esteve sob ventilação mecânica durante 3 semanas, com drenagem torácica bilateral e sob tripla antibioticoterapia.

Discussão: O pneumotórax apresenta-se com sintomas como dor torácica, dispneia, taquicardia e ansiedade que colocam o diagnóstico diferencial com patologias frequentes como enfarte agudo do miocárdio, tromboembolismo pulmonar, pericardite, derrame pleural e dissecação da aorta. Apesar da perfuração esofágica por exames endoscópicos ser rara, o facto de os sintomas surgirem na sequência da retirada do corpo estranho fez pensar numa perfuração esofágica iatrogénica. O pneumotórax sob tensão pode progredir rapidamente com insuficiência respiratória, colapso cardiovascular e morte, por isso a detecção e drenagem precoce foram vitais para este doente.

Palavras chave: *Pneumotórax. Perfuração Esofágica.*

PO 131. UMA NEOPLASIA DISFARÇADA OU UM MISTO DE DUAS PATOLOGIAS?

S.C. Silva, N. Caires, R. Rosa, T. Lopes, M. Emiliano, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: O adenocarcinoma é o tipo de neoplasia pulmonar mais frequente (cerca de 50% casos), tendo habitualmente uma localização periférica. Histologicamente divide-se em vários subtipos com base no padrão de crescimento e invasão, entre eles o adenocarcinoma com padrão lepidico (antigo carcinoma bronquiolo-alveolar). A sua frequência é baixa, com predomínio pelo sexo feminino e maior incidência entre a 5ª e 6ª décadas, havendo contudo referência a indivíduos mais jovens. Radiologicamente pode apresentar-se de forma localizada ou difusa, podendo apresentar um padrão de pneumonia lobar e até mimetizar uma doença pulmonar intersticial (DPI). A associação entre DPI e neoplasia, embora rara, está descrita na literatura. Embora não haja concordância relativamente ao tipo histológico mais comum nesta associação, os tumores periféricos parecem ser mais frequentes. Os mecanismos patogénicos propostos para explicar o aumento do risco de neoplasia do pulmão na DPI permanecem incertos.

Caso clínico: Mulher, 39 anos, não fumadora, previamente saudável, enviada à consulta de Pneumologia em 2013 por infeções respiratórias de repetição. A tomografia computadorizada (TC) torácica mostrou importante espessamento dos septos interlobulares de forma difusa e vários focos de consolidação com broncograma aéreo bilaterais e uma outra área de condensação com múltiplos focos calcícos no lobo inferior direito (LID) de carácter persistente/crónico que exclui a hipótese de etiologia infecciosa, sugerindo como hipóteses mais prováveis uma patologia intersticial difusa ou vasculite. Nas duas broncofibroscopias não se observaram alterações endobrônquicas e tanto a citologia do lavado brônquio-alveolar como a histologia das biópsias brônquicas e pulmonares transbrônquicas foram negativas quer para DPI, quer para neoplasia. A doente foi proposta para biópsia cirúrgica, porém abandonou o seguimento nesta fase. É admitida no serviço de urgência 16 meses depois com

um quadro típico de infeção respiratória. A TC torácica mostrava franco agravamento das alterações parenquimatosas e intersticiais conhecidas e múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. No internamento realizou biópsia aspirativa transtorácica cujo resultado anatomo-patológico foi compatível com adenocarcinoma com áreas de crescimento lepidico mucinoso, que marcou para TTF-1 e cuja pesquisa da mutação no gene EGFR foi negativa.

Discussão: O adenocarcinoma de crescimento lepidico é um tumor de desenvolvimento lento e insidioso que radiologicamente pode mimetizar diferentes patologias pulmonares. O caso clínico aqui apresentado foi clinicamente desafiante, um vez que o contexto clínico (doente jovem com patologia com vários anos de evolução) levava a considerar a hipótese de DPI como a mais provável. Apesar da história não nos permitir excluir completamente a hipótese de uma DPI sobreposta (sendo, contudo, a associação rara) pretende-se com este caso salientar a capacidade de mimetização deste subtipo de adenocarcinoma e destacar a importância de suspeitar de cancro do pulmão mesmo em doentes jovens não fumadores.

Palavras chave: *Adenocarcinoma com padrão lepidico. Doença pulmonar intersticial. Biópsia aspirativa transtorácica.*

PO 132. UMA CAUSA POUCO COMUM DE HEPATITE AGUDA

A.C. Duarte, C. Valadão, C. Pavão Matos, J.N. Raposo, J. Pinto Duarte

Hospital Garcia de Orta.

Caso clínico: Homem, 58 anos, operário naval. Fumador desde os 16 anos (24 UMA). Nega hábitos alcoólicos ou toma de fármacos e produtos de ervanária. Observado por quadro de mal-estar geral, astenia, anorexia e perda de 5 kg nos últimos 3 meses, ao qual se associou, na semana anterior, agravamento do cansaço, com náuseas e ardor no hipocôndrio direito. Analiticamente, $15,8 \times 10^9$ leucócitos/L com 87% neutrófilos, PCR 11,2 mg/dL, TP 33%, AST 3273 UI/L, ALT 4213 UI/L, bilirrubina total 0,5 mg/dL, LDH 5.031 UI/L, albumina 2,49 g/dL, acetaminofeno 1,3 µg/mL, com serologias HIV, HBV e HCV negativas e gasometria em ar ambiente com Insuficiência respiratória parcial. Foram colhidas hemoculturas e expetoração para exame microbiológico, cujo resultado foi negativo. Radiografia tórax com infiltrado intersticial bilateral, mais evidente na região para-hilar direita, com apagamento do seio costo-diafragmático esquerdo. Para esclarecimento do quadro realizou TC tóraco-abdomino-pélvica que mostrou “lesão expansiva/infiltrativa pulmonar (77 × 55 mm) envolvendo o lobo superior direito a nível do segmento posterior, do hilo até à pleura; várias adenopatias mediastínicas sugestivas de secundarização, com derrame pleural bilateral e derrame pericárdico importante. A nível abdominal, hepatomegália volumosa de contornos lobulados com captação heterogénea por prováveis alterações perfusionais decorrente de congestão”. Foi confirmada ecocardiograficamente a presença de derrame pericárdico, tendo sido realizada pericardiocentese diagnóstica e evacuadora, com saída de líquido com características de exsudado, com exame microbiológico negativo e citologia negativa para células neoplásicas. Para estudo da massa pulmonar, foi submetido a broncofibroscopia, com evidência de “carina alargada por provável compressão extrínseca, alargamento do esporão de divisão do brônquio principal e brônquio lobar superior direitos por provável compressão extrínseca, com mucosa hiperemiada e friável”, tendo sido realizada biópsia pulmonar transbrônquica com histologia compatível com carcinoma pulmonar indiferenciado de não pequenas células. No que diz respeito aos exames de estadiamento não houve evidência de secundarização óssea ou cerebral, com marcadores tumorais CEA 13,8 ng/mL, Ca 125 1.113 U/mL e cyfra 21-1 13 ng/mL. Foi então feito o diagnóstico de carcinoma pulmonar indiferenciado de não pequenas células associado a derrame pericárdico (estadio IV), com apresentação sob a forma de hepatite aguda isquémica na sequência de tamponamento cardíaco

e, atendendo a um performance status de 0, o doente foi proposto para quimioterapia com carboplatino e paclitaxel.

Discussão: O tabaco e a exposição a certo tipo de fumos e substâncias inaladas, nomeadamente amianto, são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias broncopulmonares e pleurais. As neoplasias do pulmão podem progredir durante vários meses ou anos de forma assintomática, sendo que em muitos doentes as primeiras manifestações clínicas decorrem muitas vezes do envolvimento secundário de outros órgãos. No doente apresentado, foi a sintomatologia associada à hepatite isquémica provocada pelo derrame pericárdico secundário que motivou a sua ida ao hospital, sem referência a sintomatologia respiratória.

Palavras chave: Neoplasia do pulmão. Carcinoma pulmonar indiferenciado de não pequenas células. Metástases. Derrame pericárdico. Hepatite aguda.

PO 133. O OUTRO LADO DA PNEUMONIA

A.C. Duarte, C. Valadão, C. Pavão Matos, J.N. Raposo, J. Pinto Duarte, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Caso clínico: Mulher, 42 anos, “designer”. Saudável, sem hábitos tabágicos nem alcoólicos e sem terapêutica de ambulatório. Observada por tosse, expectoração mucosa e toracalgia tipo aperto localizada à região esternal com 2 semanas de evolução, associadas a dispneia e cansaço de agravamento progressivo. Durante esse período perda de 12 kg. Sem febre. Cumpriu 2 ciclos de antibioterapia em ambulatório, associada a terapêutica broncodilatadora, sem melhoria. À entrada apresentava taquicardia, com auscultação pulmonar evidenciando murmúrio vesicular diminuído na metade inferior do hemitórax esquerdo, com fervores subcrepitanes na base direita. Analiticamente, $14,2 \times 10^9$ leucócitos/L com 91,8% neutrófilos, LDH 595 UI/L, PCR 7,5 mg/dL, D-dímeros 0,57 ug/mL, com serologias negativas para VIH, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae e Chlamydia pneumoniae com doseamento de anticorpos antinucleares e ANCA's negativos. Gasometria em ar ambiente compatível com insuficiência respiratória parcial grave. Foram colhidas hemoculturas e expectoração para exame microbiológico, cujos resultados foram negativos. Realizou radiografia tórax que mostrou hipo-transparência heterogênea no terço médio do campo pulmonar direito e no terço inferior do esquerdo. Na TC tórax constatou-se “extensa condensação parenquimatosa com broncograma aéreo patente, envolvendo praticamente todo o lobo inferior esquerdo, enquadrável em franca pneumopatia inflamatória/infecciosa e com outras opacidades parenquimatosas confluentes nos vários lobos do hemicampo direito, a que atribuímos idêntica etiologia; sem sinais de tromboembolismo pulmonar”. Neste contexto, foi colocada a hipótese diagnóstica de pneumonia adquirida na comunidade bilateral, tendo iniciado terapêutica com ceftriaxone e claritromicina. Após conclusão da antibioterapia verificou-se melhoria analítica, sem leucocitose ou neutrofilia e negatificação da PCR. Contudo, manteve quadro clínico e radiológico sobreponíveis. Realizou broncofibroscopia que mostrou alterações inflamatórias brônquicas inespecíficas, com colheita de secreções brônquicas com exame microbiológico negativo. A citologia foi compatível com Adenocarcinoma da mama/pulmão. Efetuou ecografia mamária que revelou múltiplos quistos sem características de malignidade. Realizou ainda biópsia cortante transtorácica com histologia sugestiva de Adenocarcinoma pulmonar, padrão papilar, micropapilar e lepidico. Para estadiamento efetuou TC crânioencefálica e cintigrafia óssea sem evidência de secundarização e marcadores tumorais, apenas com aumento do Ca 15,3 (42,8 UI/mL). Perante o diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar, padrão papilar, micropapilar e lepidico, estadio IV, em doente com performance status 0, foi iniciada quimioterapia com carboplatina e paclitaxel e solicitada pesquisa de mutação EGFR e ALK.

Discussão: O Adenocarcinoma é a neoplasia pulmonar mais frequente, sendo os padrões papilar, micropapilar e lepidico formas invasivas deste tumor. Apesar do tabaco ser o principal fator de risco, um terço dos doentes é não fumador. A forma de apresentação clínica varia de nódulo pulmonar solitário frequentemente assintomático, a infiltrados parenquimatosos difusos, semelhantes a uma pneumonia bacteriana, que se manifestam por tosse, dispneia, hemoptises ou sintomas sistêmicos como febre ou perda de peso. A hipoxemia e a broncorreia podem também estar presentes e são potencialmente fatais. Os locais de metastização mais frequentes são o pulmão contra lateral, osso, suprarrenal e cérebro. A terapêutica depende do estadio, podendo incluir cirurgia, radioterapia e quimioterapia citotóxica ou dirigida, esta última em doentes com mutação no EGFR e/ou presença de rearranjo do oncogene ALK.

Palavras chave: Neoplasia do pulmão. Adenocarcinoma do pulmão. Pneumonia. Insuficiência respiratória grave. Broncorreia.

PO 134. DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO - UM CASO PARTICULAR

S. Lucas, H. Ramos, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: A neoplasia da mama no homem é rara, representando cerca de 1% de todos os casos de neoplasia da mama e menos de 1% de todas as neoplasias que ocorrem no homem. Raramente é diagnosticada em fase assintomática dada a inexistência de rastreio como ocorre nas mulheres. Geralmente aparece em homens com idade avançada e na maioria dos casos, manifesta-se inicialmente através de uma massa evidente a nível mamário, sendo rara outra forma de apresentação.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso clínico de um homem de 81 anos saudável que recorre ao serviço de urgência por queixas de tosse com escassa expectoração mucosa associada a toracalgia à direita com características pleuríticas, astenia, anorexia e perda de peso não quantificada com um mês de evolução. Posteriormente referiu aparecimento de tumefação mamária à direita que associava a provável picada de inseto. Ao exame objetivo no serviço de urgência salientava-se auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do campo pulmonar direito associado a diminuição das vibrações vocais, compatível com derrame pleural; também à direita destacava-se tumefação mamária não dolorosa e pele de coloração eritmatosa. O doente foi submetido a toracentese e biópsias pleurais. O resultado citológico do líquido pleural foi compatível com infiltração por carcinoma que foi confirmado através de biópsia pleural corresponder a carcinoma de origem mamária. O doente realizou ecografia mamária e mamografia com evidência de volumosa lesão nodular à direita com elevada densidade e forte componente necrótico (BIRADS 5) cuja biópsia dirigida evidenciou tratar-se de carcinoma ductal invasivo bem diferenciado com receptores de estrogénio com positividade de 100%, receptores de progesterona com positividade de 90% e Her 2 negativo. O doente foi encaminhado para consulta de Senologia tendo sido proposto para hormonoterapia.

Discussão: Os autores descrevem este caso pela raridade da neoplasia da mama masculina e pela forma rara de apresentação através de queixas iniciais de derrame pleural.

Palavras chave: Derrame pleural neoplásico. Neoplasia da Mama. Mama masculina.

PO 135. METASTIZAÇÃO GASTROINTESTINAL NA NEOPLÁSIA DO PULMÃO - RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

S. Lucas, H. Ramos, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: A neoplasia do pulmão constitui a principal causa de morte por neoplasia em todo o mundo, sendo que mais de 50% dos casos apresentam lesões metastáticas na altura do diagnóstico. A metastização gastrointestinal na neoplasia do pulmão é rara estando poucos casos descritos na literatura, com prevalência estimada de cerca de 0,2 a 0,5% dos casos. A localização mais frequentemente observada é ao nível do intestino delgado, sendo que qualquer localização confere pior prognóstico quando comparado com a evolução natural da doença. Os autores descrevem 2 casos clínicos de neoplasia do pulmão com metastização extrapulmonar na altura do diagnóstico que no decurso da doença apresentaram metastização gastrointestinal comprovada.

Casos clínicos: O primeiro caso é relativo a um indivíduo do sexo masculino, fumador de 39 unidades maço/ano, ao qual foi diagnosticado um carcinoma pulmonar não pequenas células. Na altura do diagnóstico o doente apresentava-se em estadio IV por lesão metastática ao nível da glândula suprarenal esquerda. O doente realizou quimioterapia de 1ª linha com cisplatino e gemcitabina sendo que após realização da mesma ocorreu progressão de doença por aumento da lesão pulmonar primária. Posteriormente o doente apresentou dor abdominal intensa com massa objetivada ao nível do exame físico. Por este motivo realizou colonoscopia que evidenciou lesão ao nível do cólon transversal cuja histologia foi compatível com adenocarcinoma de origem pulmonar. O segundo caso é pertencente a um indivíduo do sexo masculino, não fumador, sem antecedentes pessoais relevantes ao qual foi diagnosticado carcinoma pulmonar não pequenas células no contexto de tosse seca com omalgia direita. Na altura do diagnóstico apresentava metastização hepática e óssea exuberante. Iniciou quimioterapia de 1ª linha com carboplatino e paclitaxel sendo que no decurso da terapêutica apresentou dor abdominal intensa com oclusão intestinal complicada com perfuração e peritonite generalizada. O doente foi submetido a cirurgia urgente com ressecção de segmento de intestino delgado cuja histologia evidenciou infiltração por carcinoma pouco diferenciado de provável origem pulmonar.

Discussão: Estes dois casos clínicos ao descreverem uma localização de metastização de neoplasia do pulmão pouco frequente trazem a discussão se a metastização gastrointestinal é realmente rara ou se, tal como vários estudos afirmam, pode estar subdiagnosticada por a sintomatologia gastrointestinal ser considerada como parte de doença generalizada ou como efeito secundário da terapêutica utilizada.

Palavras chave: Neoplasia do pulmão. Metastização gastrointestinal. Dor abdominal.

PO 136. RESULTADO NEGATIVO? VERIFICAR SEMPRE

J. Carvalho, C. Costa, I. Costa, C. Bárbara

Unidade de Internamento Geral, Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria-Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: O tabagismo é o principal factor de risco para o cancro do pulmão. Os cancros do pulmão dividem-se em dois grupos principais: o cancro do pulmão de pequenas células e o cancro de pulmão de não pequenas células. O cancro do pulmão de não pequenas células é o mais frequente, sendo o mais comum o adenocarcinoma seguido do carcinoma pavimento celular. O diagnóstico é realizado através da história clínica, exame físico e por exames complementares de diagnóstico. A sobrevida dos doentes com cancro do pulmão aos cinco anos é de cerca de 16%.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 78 anos, leucodérmica, reformada(ex-secretária), fumadora (55 UMA), com os diagnósticos prévios de doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência respiratória parcial, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e dislipidemia. Em fevereiro de 2014, realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que evidenciou “No segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo visualiza-se uma formação cavitada, de

parede fina e densa, com maior eixo de 31 mm, não preenchida. Não se definem densificações periféricas que façam suspeitar de processos exudativos atuais. Padrão de enfisema centrilobular difuso em pequenas áreas, de forma mais evidente nos lobos superiores.” Posteriormente foi realizada broncofibroscopia (BFC), na qual não se observava massa endobrônquica, tendo-se realizado biópsias, cujos resultados foram negativos. Em outubro de 2014, apresentava quadro de agravamento de dispneia, cansaço e tosse com expectoração serosa com um mês de evolução. Do exame objetivo a realçar murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. Analiticamente sem alterações e gasometricamente, em ar ambiente, com insuficiência respiratória global descompensada (pH: 7,31; pCO₂: 67,4 mmHg; pO₂: 55,6 mmHg; SO₂: 84,1%). Telerradiografia de tórax pósterio-anterior sem hipotransparências sugestivas de pneumonia. Foi internada no Serviço de Pneumologia Geral do Hospital de Santa Maria por insuficiência respiratória global, tendo sido iniciada ventilação não invasiva com binível, à qual respondeu favoravelmente. Durante o internamento, foi realizada TC de tórax que mostrava: “Densificações lineares basais de natureza atelectásica/fibrótica. Lesão cavitada do lobo inferior esquerdo com cerca de 3 cm praticamente preenchida por conteúdo hipodenso no presente estudo. Sinais de enfisema de predomínio centrilobular apical.” Após discussão em reunião clínica, decidiu-se realização de punção aspirativa trans-torácica (PATT) da lesão nodular no lobo inferior do pulmão esquerdo, cujo resultado anátomo-patológico foi de padrão citológico e fenotípico (p63+) sugestivo de carcinoma pavimento celular.

Discussão: O tabagismo é responsável por 80% a 90% dos casos de cancro do pulmão. A rentabilidade diagnóstica da BFC em carcinomas periféricos, endoscopicamente não visíveis, estima-se entre os 30 a 70%, enquanto que a PATT apresenta uma sensibilidade diagnóstica global que excede os 90% mesmo em pequenas lesões. Os exames complementares de diagnóstico, complementam-se, pelo que o resultado negativo de uma BFC deverá ser confirmado, se possível, por PATT.

Palavras chave: Pulmão. Carcinoma pavimento celular. Punção aspirativa trans-torácica.

PO 137. CARCINOMA PLEOMÓRFICO DO PULMÃO EM DOENTE COM MASSA INTRACARDÍACA

C. Braço Forte, I. Fernandes, S. Sousa, S. Carreira, M. Bonnet, P. Duarte, A. Meleiro, T. Duarte

Hospital de São Bernardo-Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: O carcinoma pleomorfo do pulmão (CPP) e um tumor maligno extremamente raro e de prognóstico reservado. Atualmente é classificado como um carcinoma pouco diferenciado de não pequenas células, com componente sarcomatoso ou sarcoma *like* (células fusiformes/células gigantes).

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de um CPP num doente do sexo masculino, de 72 anos, ex-fumador, com disfonía e emagrecimento progressivo com cerca de 2 semanas de evolução e dois episódios de síncope. Recorreu ao serviço de urgência por aparecimento de tumefação cervical anterior. A avaliação imagiológica, por tomografia computadorizada, evidenciou a presença de várias adenopatias cervicais e mediastínicas, a nível da traqueia uma formação vegetante subglótica, e uma massa pulmonar com envolvimento do lobo superior e inferior esquerdos, associada a múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, hepáticos e esplênicos. A broncofibroscopia confirmou a presença da massa traqueal com compromisso de cerca de 80% do lúmen traqueal. O doente foi submetido a broncoscopia rígida para exérese da massa subglótica, por fotocoagulação com Laser Nd:YAG com repermeabilização total da traqueia. A histologia revelou aspectos compatíveis com carcinoma pleomórfico do pulmão. O ecocardiograma mostrou a presença de uma volumosa massa intracardíaca a nível do ventrículo direito. A

RMN cardíaca foi sugestiva de metastização tumoral. Foi programada cirurgia cardíaca que não se realizou dado à evolução desfavorável do quadro clínico.

Discussão: O carcinoma pleomórfico do pulmão (CPP) permanece um desafio diagnóstico e terapêutico com muitas questões ainda não respondidas. Representa aproximadamente 0,1-0,4% de todas as neoplasias do pulmão e é mais frequente no sexo masculino, com idade média de aparecimento aos 59 anos. Em 60-70% dos casos apresenta-se como uma massa periférica sem envolvimento endobrônquico, invadindo frequentemente estruturas adjacentes, demonstrando um crescimento rápido num curto espaço de tempo. O prognóstico dos doentes é reservado, na medida em que tanto a cirurgia como a radioterapia e a quimioterapia, são geralmente ineficazes. Atendendo à raridade do tumor e às dificuldades no diagnóstico, reportam-se os aspectos clínico-imagiológicos mais importantes, assim como as alterações citológicas que caracterizam esta entidade.

Palavras chave: *Carcinoma pleomórfico do pulmão. Massa intracardiaca.*

PO 138. LINFOMA DE MALT DA TRAQUEIA PÓS-LINFOMA DE MALT DA ÓRBITA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Raimundo¹, A. Alexandre¹, C. Pinto¹, A. Loureiro¹, M. Guerra², M. Inácio², A. Afonso¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Introdução: Os linfomas de MALT são linfomas não-Hodgkin de células B caracterizados por surgirem em órgãos extraganglionares, que usualmente não contêm tecido linfóide organizado. O órgão mais comumente envolvido é o estômago mas esta patologia está documentada em múltiplas localizações, nomeadamente noutras porções do tubo digestivo, pulmão, pele, tiróide, órbita, timo, mama, entre outras. Os linfomas de MALT não-gástricos têm um curso habitualmente indolente, geralmente com doença localizada ao órgão primário ao diagnóstico. O prognóstico é frequentemente favorável e a sobrevida prolongada. O linfoma MALT da traqueia é uma entidade extremamente rara, por envolvimento primário ou secundário, representando menos de 0,5% dos tumores da traqueia, provavelmente pela diminuta quantidade de tecido linfóide nessa localização comparativamente, por exemplo, ao pulmão. Apresenta características sobreponíveis aos linfomas de MALT não-gástricos no que respeita ao estadio ao diagnóstico, resposta ao tratamento e prognóstico, sendo um diagnóstico diferencial a considerar nas lesões traqueais. Este caso descreve o envolvimento traqueal pós-linfoma de MALT da órbita. Estão documentados alguns casos de linfoma de MALT da traqueia a nível mundial mas este será o primeiro descrito em Portugal.

Caso clínico: Sexo masculino, 86 anos. Não fumador. Antecedentes pessoais de arterite temporal, HTA com antiagregação crónica, e linfoma não-Hodgkin de MALT da órbita direita diagnosticado em julho de 2013, estadio IEA de Ann Harbor. Realizou quimioterapia com 8 ciclos de clorambucilo e prednisolona e radioterapia na dose de 40 Gy, terminando em maio de 2014, com massa residual. Enviado da CE de hematologia ao SU do CHTMAD no dia 6/7/2015 por hemoptises de grau moderado com 1 semana de evolução e emagrecimento não quantificável há 1 mês. Tinha sido medicado com azitromicina por 5 dias, 500 mg/dia, sem melhoria. Objetivamente, de relevo, auscultação pulmonar com crepitações discretas bibasais. Analiticamente com hemoglobina, contagem plaquetária e estudo da coagulação normais. A radiografia torácica mostrava perda de volume do pulmão direito, já conhecida, sem outras alterações. Realizou angio-TC com achados duvidosos para a presença de tromboembolismo pulmonar (TEP) e onde se visualizou lesão retrotraqueal com aparente invasão do lúmen da traqueia. Internado para controlo dos sintomas e estudo. Realizou cintigrafia de ventilação/perfusão que apresentava probabilidade intermédia de

TEP. Avaliação da ORL excluiu lesões das vias aéreas superiores e invasão local do linfoma. Realizou broncofibroscopia que mostrou lesão neoformativa hipervascularizada na parede posterior da traqueia, condicionando diminuição do calibre da traqueia em 50%, sem compromisso respiratório. Foi realizada biópsia e escovado da lesão, cujo exame histológico mostrou tratar-se de lesão compatível com envolvimento da mucosa traqueal por linfoma não Hodgkin da zona marginal (linfoma tipo MALT) de baixo grau.

Palavras chave: *Linfoma de MALT da órbita. Linfoma de MALT da traqueia. Hemoptises.*

PO 139. LEIOMIOSSARCOMA ENDOBRÔNQUICO PRIMÁRIO, UM CASO CLÍNICO RARO E DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

R. Silva, I. Vicente, E. Magalhães, M. Mendes, M.J. Valente, M.S. Valente

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 85 anos, não fumadora, trabalhadora rural reformada, com quadro clínico com vários meses de evolução e agravamento progressivo no último mês caracterizado por tosse seca acessual persistente e dispneia de esforço progressiva e, na semana anterior à vinda ao serviço de urgência do nosso hospital, toracalgia pleurítica esquerda e dispneia sibilante. Sem febre e sem hemoptises. Sem queixas em outros aparelhos ou sistemas. Como antecedentes patológicos, a destacar hipertensão arterial medicamente controlada, obesidade e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame objectivo apresentava diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia, LDH: 464 U/L e PCR: 2,88 mg/dL. Gasometricamente apresentava insuficiência respiratória tipo 1. A avaliação imagiológica revelou uma atelectasia total à esquerda, com aparente preenchimento da árvore brônquica por tecidos moles, confirmada por broncofibroscopia, tendo as biopsias brônquicas sido inconclusivas pelo que foi proposta para broncoscopia rígida onde foi submetida a laserterapia YAG e desobstrução completa do brônquio principal esquerdo tendo sido feitas biópsias da lesão e cujo resultado anatomopatológico das biopsias brônquicas identificou um leiomiossarcoma. Encontra-se em vigilância em Consulta de pneumologia oncológica. **Discussão:** Os sarcomas pulmonares primários são tumores raros que constituem apenas 0,2% a 0,5% de todos os tumores pulmonares, sendo o leiomiossarcoma o mais comum. O diagnóstico é difícil pois geralmente os doentes apresentam-se com sintomas inespecíficos, a broncofibroscopia não é o melhor métodos para a recolha de amostras histológicas pois estes tumores não apresentam tendência para a descamação, ao contrário dos tumores epiteliais. Neste caso o diagnóstico só foi possível depois de realizada a excisão da lesão. Os tumores a considerar no diagnóstico diferencial são: tumor carcinóide, carcinoma não diferenciado, carcinossarcoma, timoma intrapulmonar ou linfoma. O tratamento de eleição é a ressecção cirúrgica, tumores irresssecáveis ou pouco diferenciados, podem realizar quimioterapia ou radioterapia paliativas. A sobrevida média é de 48 meses, e a sobrevida a 5 anos varia entre 38% a 48%.

Palavras chave: *Leiomiossarcoma. Tumor endobronquico. Broncofibroscopia com laser.*

PO 140. CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO AOS 20 ANOS

L. Ribeiro, D. Apolinário, L. Nascimento, T. Gomes, C. Pinto, A. Fernandes, A. Afonso

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

Introdução: O carcinoma de pequenas células do pulmão (CPCP) é um tumor neuroendócrino de crescimento rápido, representando

13% de todos os tumores pulmonares malignos. É mais frequente entre os 60-80 anos e raro abaixo dos 40 anos.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um jovem de 20 anos, gênero masculino, etnia cigana, cesteiro, fumador ocasional, sem outros hábitos toxicológicos, sem antecedentes patológicos relevantes nem consanguinidade parental. Recorre ao serviço de urgência por quadro de hemoptises moderadas, toracalgia direita, hipersudorese e sintomas constitucionais com 15 dias de evolução. Apresentava-se febril, hemodinamicamente estável e à auscultação pulmonar diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito. Analiticamente apresentava anemia microcítica/hipocrômica (hemoglobina 12,17 g/dl), elevação da LDH (656 U/L) e da PCR (11,2 mg/dl). Radiologicamente era visível uma hipotransparência de limites mal definidos nos 2/3 inferiores do campo pulmonar direito associado a alargamento mediastínico. Realizou TC toraco-abdominal visualizando-se uma massa hilar direita com envolvimento dos diversos compartimentos mediastínicos com efeito compressivo sob as estruturas aéreas e vasculares, provocando o seu desvio para a esquerda, associada a pequeno derrame pleural direito e hepatoesplenomegalia sem lesões focais. Foi internado no serviço de pneumologia para estudo complementar. Na broncofibroscopia observou-se alargamento da carena e presença de lesões esbranquiçadas no B3 direito, tronco intermediário e porção inicial do brônquio lobar médio, com estenose marcada da entrada do brônquio lobar inferior direito, impossibilitando a visualização dos seus segmentos. O exame histológico das biópsias brônquicas realizadas foi compatível com tumor neuroendócrino pouco diferenciado (carcinoma de pequenas células). Os marcadores tumorais eram normais à exceção de uma elevação ligeira da alfa-fetoproteína (12,6 UI/ml). Foi discutido em reunião de Grupo Oncológico e decidido realização de biópsia transtorácica para confirmação diagnóstica, dado a pequena amostra obtida por broncofibroscopia. A biópsia transtorácica também foi compatível com carcinoma de pequenas células. O estadiamento clínico determinou um T4N3Mx. O doente iniciou quimioterapia com etoposídeo e carboplatina e foi referenciado para a consulta de pneumologia oncológica para continuação da vigilância e tratamento.

Discussão: Embora a apresentação clínica e radiológica seja característica de um CACP, os autores apresentam este caso pela raridade de casos descritos deste tipo histológico de tumor pulmonar abaixo dos 40 anos, associado a uma baixa carga tabágica.

Palavras chave: Jovem. Carcinoma de pequenas células.

PO 141. TUMOR TRAQUEAL EM DOENTE JOVEM

C. Costa, P. Dionísio, S. Feijó, P. Monteiro, J. Rosal Gonçalves

Unidade de Pneumologia de Intervenção, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE-Hospital Santa Maria.

Introdução: Os tumores primários da traqueia são raros (menos de 2% dos tumores da árvore brônquica), dos quais 40% se devem a carcinomas adenóides quísticos. O carcinoma adenóide quístico apresenta um crescimento lento, com sintomatologia inicial frustrante, podendo passar despercebido ou ser confundido com outras patologias obstrutivas (nomeadamente asma) durante vários meses/anos.

Caso clínico: Mulher, 31 anos, não fumadora, sem antecedentes pessoais de relevo. Refere início de tosse com expectoração mucosa, cansaço ao esforço e pieira durante o 3º trimestre da gravidez. Foi observada nesse contexto, excluída hipótese de infecção respiratória, pelo que se admitiu tratar-se de sintomas relacionados com a gravidez. Por manutenção do quadro clínico no pós-parto, recorreu à consulta de Pneumologia, tendo sido interpretado como possível asma brônquica, medicada com broncodilatadores e com indicação para a realização de exames complementares e reobservação após duas semanas. Na consulta de reavaliação, negou melhoria significativa com a terapêutica instituída, com aparecimento de estridor inspiratório e manutenção da pieira e cansaço ao esfor-

ço. Analiticamente, sem alterações de relevo. Radiografia torácica com redução do diâmetro traqueal na sua porção média. Decidiu-se pela realização de broncofibroscopia que demonstrou presença de extensa massa mamilonada das paredes anterior e lateral esquerda de toda a traqueia torácica, reduzindo o lúmen em 80% que infiltra a carina e o brônquio principal esquerdo (BPE). Realizou broncoscopia rígida com laserterapia, ressecção da massa e reperfusão do lúmen traqueal. Após broncoscopia rígida, verificou-se alívio sintomático. Anatomia patológica compatível com carcinoma adenóide quístico. Tomografia computadorizada do pescoço, tórax e abdómen com espessamento da parede traqueal desde o opérculo torácico até à sua bifurcação com extensão ao BPE, contactando com as estruturas mediastínicas adjacentes, sem sinais inequívocos de invasão. A doente foi proposta para realização de radioterapia.

Discussão: Dada a extensão tumoral aquando do diagnóstico, os tumores adenóides quísticos são frequentemente irrecutíveis, estando indicada a realização de radioterapia e/ou quimioterapia e, nos casos de obstrução severa, ressecção endoscópica por laser para reperfusão do lúmen traqueal.

Palavras chave: Carcinoma adenóide quístico. Broncoscopia rígida.

PO 142. LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS, UM CASO RARO DE TUMOR PRIMITIVO DO PULMÃO

J. Carvalho, A.F. Santos, M. Fradinho, L. Oliveira, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: Os linfomas não-Hodgkin primitivos do pulmão são neoplasias raras, constituindo apenas 0,3% das atipias pulmonares. A maioria são linfomas B de baixo grau, indolentes e assintomáticos; até 20% correspondem a linfomas de alto grau, com crescimento rápido, condicionando sintomas constitucionais/respiratórios, associando-se a mau prognóstico. A apresentação como massa endobrônquica proximal é pouco frequente nas neoplasias hematológicas. O linfoma anaplásico de grandes células é um linfoma de alto grau, estando descritos raros casos de origem primária pulmonar (menos de 50 na literatura consultada), com uma idade média de 44,6 anos. É frequente o envolvimento extranodal, sobretudo da pele; ocorre envolvimento pulmonar por disseminação em até 12% dos casos.

Caso clínico: Homem de 85 anos, com história de hipertensão arterial, dislipidemia e rinite alérgica, medicadas. Ex-fumador (10 UMAs). Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com meses de evolução de cansaço de agravamento progressivo, astenia, anorexia e perda ponderal, associado a tosse produtiva de expectoração mucosa e toracalgia pleurítica esquerda. Trazia radiografia torácica realizada 10 dias antes demonstrando pequenas opacidades lineares bibasais particularmente à esquerda, provavelmente traduzindo pequenas atelectasias disciais. Exame objectivo (em repouso e ar ambiente): eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória, com cianose labial; spO₂ 89-93%; hemodinamicamente estável; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular praticamente abolido no hemitórax esquerdo, mantido à direita, sem ruídos adventícios. Dos exames efectuados salientava-se: gasimetria com hipoxémia, hipocápnia e hiperlactacidemia; elevação de parâmetros inflamatórios; D-dímeros positivos; agravamento da função renal; radiografia torácica com hipotransparência do hemicampo pulmonar esquerdo traduzindo provável atelectasia com desvio traqueal homolateral. Neste contexto realizou angio-TC, que revelou nódulo de 4,5 cm amputando a terminação do brônquio principal esquerdo, condicionando atelectasia subtotal à esquerda com broncograma hídrico (estenose sub-oclusiva brônquica); o nódulo invadia o ramo lobar inferior da artéria pulmonar esquerda, onde se identificou tromboembolismo pulmonar (TEP) não agudo. Perante quadro de lesão nodular pulmonar esquerda obstrutiva com atelectasia e hipoxémia, e TEP não agudo, foi internado no serviço de Pneumologia. Da

investigação complementar salienta-se: Broncoscopia com oclusão total da porção terminal do brônquio principal esquerdo por lesão arredondada, de superfície lisa, vascularizada, circundada por material esbranquiçado; Citologia das secreções brônquicas (SB) suspeita; Exames microbiológicos negativos. Submetido a broncoscopia rígida, conseguindo-se repermeabilização do lobo apical e 2 subsegmentares do lobo inferior esquerdo, aspirando-se grande quantidade de pús; lobo superior destruído. Citologia das SB positiva para carcinoma de não pequenas células. Histologia da massa endobrônquica compatível com linfoma anaplásico de grandes células (ALK positivo). Exames de estadiamento sem evidência de metastização; marcadores tumorais com elevação de CA 19.9. Cumpriu antibioterapia empírica para pneumonia obstrutiva, com resposta favorável. Teve alta melhorado, sob anticoagulação terapêutica, com insuficiência respiratória parcial corrigida sob oxigenoterapia, orientado para consulta de Hematologia, onde iniciou quimioterapia.

Discussão: Apresenta-se o caso por se tratar de uma neoplasia hematológica rara do pulmão, surgindo num doente com idade superior à média dos casos descritos, que se manifestou de forma infrequente como uma massa endobrônquica proximal de crescimento rápido condicionando atelectasia pulmonar.

Palavras chave: *Linfoma anaplásico de grandes células. Neoplasia do pulmão. Linfoma primitivo do pulmão.*

PO 143. REGRESSÃO ESPONTÂNEA DE UM CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO COMBINADO

V. Caldeira¹, N. Murinello¹, S. Silva¹, T. Sá¹, T. Lopes¹, J. Cardoso¹, J.E. Reis², I. Bravio², R. Luz³

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Santa Marta. ³Serviço de Oncologia Médica, Hospital Santo António dos Capuchos-Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Introdução: A regressão espontânea tumoral consiste no desaparecimento completo ou parcial de um tumor maligno sem terapêutica antineoplásica. Existem casos descritos em vários tipos de neoplasias mas é um fenómeno raro na neoplasia pulmonar, particularmente, no carcinoma do pulmão de pequenas células (CPPC). O CPPC combinado, 1/3 dos casos de CPPC, verifica-se na presença de um componente adicional de carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC).

Caso clínico: Relatamos o caso de um homem de 80 anos, ex-fumador (40 UMA), enviada à consulta de Pneumologia para investigação de um nódulo pulmonar. Tinha comorbidades cardiovasculares conhecidas, antecedentes de acidente vascular isquémico com oclusão carotídea direita e colocação de stent carotídeo esquerdo. Sem alterações no exame objectivo. A tomografia computadorizada (TC) do tórax evidenciou uma lesão pulmonar periférica justa-cisural de 27 × 22 mm no lobo superior direito (LSD) e enfisema centrilobular. O doente foi submetido a uma biópsia aspirativa trans-torácica (BATT), cujo resultado anatomopatológico foi compatível com CPPC. A tomografia por emissão de positrões (PET) confirmou lesão hipercaptante no LSD (SUV máximo 7-10), sem outras lesões hipermetabólicas e sem lesões secundárias na ressonância magnética cranioencefálica. Discutido o caso em reunião multidisciplinar do pulmão, perante a idade e significativas comorbidades cardiovasculares do doente, foi decidida a realização de quimioterapia. Por motivos familiares o doente falta às consultas, não cumprindo qualquer terapêutica dirigida durante cerca de oito meses, altura em que após repetidas tentativas de contacto por parte da equipa, é reavaliado em consulta. Assintomático e com bom performance status (ECOG 0), é submetido a re-estadiamento que evidencia diminuição da lesão pulmonar (18 × 12 mm), sem metastização sistémica de novo, dados confirmados por PET (redução em 50% da lesão). Rediscutido em Reunião Multidisciplinar, após revisão das lâminas pela Anatomia Patológica corroborando o diagnóstico, é

proposta cirurgia. Intraoperatoriamente por evidência de múltiplas aderências pulmonares foi efectuada apenas ressecção pulmonar atípica, sem intercorrências. A histologia da peça foi compatível com CPPC combinado com áreas de adenocarcinoma, com margens cirúrgicas livres de doença. O doente aguarda reavaliação em consulta de Oncologia para decisão de terapêutica adjuvante.

Discussão: A regressão tumoral espontânea é rara nos CPPC, com apenas 7 casos descritos na literatura. Apesar de várias hipóteses terem sido propostas -factores imunológicos, hormonais- o mecanismo da regressão espontânea continua desconhecido. O CPPC combinado é uma variante histológica do CPPC puro, incluída na classificação da OMS, habitualmente com pior resposta à quimioterapia convencional, e cuja incidência tem vindo a aumentar com a optimização das técnicas diagnósticas. O nosso caso clínico destaca a importância da multidisciplinaridade e retrata uma ocorrência rara no comportamento biológico tumoral, a regressão parcial espontânea. A singularidade do caso prende-se ainda com o facto de se verificar num CPPC combinado com adenocarcinoma.

Palavras chave: *Neoplasia do pulmão. Regressão espontânea. Carcinoma de pequenas células do pulmão combinado.*

PO 144. UMA MASSA PULMONAR INESPERADA

P. Americano, K. Cunha, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve, Unidade Hospitalar de Faro.

Introdução: Um quadro clínico respiratório insidioso com uma massa pulmonar e posterior instalação de sintomas neurológicos é muito sugestivo de neoplasia pulmonar. Os autores relatam um caso com diagnóstico histológico inesperado.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 35 anos, não fumadora, enviada à consulta de Pneumologia por quadro de tosse com cerca de 2 meses de evolução, inicialmente com expectoração mucosa, posteriormente purulenta, e nas últimas 2 semanas hemoptóica. Referia também perda ponderal, 15 a 20 Kg nos últimos 20 meses, associada a astenia e anorexia. Ao exame objectivo destacava-se à auscultação pulmonar uma diminuição do murmúrio vesicular na metade superior do campo pulmonar direito, sem outras alterações relevantes. Analiticamente salientava-se anemia microcítica hipocrómica, trombocitose e aumento da PCR. Telerradiografia torácica com volumosa hipotransparência homogénea no campo pulmonar direito que foi caracterizada com tomografia computadorizada como volumosa massa sólida no pulmão direito - 140 × 88 × 149 mm - de contornos bem definidos, ocupando todo o lobo médio e os segmentos anterior e posterior do lobo superior direito, com colapso dos respectivos brônquios segmentares. Áreas centrais necróticas, sem broncograma aéreo. Vídeo broncofibroscopia flexível com massa ocluindo o subsegmento posterior do BLS e massa no subsegmento externo do BLM. Restante árvore brônquica sem alterações. Foi colhido lavado brônquico para estudo anatomopatológico, bacteriológico e micobacteriológico, com todos os resultados negativos e foram biopsadas as lesões endobrônquicas para estudo anatomopatológico. Em consulta posterior a doente queixou-se de cefaleias e tonturas, com desequilíbrio frequente, apresentando ao exame neurológico nistagmo à esquerda com aparente redução do campo visual à esquerda. Foi pedida ressonância magnética urgente que revelou lesão expansiva occipitoparietal interna direita, de contornos regulares, com cerca de 37 × 27 mm, provável lesão metastática. O resultado anátomo-patológico revelou infiltrado linfóide da mucosa brônquica, com células CD20+, BCL2+, MUM1+, CD23+ focal, CD10-, BCL6-, MYC-, CD5- e CD3-, ki67 ≈ 70%, compatível com linfoma difuso de grandes células B. A doente foi submetida a quimioterapia com citarabina e etoposido em altas doses, com boa resposta inicial.

Discussão: Os linfomas podem apresentar-se virtualmente em qualquer tecido onde estejam presentes linfócitos, no entanto, a apre-

sentação pulmonar primária é rara. O sistema nervoso central pode ser afetado secundariamente, na maioria dos casos em contexto de doença recidivante e em relação com subtipos histológicos mais agressivos e doentes com baixo *performance status*. No caso apresentado, a ausência de fatores de risco para disseminação nervosa central torna uma apresentação já por si rara num quadro ainda mais atípico.

Palavras chave: *Linfoma não Hodgkin. Linfoma difuso de grandes células B. Neoplasia do pulmão. Metastização SNC.*

PO 145. UM CASO DE UMA MASSA PULMONAR DE ORIGEM POUCO FREQUENTE

M. Lopes¹, C. Rodrigues², J. Roldão Vieira¹

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.* ²*Serviço de Cirurgia Torácica, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

Introdução: A doença de Castleman unicêntrica é uma doença linfoproliferativa localizada, rara, que surge mais frequentemente no adulto jovem. Ocorre na região torácica em 24% dos casos, sendo o tratamento de eleição a ressecção cirúrgica que é na maioria dos casos curativa. Nos poucos casos em que a ressecção não é completa devem ser considerados outras modalidades de tratamento complementar, assunto sobre o qual não existe consenso.

Caso clínico: Os autores descrevem o presente caso clínico por ser uma situação rara e que devido à sua localização e hipervascularização se revelou irressecável. Trata-se de um doente do sexo masculino de 33 anos de idade, docente universitário, fumador de aproximadamente 10 unidades maço/ano, sem outros antecedentes pessoais relevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com um quadro com 3 semanas de evolução, constituído por febre de 38 °C na primeira semana e posteriormente aparecimento de tosse com expetoração, inicialmente mucopurulenta e que 3 dias antes da ida ao SU (07/12/2014) se tornou ligeiramente hemoptóica. Objetivamente encontrava-se colaborante, eupneico, apirético e hemodinamicamente estável. Na auscultação cardiopulmonar destacava-se murmúrio vesicular rude com ferveiros crepitantes na base direita. Analiticamente sem leucocitose, neutrofilia, aumento da PCR ou da procalcitonina, nem alteração dos restantes valores laboratoriais. A gasimetria arterial também foi normal. Realizou pesquisa de BK que viria a ser negativa. Radiologicamente apresentava imagem de hipotransparência heterogénea localizada no 1/3 médio do hemicampo pulmonar direito. Teve alta do SU com o diagnóstico de pneumonia da comunidade, medicada com amoxicilina/ácido-clavulânico e claritromicina. Na reavaliação, 12 dias depois, evidenciava significativa melhoria clínica. No entanto imagiologicamente apresentava uma hipotransparência homogénea de limites bem definidos na 1/2 interna do 1/3 médio do campo pulmonar direito com cerca de 4 cm de diâmetro. Para esclarecimento da imagem realizou TC torácica que revelou uma massa de 44 × 32 × 24 mm localizada sobre a asa inferior da grande cisura. A broncofibroscopia não revelou alterações macroscópicas e o lavado brônquico não apresentou células neoplásicas e a microbiologia foi negativa. A avaliação por PET-TC demonstrou captação aumentada de FDG apenas a nível da lesão torácica, com SUV máximo de 5,1. O doente foi submetido a toracotomia em abril de 2015. Identificou-se uma massa nodular capsulada, na confluência da grande e da pequena cisura, firmemente aderente à emergência do brônquio lobar médio, não sendo possível remover toda a lesão. Histologicamente observava-se hiperplasia folicular, com folículos linfóides com centros germinativos pequenos, orla linfocitária do manto expandida, com arranjo por vezes concêntrico. Existia proliferação vascular com numerosos vasos de parede hialinizada, alguns na orla do manto, outros atingiam os centros germinativos. Estes aspetos histológicos foram compatíveis com Doença de Castleman, forma hialino-vascular. O doente

encontra-se em vigilância clínica no IPOFGL, tendo efetuado novo PET-TC em julho de 2015 que mostrou captação aumentada de FDG em massa justa hilar direita com 44 mm de diâmetro e agora com SUV de 3,09.

Palavras chave: *Doença Castleman. Unicêntrica. Hialino-vascular. Toracotomia. Doença linfoproliferativa.*

PO 146. UMA CAUSA RARA DE NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO

P.I. Pedro, D. Canário, A. Ribeiro, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) é uma entidade rara correspondendo a 0.7% de todos os tumores pulmonares. A sua etiologia é desconhecida, embora existam teorias que defendem que poderá ser resultado de uma reação inflamatória a uma infeção pulmonar prévia. Histologicamente, o TMI é constituído por diversas células inflamatórias e mesenquimais incluindo plasmócitos, histiócitos, linfócitos e células fusiformes. Frequentemente, os doentes encontram-se assintomáticos à data do diagnóstico, detetando-se apenas um nódulo solitário em exames radiológicos de rotina. A ressecção cirúrgica é recomendada como o método diagnóstico e terapêutico de eleição.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente do sexo feminino, com 59 anos de idade, natural de Moçambique, não fumadora, seguida em Consulta de Pneumologia Geral por episódios esporádicos de expetoração hemoptóica e hemoptises em pequena quantidade de etiologia a esclarecer, mantendo-se em vigilância sem alterações imagiológicas ou broncoscópicas relevantes. Em 2013 apresentou um episódio de hemoptises em moderada quantidade com o esforço, e neste contexto realizou nova tomografia computadorizada (TC) torácica que mostrou um pequeno nódulo pulmonar “de novo”, irregular, não calcificado, com as dimensões 8 × 6 mm, localizado no segmento apical do lobo inferior esquerdo. Na tomografia por emissão de positrões com tomografia computadorizada (PET-TC) verificou-se hipercaptação de fluorodesoxiglicose (FDG) no nódulo descrito (SUV máximo 3,8), sem outros focos de captação anormal. A doente foi referenciada à Cirurgia Torácica e submetida a lobectomia inferior esquerda com esvaziamento ganglionar. A histologia da peça operatória mostrou proliferação de células fusiformes e inflamatórias com predomínio de eosinófilos e plasmócitos - padrão morfológico e perfil imunohistoquímico sugestivos de TMI. Os gânglios excisados foram negativos para células neoplásicas. Aos 3 meses de pós-operatório, a doente foi reavaliada tendo sido detetada em TC torácica uma opacidade nodular “de novo”, com baixa densidade, com 7 mm, localizada no lobo médio. A PET-TC mostrou gânglios mediastínicos ao nível pré-aórtico, pré-carinal e hilar esquerdo, metabolicamente ativos e ávidos para FDG, mas sem hipercaptação noutras localizações, inclusivé no nódulo descrito. Realizou-se punção aspirativa transbrônquica guiada por *ecografia* endobrônquica (EBUS-TBNA) num gânglio linfático da estação 4R com 6,9 mm, sendo que a citologia da amostra foi negativa para células neoplásicas, mostrando apenas alterações reativas. Atualmente, a doente mantém-se em vigilância na consulta, apresentando-se com *performance status* de 0, assintomática, sem novos episódios de hemoptises, com estabilidade das alterações radiológicas descritas e sem evidência de recidiva locoregional.

Discussão: Os autores pretendem com este caso demonstrar que o TMI, apesar de raro, deve ser considerado durante o estudo de um nódulo pulmonar solitário. Deve-se salientar que, apesar do prognóstico após a ressecção cirúrgica ser excelente, o follow-up a longo prazo é necessário pela existência de casos descritos da ocorrência de recidiva vários anos após a ressecção.

Palavras chave: *Tumor miofibroblástico inflamatório. Neoplasia pulmonar rara. Nódulo solitário do pulmão. Hemoptises.*

PO 147. UM CASO DE PNEUMONIA PERSISTENTE

P.I. Pedro, D. Canário, F. Campos, A. Oliveira, J. Roldão Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: Os linfomas pulmonares primários são raros e responsáveis por apenas 0,5 a 1% das neoplasias pulmonares primárias, sendo o linfoma MALT (linfoma extranodal de células B da zona marginal de origem MALT - *mucosa-associated lymphoid tissue*) a forma mais comum (70%). Em alguns casos, o seu desenvolvimento foi associado à presença de inflamação crónica por doenças infecciosas ou autoimunes, ou pelo tabaco. À data do diagnóstico, a maioria dos doentes encontram-se assintomáticos, e mesmo na presença de sintomas, estes são geralmente inespecíficos. O padrão radiológico é variável, sendo mais comum a presença de lesões nodulares ou áreas de consolidação, múltiplas e bilaterais. Atualmente não existe consenso sobre a abordagem terapêutica ideal desta patologia.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino com 78 anos de idade, ex-fumador com uma carga tabágica de 80 unidades maço ano, com quadro de astenia e dispneia de esforço, associado a tosse produtiva e expectoração mucopurulenta, com um mês de evolução. Realizou antibioterapia empírica em ambulatório sem melhoria, tendo recorrido ao Serviço de Urgência. Na avaliação inicial, o doente encontrava-se subfebril, com ferveiros crepitantes nos 2/3 inferiores do hemitórax direito, sem leucocitose mas com PCR ligeiramente aumentada (5,2 mg/dl), com insuficiência respiratória parcial ligeira, e na radiografia de tórax observava-se uma hipotransparência heterogénea com broncograma aéreo no 1/3 médio do campo pulmonar direito. O doente foi internado, admitindo-se como hipótese diagnóstica de pneumonia adquirida na comunidade, tendo sido iniciada antibioterapia empírica. Realizaram-se hemoculturas e exames de expectoração, cujos resultados foram negativos. Por ausência de melhoria e para esclarecimento das alterações imagiológicas, realizou TC toraco-abdomino-pélvica que mostrou consolidação do parênquima pulmonar que envolvia o lobo médio e parcialmente o lobo inferior direito, associado a broncograma aéreo; pequeno nódulo periférico na língua; e discreto espessamento parietal inespecífico na transição sigma-recto e difuso do estômago. Neste contexto, efetuou-se videobroncoscopia onde se observaram alterações inflamatórias inespecíficas na árvore brônquica direita. O estudo citológico, histológico, e imunohistoquímico das secreções, escovado e biópsia brônquica foram compatíveis com linfoma de células B do tecido linfóide associado a mucosa (MALT). Foi sugerido estudo endoscópico gastrointestinal que o doente recusou. O doente foi referenciado à Consulta de Hemato-Oncologia, onde mantém seguimento. Atualmente encontra-se a realizar quimioterapia, com resposta parcial.

Discussão: Este caso pretende salientar a baixa incidência desta patologia, e a inespecificidade da mesma em relação à sintomatologia e às alterações radiológicas. Por outro lado, destaca a possível sobreposição da apresentação de patologias não-infecciosas às da pneumonia infecciosa, sendo que as primeiras devem ser consideradas em todos os doentes com suspeita de pneumonia persistente após terapêutica antibiótica adequada.

Palavras chave: Linfoma MALT. Pulmão. Consolidação pulmonar. Pneumonia.

PO 148. CAUSA RARA DE ATELECTASIA EM IDADE PEDIÁTRICAC. Guerreiro¹, T. Almodovar², N. Abecasis³, E. Santos⁴, L. Pereira⁴, S. Nunes⁵, J. Duro da Costa²

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro. ²Serviço de Pneumologia; ³Serviço de Cirurgia Oncológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE. ⁴Unidade de Pneumologia, Departamento de

Pediatria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Centro Académico de Lisboa. ⁵Serviço de Pediatria, Hospital do Funchal.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma jovem com 13 anos, caucasiana, aluna do 7º ano de escolaridade, nascida às 40 semanas de gestação por parto eutócico. Sem hábitos de consumo ou medicamentosos. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse seca e toracalgia na base direita com 3 dias de evolução, iniciado durante treino de basquetebol. Febril à admissão, hemodinamicamente estável e com SpO₂: 97% (FiO₂ 21%). A observação do tórax revelava semiologia de atelectasia no 1/3 inferior do hemitórax direito. Analiticamente apresentava leucocitose (20,3 × 10⁹/L) com neutrofilia (79%) e PCR aumentada (254 mg/dL). A radiografia de tórax revelava imagem de condensação atelectásica lobar inferior direita. A TC torácica demonstrou, para além da atelectasia do lobo inferior direito, imagem nodular homogénea endoluminal de contornos regulares no brânquio intermediário (BI) obstruindo-o parcialmente, assim como adenopatias em G4R e G7. Instituído antibiótico, em internamento, com melhoria clínica e laboratorial progressiva. Realizada broncoscopia flexível que revelou obstrução total do brânquio intermediário por lesão arredondada, de superfície lisa e vascularizada. Para diagnóstico e terapêutica foi submetida a broncoscopia rígida tendo sido efectuada fotocoagulação com laser Nd:YAG e posterior ressecção da massa endobrônquica. Esta apresentava uma base de implantação que se iniciava no intermédio e se prolongava até à emergência do médio e inferior direito. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de tumor carcinóide típico (CK 8/18+, CD56+, cromogranina A+ e sinaptofina+, sem necrose e com < 2 mitoses/10 CGA). Referenciada ao IPOLFG para finalização de estadiamento e terapêutica. Realizou PET/TC com ⁶⁸Ga-DOTA-NOC que revelou hiperfixação no BI (SUV máx:5,5) e hiperfixação em adenopatias G10R, G4R e G7. Estadio clínico cT2N2M0 tendo, em consulta multidisciplinar, sido ponderada cirurgia curativa poupadora. Para tal procedeu-se a reavaliação broncoscópica que revelou proclividade da mucosa que se estendia desde o brânquio médio até ao inferior. Assim, foi submetida a bilobectomia inferior direita com esvaziamento ganglionar mediastínico, sem intercorrências intra-operatórias. No pós-operatório verificou-se quadro de dispneia e dessaturação associado a queda de hemoglobina (13-6,8 g/dL) e aparecimento de derrame pleural à direita. Foi re-intervencionada para revisão de hemostase sem evidência de foco hemorrágico activo. O exame anatomopatológico da peça revelou tumor carcinóide típico com metástases em gânglios dos grupos 10R, 7 e 4R (pT2N2Mx). Decidida vigilância em consulta.

Discussão: Os tumores primários do pulmão em idade pediátrica são extremamente raros e em cerca de 75% dos casos são malignos. Destes, 80% correspondem a carcinóides típicos. A apresentação clínica é inespecífica traduzindo-se por tosse seca, toracalgia e hemoptise na maioria dos casos. Devido à sua raridade podem cursar com atraso no diagnóstico. Este caso salienta a importância da broncoscopia enquanto procedimento diagnóstico de eleição em situações de atelectasia. A terapêutica definitiva, nestes casos, assenta na ressecção cirúrgica mesmo com envolvimento adenopático tendo a broncoscopia a sua indicação *major* na resolução das complicações obstrutivas enquanto se aguarda pelo tratamento cirúrgico.

Palavras chave: Atelectasia. Obstrução brônquica. Tumor carcinóide. Pediatria.

PO 149. ESTARÁ A INCIDÊNCIA DE MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO A AUMENTAR?

C. Castro de Sousa, C. Simão, M. Silveira, M. Anciães

Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Director de Serviço: Dr. Fernando Rodrigues).

Introdução: O mesotelioma pleural maligno (MPM) constitui uma neoplasia rara, com incidência de 0,9 casos por 100.000 pessoas

anualmente, sendo mais frequente no sexo masculino (ratio 3:1), e entre a quinta e sétima década de vida. A exposição a asbestos está bem definida como fator etiológico, com uma exposição ocupacional documentada em 70-80% dos doentes, 35-45 anos antes do aparecimento da doença. O prognóstico é mau, com uma sobrevida média de 11 meses após diagnóstico.

Objectivo: Avaliar a incidência de mesotelioma pleural maligno e a tendência evolutiva do mesmo durante os últimos 11 anos, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Métodos: Auditoria clínica, retrospectiva, dos doentes com diagnóstico de MPM durante 11 anos consecutivos (julho 2004 a julho 2015) no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Lisboa. Foram analisados os registos clínicos e recolhidos dados referentes a: epidemiologia, métodos de diagnóstico, histologia, estadiamento, quimioterapia realizada e sobrevida.

Resultados: Foram identificados 17 doentes, entre os 47 e 84 anos, com uma média de idades de 68,3 anos, dos quais 82,4% homens. Foram documentados 4 MPM (23,5%) entre julho de 2004 e dezembro de 2009 (5,5 anos), tendo a incidência aumentado para 13 MPM (76,5%) entre janeiro de 2010 e julho de 2015 (5,5 anos), o que corresponde a um aumento 225% no último quinquênio. Sete doentes (41,2%) tinham tido exposição documentada a asbestos. Foi feito o diagnóstico por citologia do líquido pleural e/ou biópsias pleurais cegas em 10 casos (diagnóstico só possível ao segundo exame em 5 casos e ao terceiro em 2). Nos restantes 7 doentes houve necessidade de realização de toracoscopia. Catorze doentes (82,4%) foram diagnosticados em estadios avançados da doença (Estadio III e IV). Histologicamente o tipo epitelioide foi o mais frequente (n = 12, 70,6%). Onze doentes iniciaram quimioterapia com pemetrexed e cisplatina, 1 doente com paclitaxel e carboplatina, 2 não fizeram terapêutica e 3 perderam seguimento. Dos 17 doentes estudados, documentaram-se 13 óbitos até à data, com sobrevida média de 8,8 meses.

Conclusões: Identifica-se um aumento da incidência de MPM nos últimos 5 anos no nosso hospital. No entanto, são necessários mais estudos a nível nacional para confirmar esta tendência.

Palavras chave: Mesotelioma. Incidência.

PO 150. HIPERPLASIA DIFUSA IDIOPÁTICA DE CÉLULAS NEURO-ENDÓCRINAS PULMONARES

A.F. Matos, R. Staats, P. Campos, A.C. Ferreira, A. Alves, I. Correia, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A hiperplasia difusa idiopática de células neuroendócrinas pulmonares (DIPNECH) é uma doença pulmonar rara, descrita predominantemente no género feminino. Manifesta-se tipicamente por tosse, dispneia, sibilância e identificação de múltiplos nódulos na TC de alta resolução. O espectro de proliferação celular com diferenciação neuroendócrina estende-se da hiperplasia de células neuroendócrinas ao carcinoma de pequenas células, incluindo a hiperplasia difusa idiopática. A DIPNECH é reconhecida como uma condição pré-neoplásica pela Organização Mundial de Saúde cujo diagnóstico é frequentemente tardio dada a sobreposição de sintomas respiratórios com outras doenças pulmonares. A compreensão atual do decurso clínico desta patologia é escassa e baseada predominantemente em pequenas séries de casos clínicos.

Caso clínico: Apresenta-se o caso de uma doente do género feminino, 75 anos, não fumadora, com diagnósticos prévios de bócio multinodular e hipertensão essencial. Avaliada em consulta de pneumologia por tosse seca, crónica e cansaço para médios esforços de agravamento progressivo. Avaliação analítica sérica e urinária sem alterações. Provas de função respiratória compatíveis com doença pulmonar obstrutiva. A TC torácica revelou múltiplas imagens nodulares bilaterais de tamanhos compreendidos entre 1 e 6 mm e bolha de enfisema subpleural no pulmão esquerdo. Endos-

copicamente sem alterações significativas da árvore brônquica e os estudos citológicos e microbiológicos das amostras broncoscópicas não mostraram alterações. A biópsia transbrônquica do nódulo de maiores dimensões foi inconclusiva. Não se podendo excluir envolvimento secundário e após exaustiva investigação negativa para processo neoplásico primário extrapulmonar foi realizada biópsia pulmonar cirúrgica. O padrão histológico das 3 peças de ressecção atípica do pulmão revelou múltiplos focos de hiperplasia de células neuroendócrinas e 7 "tumorlets" (1 a 4 mm), com bronchiolectasias associadas. Aspectos enquadráveis na hiperplasia difusa idiopática de células neuroendócrinas pulmonares.

Discussão: A DIPNECH é uma entidade clínica rara com número crescente de casos descritos. O diagnóstico deve ser considerado aquando da identificação de múltiplos pequenos nódulos na TC torácica, sem evidência de tumor primário. São, no entanto, necessários estudos adicionais para melhorar a compreensão da história natural da doença e no sentido de validar critérios de diagnóstico.

Palavras chave: DIPNECH. Diagnóstico. Pré-neoplásico. "Tumorlet".

PO 151. CRIOBÍOPIAS TRANSBRÔNQUICAS NAS DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR - A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE BRONCOLOGIA

I. Franco, D. Coutinho, F. Costa, A. Sanches, A. Oliveira, J. Almeida, S. Campinha, S. Neves

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

Introdução: A histologia é fundamental no diagnóstico das doenças do interstício pulmonar (DIP) quando os achados clínico-radiológicos não são suficientes. As amostras obtidas por biópsia transbrônquica clássica apresentam pouca qualidade devido a artefactos e são geralmente demasiado pequenas. Com o aparecimento das criobiópsias transbrônquicas (CBT) tornou-se possível obter espécimes de parênquima pulmonar de tamanho e qualidade superiores e, portanto, com maior rentabilidade diagnóstica. Em Portugal a experiência com CBT no diagnóstico das DIP é ainda limitada.

Objectivo: Descrever a nossa experiência clínica com o uso das CBT nodiagnóstico das DIP.

Métodos: Estudo prospectivo das CBT realizadas de maio 2014 a junho 2015 em doentes com suspeita clínica e radiológica de DIP e com achados imagiológicos não diagnósticos em tomografia computadorizada de tórax de alta resolução. Os critérios de seleção dos doentes para o procedimento foram: CVF > 50%, DLCO > 40%, paO₂ > 55 mmHg (FIO₂ = 21%); exclusão de doentes com suspeita de sarcoidose, hipertensão pulmonar ou discrasias sanguíneas. A técnica foi realizada por broncoscopia rígida e as biópsias foram colhidas com videofibrocópio e criosonda (2,2 mm de diâmetro) guiada por intensificador de imagem. As biópsias coradas por H&E foram analisadas por um anatomopatologista com experiência em patologia pulmonar. O diagnóstico final foi estabelecido em reunião multidisciplinar (RMD) após revisão das características histológicas, clínicas e radiológicas.

Resultados: Vinte e seis indivíduos foram incluídos no estudo (58 ± 12 anos): 21 doentes eram provenientes da consulta de Pneumologia do nosso hospital e 5 doentes foram referenciados a partir de outros hospitais. Os valores médios de função pulmonar foram: CVF 88,1 ± 20,9% e DLCO 62,8 ± 18,1%. As alterações radiológicas mais prevalentes foram: opacidades em vidro despolido em 14 doentes (54%) e reticulação em 8 doentes (31%). Em 23 indivíduos (88,5%) a CBT foi realizada no pulmão direito e em 3 doentes no pulmão esquerdo. Foram colhidos entre 2 a 5 fragmentos/doentes (mediana = 4) e o tamanho das amostras variou entre 2 e 6 mm de maior diâmetro (mediana = 4 mm). Em 24 casos (92,3%) as amostras apresentaram boa representatividade das estruturas pulmonares: parênquima com septos interlobulares. Vinte doentes (76,9%) tiveram diagnóstico após RMD. Os mais frequentes foram pneumonia de hipersensibilidade (n = 7), seguido de pneumonia organizativa

criptogénica (n = 2), pneumonia descamativa (n = 2) e DIP associada a conectivite (n = 2). Outros diagnósticos foram pneumonia intersticial não específica, hemorragia alveolar difusa, inflamação granulomatosa não necrotizante e nódulos silicóticos precoces. Em 4 doentes foi requisitada biópsia pulmonar cirúrgica (BPC). A complicação mais frequente foi o pneumotórax com necessidade de drenagem torácica e internamento hospitalar em 3 doentes.

Conclusões: Apesar da CBT não estar ainda formalmente validada no diagnóstico das DIP, parece ser uma técnica segura e acessível. Não obstante a recente introdução desta técnica na nossa unidade, a taxa de diagnóstico após RMD foi elevada e poderá eventualmente aumentar com a aquisição de maior experiência. O procedimento da CBT está associado a baixa morbilidade e a sua utilização frequente nestes doentes poderá apresentar um importante impacto económico ao poupar os doentes de BPC.

Palavras chave: Criobiópsia transbrônquica. Doenças do interstício pulmonar.

PO 152. DEFICIÊNCIA DE ALFA 1-ANTITRIPSINA: IMPORTA RASTREAR?

M.I. Mendes, M.J. Canotilho

UCSP Cascais, Hospital de Leiria.

A alfa 1-antitripsina é uma proteína anti inflamatória de fase aguda, produzida no fígado cuja actividade consiste na inibição da elastase neutrofílica. Esta, quando activa, tem a capacidade de destruir o parênquima pulmonar através da hidrólise das fibras de elastina. Os fenótipos que conferem um sério aumento do risco de desenvolvimento de doença pulmonar são aqueles em que há combinação de alelos deficientes (S e Z) ou nulos. A deficiência de alfa-1-antitripsina é uma das alterações genéticas hereditárias importantes que surgem em todo o Mundo. No entanto, apesar da forte predisposição à doença pulmonar obstrutiva crónica que condiciona, permanece ainda subdiagnosticada. Actualmente é consistente que o tabaco é o principal factor de risco para o desenvolvimento de DPOC. Acresce então o efeito antiproteásico da alfa-1-antitripsina para além de outros processos igualmente implicados no desenvolvimento de doença obstrutiva, como o stress oxidativo e a apoptose das células epiteliais alveolares. O enfisema é a forma clínica mais comum sendo a TC o exame mais sensível na sua avaliação. Para detectar a proteína existem 3 tipos de testes, todos eles rápidos, fáceis e precisos: Do-seamento de alfa 1-antitripsina, para determinar a quantidade da proteína que circula no sangue; genotipagem de alfa 1-antitripsina, para determinar quais os genes herdados (M, S ou Z); fenotipagem de alfa 1-antitripsina, permite também determinar outros genes mais raros (I, Mmalton, P, QoOurém). Vários estudos têm defendido a sua realização por rotina para detecção precoce de um importante factor de risco para o desenvolvimento de uma doença que acarreta uma das maiores taxas de morbilidade e mortalidade no Mundo e de encargos económicos crescentes. A sua realização, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários (enquanto preponderantes na prevenção da doença) terá as suas vantagens e desvantagens que tornam o tema não consensual. Pretende-se neste trabalho salientar para esta patologia e averiguar a importância deste tipo de métodos.

Palavras chave: Alfa 1-antitripsina. Doença pulmonar obstrutiva crónica. Enfisema.

PO 153. ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA TRANSESOFÁGICA NO DIAGNÓSTICO DE LESÃO PULMONAR

A. Bugalho^{1,2,3}, S. Clemente^{1,4}, J. Alpendre¹, M. Bernardo¹, C. Ribeiro¹

¹Hospital Cuf Infante Santo. ²Hospital Cuf Descobertas. ³CEDOC, Chronic Diseases Research Center, NOVA Medical School/

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. ⁴Hospital Beatriz Ângelo.

Introdução: A punção aspirativa guiada por ecoendoscopia brônquica (EBUS-FNA) é uma técnica minimamente invasiva, utilizada no diagnóstico e estadiamento do cancro do pulmão. Este equipamento encontra-se regulamentado para utilização no trato digestivo (EUS-B) proporcionando um estadiamento mediastínico abrangente. Permite, igualmente, o diagnóstico de lesões pulmonares paraesofágicas.

Caso clínico: Mulher de 75 anos de idade, raça caucasiana, não fumadora com HTA, insuficiência cardíaca e dislipidémia. Avaliada por quadro de tosse seca persistente, isolada, com 9 meses de evolução. Analiticamente com VS = 49. Efetuou radiografia de tórax com discreta acentuação do retículo broncovascular, mais marcada na região paracardiaca direita. A TC de tórax mostrou área grosseiramente nodular, de limites mal definidos (com 25 mm de maior diâmetro) no segmento apical superior direito, adjacente ao recesso esofágico, com contacto com pleura mediastínica, bronquiectasias adjacentes e pequena calcificação punctiforme, sem aparescentes adenopatias mediastínicas. Realizada broncoscopia flexível que revelou uma árvore brônquica normal e cuja citologia, bacteriologia, micobacteriologia e biópsias pulmonares distais não demonstraram alterações. Repetida TC de tórax 3 meses depois com persistência da lesão com as mesmas dimensões. O PET-CT evidenciou elevada captação FDG (SUV 8,39). Realizada EBUS-FNA com identificação da lesão hipoeocogénica heterogénea com 18 mm a nível paratraqueal superior direito. Na primeira punção transtraqueal ocorreu desaparecimento da imagem ecoendoscópica com dessaturação transitória (suspeita de interposição gasosa). Sem timpanismo e com murmúrio vesicular mantido no hemitórax direito. As múltiplas tentativas de subsequente visualização da lesão por via traqueal foram infrutíferas. O ecoendoscópio foi introduzido por via esofágica com visualização da lesão supracitada, realizando-se punções aspirativas transesofágicas. Radiografia de tórax após o procedimento e nas horas subsequentes sem evidência de pneumotórax. O exame anatomopatológico confirmou a existência de adenocarcinoma do pulmão pouco diferenciado.

Discussão: Em doentes com lesões suspeitas, adjacentes à via aérea ou esófago e não visualizadas por broncoscopia convencional, a EBUS-FNA ou EUS-B-FNA constituem alternativas diagnósticas válidas. A Pneumologia, enquanto especialidade responsável pelo diagnóstico do cancro do pulmão, deve implementar a realização de EUS-B-FNA em centros de referência.

Palavras chave: Ecoendoscopia brônquica. Cancro do pulmão. Diagnóstico.

PO 154. SARCOMA DA ARTÉRIA PULMONAR: DIAGNÓSTICO ECOENDOSCÓPICO DE RECIDIVA

A. Bugalho^{1,2,3}, M. Bernardo⁴, A. Pinto Marques⁵, P. Borralho⁶, J. Cepeda Ribeiro¹

¹Pneumologia, Hospital Cuf Infante Santo. ²Pneumologia, Hospital Cuf Descobertas. ³Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. ⁴Oncologia; ⁵Cirurgia Torácica, Hospital Cuf Infante Santo. ⁶Anatomia Patológica, Hospital Cuf Descobertas.

Introdução: A ecoendoscopia brônquica possibilita a avaliação de lesões extraluminais adjacentes à via aérea de forma minimamente invasiva e com elevada rentabilidade. A sua principal indicação refere-se ao diagnóstico e estadiamento mediastínico de neoplasias com envolvimento torácico.

Caso clínico: Homem de 42 anos, raça caucasiana, ex-fumador de 20 unidades maço ano, recorre a Consulta de Pneumologia em 2008 para reavaliação clínica após segundo episódio de pneumonia adquirida na comunidade. A TC do tórax revelou ausência de lesões no

parênquima pulmonar mas imagem intraluminal no ramo esquerdo da artéria pulmonar colocando-se os diagnósticos diferenciais de tromboembolismo pulmonar ou tumor intra-arterial. A ressonância magnética torácica foi sugestiva de neoplasia. Submetido a pneumectomia esquerda, com esvaziamento ganglionar e ressecção vascular sendo o exame anatomo-patológico compatível com sarcoma pleomórfico da artéria pulmonar. Realizada quimioterapia e radioterapia adjuvante com estabilidade clínica e imagiológica durante 5 anos. Em angio-TC de controlo em 2013 foi detectada pequena imagem de repleção de contraste e mínimo espessamento na bainha do tronco comum da artéria pulmonar, colocando-se a hipótese de alteração cicatricial motivada pela manipulação cirúrgica prévia versus recidiva tumoral. Por ecoendoscopia brônquica foi confirmada a existência de formação hipoeocogénica heterogénea com cerca de 12 mm de maior espessura, em íntimo contacto com a artéria pulmonar. Realizadas punções aspirativas transbrônquicas ecoguiadas cujo exame permitiu efetuar o diagnóstico de recidiva tumoral. Reiniciada quimioterapia. A TC de controlo aos 6 meses demonstrou existência de mínimo defeito de repleção. A tomografia de emissão de positrões não revelou fixação anómala do radiofármaco neste local. Solicitada a repetição da ecoendoscopia brônquica para reavaliação ao 10º mês cujas punções foram negativas para células malignas. Sete anos após o diagnóstico inicial encontra-se com doença estável, sob vigilância clínica e imagiológica.

Discussão: O sarcoma da artéria pulmonar é uma neoplasia extremamente rara com elevada mortalidade. No presente caso, a abordagem multidisciplinar e utilização da ecoendoscopia brônquica revelaram-se cruciais na instituição de uma terapêutica correta, com impacto na sobrevivência.

Palavras chave: Ecoendoscopia brônquica. Sarcoma artéria pulmonar. Diagnóstico. Estadiamento.

PO 155. PAPILOMA DA VIA AÉREA: 3 CASOS CLÍNICOS

M. Braz, Y. Martins, A. Figueiredo, T. Almeida, F. Barata

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A papilomatose respiratória recorrente (PRR) é em geral uma doença benigna e autolimitada, que resulta da infecção da via aérea pelo papiloma vírus humano (HPV), com a formação de papilomas. Apresenta dois picos de prevalência, entre 2 e 5 anos e entre os 20 e 40 anos de idade. O envolvimento da via aérea inferior ocorre entre 2% a 5% dos doentes com papilomas da laringe e o envolvimento das pequenas vias aéreas ocorre em menos de 1%. No adulto a lesão é geralmente localizada, tendo um comportamento menos agressivo. A transformação maligna é rara (0.38% das neoplasias do pulmão) e associa-se a irradiação prévia e tabagismo. O diagnóstico da PRR é feito por intermédio da broncofibroscopia (BF) com biópsia das lesões. De seguida apresentam-se 3 casos clínicos de envolvimento da via aérea pelo HPV, diagnosticados entre maio e julho de 2015, com aspectos endoscópicos distintos, sendo que o terceiro caso é uma situação rara e com potencial malignização.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mulher de 80 anos com história de sarcoidose, que referia rouquidão com 1 ano de evolução, em que se observou na BF “pólipo milimétrico do terço anterior da corda vocal esquerda” cujos resultados anatomo-patológicos revelaram “fragmentos revestidos por epitélio malpighiano com fenómenos de acantose, com algumas células da camada intermediária mostrando hiper Cromaticidade nuclear e envolvente, compatível com papiloma por HPV”. Caso clínico 2: mulher de 59 anos com quadro de rouquidão com 2 anos de evolução, observada 6 meses antes pela otorrinolaringologia que não detectou alterações, pelo que foi orientada para a realização de BF que identificou “hipertrofia da mucosa da face posterior da epiglote junto às cordas vocais e aritenóides”. A biópsia mostrou “hiperplasia e papilomatose do epitélio, onde se observam algumas células balonizadas com hiper Cromaticidade nuclear, podendo corresponder a infecção por HPV”. Caso clí-

nico 3: mulher de 68 anos com antecedentes pessoais de neoplasia da mama tratada com cirurgia, quimioterapia e radioterapia, recorreu ao serviço de urgência por quadro de tosse com expectoração hemoptóica tendo realizado BF onde se identificaram “múltiplas formações polipóides, milimétricas, de bordos regulares e consistência dura na parede anterior da traqueia e brônquios principais” em que o resultado da biópsia identificou “metaplasia epidermóide do epitélio respiratório, acompanhado de acantose, onde as células apresentam expressão CK5/6 e CK7, com queratinização aparente focal, morfologia compatível com papiloma epidermóide”.

Discussão: A PRR é uma doença pouco frequente no adulto após a 4ª década de vida, cuja manifestação clínica mais frequente é a rouquidão. A BF é um exame complementar de diagnóstico fundamental na avaliação desta patologia, que envolve em geral a laringe, mas que em alguns casos pode envolver a árvore traqueobrônquica

Palavras chave: Broncofibroscopia. Papiloma vírus humano. Papiloma. Papilomatose respiratória recorrente.

PO 156. UTILIDADE CLÍNICA DAS MICROBIOLOGIAS COLHIDAS POR BRONCOFIBROSCOPIA

L. Ribeiro, D. Apolinário, L. Nascimento, C. Pinto, A. Afonso

CHTMAD-Vila Real.

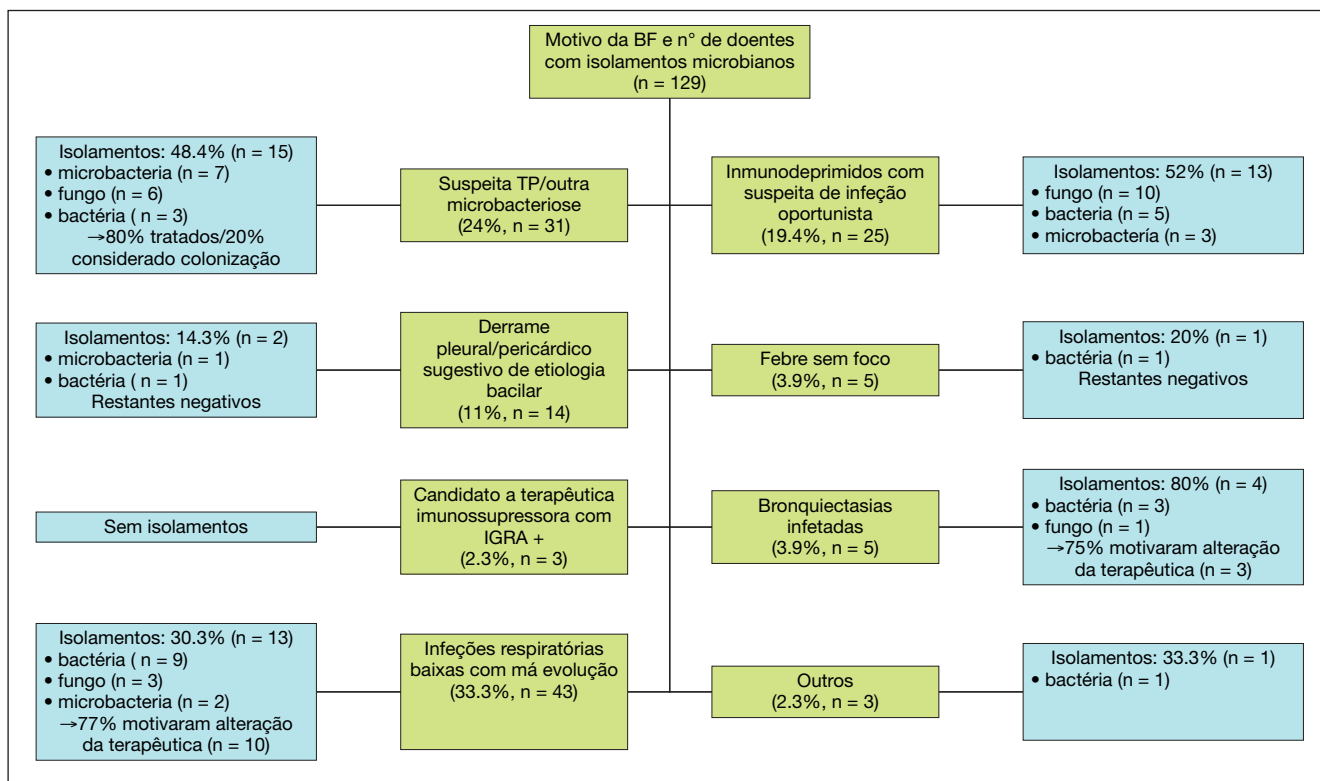
Introdução: A broncofibroscopia (BF) é frequentemente solicitada para colheita de aspirados brônquicos (AB) e lavados broncoalveolares (LBA), especialmente na suspeita de tuberculose pulmonar (TP), pneumocistose, identificação etiológica na infeção pulmonar refratária à antibioterapia empírica e em imunodeprimidos.

Objectivo: Avaliação da utilidade clínica dos AB e LBA em doentes submetidos a BF para estudo microbiológico.

Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes submetidos a BF entre janeiro de 2014 e junho de 2015.

Resultados: Preencheram os critérios de inclusão 129 doentes (13,5% do total de exames), sendo maioritariamente homens (66,7%), não fumadores (54%), imunocompetentes (76,7%), com idade média 63 ± 17 anos. Em todos foi colhido AB, em 13 casos (10%) realizou-se adicionalmente LBA. Maioritariamente foram referenciados do internamento (68%, dos quais 66% do serviço de medicina interna), seguindo-se a consulta externa (20,2%), urgência (11%, dos quais 93% da pneumologia) e CDP (0,8%). A maioria (65,1%) estava sob ≥ 1 antimicrobiano, 12,4% já tinham terminado ≥ 1 anti-microbiano, 22,5% não tinham feito qualquer tipo de antimicrobiano. Em 40,3% foi previamente colhida expetoração (n = 52), dos quais 25% apresentavam isolamentos (n = 13), tendo contudo a BF sido realizada por manutenção de febre e/ou alterações radiológicas apesar da terapêutica dirigida (n = 4), por ainda não haver resultado da expetoração (n = 2), para colheita de LBA por suspeita de pneumocistose em imunodeprimidos (n = 2), por suspeita de infeção micobacteriana (n = 2) e suspeita de aspergiloma (n = 1) apesar do isolamento bacteriano e por isolamento de micobacteria atípica na expetoração para confirmação/exclusão diagnóstica (n = 2). Os motivos para realização do exame e respetivos isolamentos estão descritos no diagrama. Os microrganismos mais isolados foram o *Aspergillus spp* (n = 13), *Mycobacterium tuberculosis* (n = 10) e *staphylococcus aureus* metilciclino-resistente (n = 9). Em 32,6% dos casos o resultado do AB/LBA levou ao início de uma terapêutica específica. A rentabilidade global dos AB foi de 35,7% e a dos LBA 46%. Registou-se 1 caso de paragem cardiorrespiratória durante a BF, as restantes complicações foram facilmente resolvidas durante o recobro do doente.

Conclusões: A colheita de AB/LBA levou à alteração terapêutica em menos dum terço dos doentes, no entanto a ausência de isolamentos pode ser tão importante como a identificação microbiológica, especialmente na suspeita de TP/outras infeções oportunistas. Um dos grupos com maior rentabilidade foram os imunodeprimidos,



provavelmente secundário à realização de LBA em maior número de casos. O número de isolamentos foi ligeiramente inferior ao descrito noutras séries, o que poderá ser explicado pelo facto de maioritariamente estarem sob antibioterapia há vários dias. Apesar da baixa taxa de complicações, trata-se de um exame invasivo e como tal deve ser solicitado de forma criteriosa.

Palavras chave: Broncofibroscopia. Aspirado brônquico. Lavado broncoalveolar. microbiologias.

PO 157. HEMOPTISES: UM CONVITE À VIAGEM ENDOSCÓPICA

C. Guimarães, S. André, J.M. Correia, F. Nogueira

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

Introdução: O uso da broncoscopia na identificação da localização e das potenciais causas das hemoptises está bem estabelecido. A broncoscopia permite localizar a origem da hemorragia em mais de 60% dos casos, pelo que se recomenda o uso da broncofibroscopia (BF) como o primeiro método para localizar a origem da hemorragia nas hemoptises. As hemoptises continuam a ser um sintoma frequente, cuja etiologia, mais frequentemente se associa a sequelas de infeções e a neoplasias.

Objectivo: Caracterização e análise da rentabilidade diagnóstica das BF realizadas em doentes com hemoptises, na Unidade de Técnicas Pneumológicas do Hospital de Egas Moniz de 1 de junho de 2014 a 30 de maio de 2015.

Métodos: Revisão retrospectiva dos relatórios e resultados analíticos dos doentes submetidos a BF por hemoptises no período de um ano. Analisados: dados demográficos, proveniência dos doentes, anestesia, alterações endoscópicas, rentabilidade diagnóstica, isolamentos microbiológicos e complicações.

Resultados: Realizadas 42 BF, das quais 26 (61,9%) em doentes do sexo masculino. Média de idade de 64,1 anos (mínima 18; máxima 89). As BF foram solicitadas na sua maioria pelo Serviço de Pneu-

mologia (34; 81%). A todos os doentes foi aplicada anestesia tópica com lidocaína. 7 doentes (16,7%) foram sedados com midazolam por intolerabilidade ao exame. Relativamente aos achados endoscópicos: em 11 doentes foi possível identificar a localização da hemorragia ativa, 6 doentes apresentavam apenas sinais de hemorragia antiga, 6 doentes apresentavam uma massa endobrônquica e 3 doentes apresentavam sinais de compressão extrínseca brônquica. 19 doentes não apresentavam alterações endoscópicas visíveis. A presença de infeção pulmonar foi identificada em 21,4% doentes e a etiologia neoplásica em 4,8% dos doentes. Bactérias, micobactérias tuberculosas, fungos e neoplasias do pulmão foram diagnosticadas pelas amostras obtidas na BF em 16,7%, 2,4%, 2,4% e 4,8% de doentes, respectivamente. Os isolamentos bacterianos obtidos foram: *Haemophilus influenzae* 2 casos, *Staphylococcus aureus* 1 caso, *Pseudomonas aeruginosa* 1 caso, *Haemophilus parainfluenzae* 1 caso, *Proteus mirabilis* 1 caso, *Enterobacter cloacae complex* 1 caso. O lavado broncoalveolar não trouxe qualquer acréscimo na rentabilidade na identificação microbiológica. Foram identificadas inclusões nucleares por Herpes Simplex tipo 1 no exame microbiológico das secreções brônquicas num doente. As duas neoplasias identificadas por biópsia brônquica e citologia das secreções brônquicas tratavam-se de carcinomas não pequenas células do pulmão-adenocarcinomas. Apenas 2 exames apresentaram complicações autolimitadas: 1 episódio broncoespasmo com dessaturação e 1 episódio de broncoespasmo isolado. Nos casos de hemorragia activa foi realizada terapêutica tópica com adrenalina.

Conclusões: A broncofibroscopia constitui um exame primordial na abordagem de um doente com hemoptises em situação de estabilidade hemodinâmica. Dada a panóplia de patologias pulmonares (bronquiectasias, tuberculose pulmonar, cancro do pulmão, bronquite, abscesso pulmonar, aspergilose) que podem causar hemoptises, no sentido de uniformizar a abordagem diagnóstica e otimizar a terapêutica, os autores sugerem a realização de protocolos de atuação em cada Serviço de Pneumologia perante uma hemoptise.

Palavras chave: Hemoptises. Broncofibroscopia. Rentabilidade Diagnóstica.

PO 158. AVALIAÇÃO DO DIÂMETRO DA ANASTOMOSE EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE PULMONAR: COMPARAÇÃO ENTRE BRONCOFIBROSCOPIA E TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA COM RECONSTRUÇÃO MULTIPLANAR

T. Sá^{1,3}, V. Caldeira^{1,3}, D. Maia^{1,3}, R. Rosa^{1,3}, R. Coelho^{1,3}, A.S. Santos^{1,3}, N. Murinello^{1,3}, R. Gerardo^{1,3}, A. Borba^{1,3}, A. Mineiro^{1,3}, L. Semedo^{1,3}, N. Antunes², L. Figueiredo², J. Cardoso^{1,3}

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Radiologia, Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central. ³NOVA Medical School-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Introdução: O transplante pulmonar (TP) é uma opção terapêutica bem estabelecida para doentes com doença pulmonar crónica terminal. No entanto encontra-se associado a múltiplas complicações, nomeadamente traqueobrônquicas. Recentemente, Dutau *et al* publicou uma classificação para a avaliação de complicações da via aérea, conhecida por MDS - correspondendo a aspeto macroscópico (M), diâmetro (D) e aparência das suturas da anastomose (S).

Objectivo: Comparar o diâmetro da anastomose brônquica de acordo com a classificação MDS obtido por broncofibroscopia e tomografia computadorizada (TC) com reconstrução multiplanar numa amostra de pacientes submetidos a TP no nosso centro entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014.

Métodos: Análise retrospectiva dos relatórios de broncofibroscopia e tomografia computadorizada de cada doente, realizados no mesmo período de tempo (máximo de 30 dias entre exames). O diâmetro da anastomose foi classificado de acordo com a classificação MSD como D0 - diâmetro normal ou estenose inferior a 33%; D1 - malacia superior a 50%; D2 - estenose de 33% a 66% e D3 - estenose superior a 66%.

Resultados: Cento e trinta exames (realizados entre 15 dias a 34 meses após TP) foram analisados, e os resultados encontram-se na tabela. Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre os resultados obtidos por broncofibroscopia e TC. Quando comparada com a broncofibroscopia (gold standard), a sensibilidade da TC na deteção de estenose significativa (D1-D3) foi de 17% e a especificidade de 86%.

	Classificação por TC		Total
	D0	D2	
Classificação por broncofibroscopia	D0	96	112
	D1	1	1
	D2	12	12
	D3	2	5
Total	111	19	130

Conclusões: A broncofibroscopia mantém-se uma técnica indispensável na avaliação de complicações da anastomose brônquica no pós TP. No entanto, atendendo à sua alta especificidade, a TC pode ter utilidade no diagnóstico de estenose significativa.

Palavras chave: Transplante pulmonar. Broncofibroscopia. Tomografia computadorizada.

PO 159. TRATAMENTO DE ENFISEMA SUBCUTÂNEO MACIÇO COM COLOCAÇÃO DE DRENO SUBCUTÂNEO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Afonso, L. Santos, S. Freitas, A. Catarino, F. Fradinho, P. Lopes

Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Diretor de Serviço: Dr. Mário Loureiro).

Introdução: O enfisema subcutâneo, acumulação de ar no tecido subcutâneo, é uma condição geralmente benigna embora extremamente desconfortável para o doente, cuja abordagem é geralmente conservadora. Raramente, e em casos graves, pode provocar compressão da via aérea superior e vasos jugulares causando compromisso respiratório e cardiovascular. Em casos maciços está descrito um pequeno número de técnicas para o seu tratamento, com grau variável e discutível de eficácia.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 46 anos, com antecedentes de silicose pulmonar complicada, com insuficiência respiratória global crónica sob oxigenoterapia de longa duração, em estudo pré-transplante, que recorreu ao Serviço de Urgência por agravamento da dispneia basal, toracalgia esquerda de características pleuríticas, disфонia e aumento do perímetro cervical e torácico superior, de início súbito e algumas horas de evolução, associado a tosse intensa e escassamente produtiva. Sem episódio prévio de esforço físico ou traumatismo associado. Tomograficamente foi confirmado extenso enfisema subcutâneo, pneumomediastino e fina lâmina de pneumotórax direito, associado a alterações parenquimatosas e massas fibróticas bilaterais previamente documentadas. Inicialmente optou-se por colocação de dreno torácico direito sob aspiração ativa sem melhoria clínica e progressivo agravamento do grau de enfisema subcutâneo, com o desenvolvimento de disфонia, disfagia e impossibilidade de abertura ocular. Adicionalmente verificou-se ainda agravamento da insuficiência respiratória com acidemia e necessidade de iniciar ventilação não invasiva. Neste contexto foi colocado dreno de Jackson-Pratt, sob anestesia local, na parede ântero-superior do hemitórax esquerdo, com descompressão inicialmente lenta mas eficaz do enfisema subcutâneo. No entanto houve necessidade de recolocação do dreno por obstrução, com posterior resolução do quadro clínico.

Discussão: Os autores apresentam este caso como exemplo de uma técnica pouco referida na abordagem de casos de enfisema subcutâneo maciço. No caso do doente descrito, a colocação de dreno subcutâneo permitiu a resolução eficaz e relativamente rápida da situação clínica com reversão da insuficiência respiratória para os valores basais do doente.

Palavras chave: Enfisema subcutâneo maciço. Dreno de Jackson-Pratt. Pneumotorax secundário.

PO 160. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NA DOENÇA DE BUERGER - CASO CLÍNICO

C. Couto, M. Ferreira, V. Ribeiro, A.G. Fonseca, J.R. Vieira

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A tromboangeíte obliterante, também conhecida como doença de Buerger, é uma patologia na qual há inflamação e trombose recorrente de veias e artérias das extremidades, especialmente mãos e pés. Afeta principalmente adultos do sexo masculino (4 a 9:1), na quarta década de vida e está fortemente associada ao tabagismo. Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes são maioritariamente desconhecidos, mas foi sugerido que o tabaco possa despoletar uma reação imunitária em pessoas susceptíveis ou possa desmascarar um defeito pró-coagulante pré-existente. Ocorrem alterações inflamatórias que levam a necrose e isquemia nas partes distais dos membros. O tromboembolismo pulmonar na doença de Buerger é um evento raro, mas já descrito.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 36 anos, com o diagnóstico de doença de Buerger aos 30 anos na sequência de um episódio de tromboembolismo pulmonar em 2008 (subagudo). Por queixas algicas significativas ao nível dos pés foi submetido a simpatectomia lombar bilateral em março 2013. Por complicação da sua doença de base foi submetido a várias amputações, em primeiro lugar do quinto dedo do pé esquerdo, posteriormente do membro inferior esquerdo pela coxa em junho 2014 e finalmente do membro inferior direito pelo terço inferior da perna direita Feve-

reio 2015. Antes da amputação da perna direita foi ainda realizada tromboectomia do eixo ilíaco direito com colocação de kissing stent em janeiro de 2015. Como outros antecedentes pessoais relevantes há a referir um acidente de viação aos 18 anos com politramatismo grave e necessidade de várias cirurgias nesse contexto. É um ex-fumador desde dezembro de 2014 mas com carga tabágica de 20 UMA. É seguido em Consulta de Cirurgia Vasculosa, sem terapêutica farmacológica específica de momento, e na última consulta em julho 2015, por se ter apresentado com dispneia, dor pleurítica à direita e tosse com expectoração hemoptóica, foi encaminhado ao Serviço de Urgência. Analiticamente há a destacar D-dímeros de 2,68 ug/ml, e PCR de 14,2 mg/dL, insuficiência respiratória parcial com paO_2 59,5 mmHg e $SatO_2$ 92,5% em ar ambiente. No TAC Tórax verificou-se TEP central bilateral e sinais de alguma sobrecarga do ventrículo direito. A cintigrafia de ventilação e de perfusão pulmonar corroborou o diagnóstico e não revelou achados adicionais. Iniciou enoxaparina de baixo peso molecular em doses terapêuticas com resolução da dispneia e melhoria da toracalgia (SpO_2 em ar ambiente após terapêutica de 98%).

Discussão: Há que notar que as múltiplas cirurgias a que estes doentes são sujeitos constituem um fator de risco adicional para TEP. No entanto, este caso vem juntar-se aos que já foram descritos de Tromboembolismo Pulmonar em doentes com tromboangeite obliterante e contribuir para desvendar uma prevalência possivelmente subestimada de patologia vascular pulmonar como parte desta síndrome. Vários artigos apontam mesmo a possibilidade de a tromboangeite obliterante ser uma doença vascular generalizada.

Palavras chave: Tromboangeite obliterante. Tabagismo. Tromboembolismo pulmonar. Necrose e isquemia.

PO 161. DERRAME PLEURAL - UM CASO DE EXSUDADO DE ETIOLOGIA RARA

A.A. Santos, J.S. Carvalho, C. Cristóvão, L. Oliveira, J.M. Correia, F. Nogueira

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

Introdução: O derrame pleural é uma apresentação clínica comum nos doentes queixas de toracalgia. Apesar de em grande parte dos casos o diagnóstico estar relacionado com patologia pulmonar (seja ela infecciosa ou tumoral) ou relacionada com descompensação cardíaca ou metabólica, outros casos há, em que a conclusão diagnóstica pertence a um grupo de patologias menos frequentes, colocando um diagnóstico diferencial amplo e por vezes difícil.

Caso clínico: Homem de 72 anos, caucasiano, fumador ativo de 80 unidades-maço-ano, sem outros fatores de risco ocupacional, que recorreu ao Serviço de Urgência, por quadro de toracalgia esquerda e dorsalgia intensas, de início súbito, e um episódio de vômito alimentar. Sem febre ou outras queixas nomeadamente tosse, expectoração ou dispneia. Dos antecedentes pessoais havia a destacar: DPOC tabágica, hipertensão arterial essencial, cardiopatia isquémica e aneurisma da aorta torácica descendente. Apresentava-se hemodinamicamente estável e sem achados a destacar ao exame objetivo para além de hipertensão arterial (160/66 mmHg). Analiticamente sem alterações significativas e sem insuficiência respiratória, eletrocardiograma com bloqueio completo de ramo esquerdo já conhecido. A radiografia torácica mostrava derrame pleural de pequenas dimensões, não existente em radiografias prévias. Foi efetuada toracocentese diagnóstica sendo que o aspeto do líquido pleural era francamente hemático, apresentando características químicas de exsudado. O exame bacteriológico do líquido pleural foi negativo, não foi enviado líquido pleural para citologia. Optou-se pelo internamento para estudo do derrame. Realizou TC torácica que mostrava aumento do diâmetro do aneurisma da aorta torácica (com 9 cm) não sendo possível afirmar ou excluir rotura do mesmo dado o facto de a fase de aquisição não ser puramente

arterial. Observava-se aumento do volume do derrame e atelectasia passiva dos segmentos adjacentes. Foi discutido o caso com a Cirurgia Vasculosa que tendo em conta a clínica de toracalgia intensa e após revisão das imagens da TC torácica assumiu a possibilidade de micro rotura contida do aneurisma para a cavidade pleural. Foi transferido para o Serviço de Cirurgia Vasculosa para TEVAR (Thoracic Endovascular Aortic Repair) com colocação de endoprótese. Após cirurgia bem sucedida, observou-se resolução da toracalgia. Fez ecografia torácica apresentado apenas derrame em muito pequena quantidade, não tendo sido submetido a qualquer outra intervenção pneumológica.

Discussão: Apresenta-se este caso por se tratar de uma causa rara de derrame pleural esquerdo. Toracalgia intensa é um sintoma clássico da rotura aneurismática, sendo esta uma emergência médica e cirúrgica. O presente caso distingue-se das roturas aneurismáticas clássicas, que cursam com instabilidade hemodinâmica e exigem intervenção imediata, por se encontrar contido, minimizando a hemorragia. Tendo em conta a estabilidade clínica do doente foi uma situação que permitiu a avaliação radiológica e o seu tratamento atempado.

Palavras chave: Derrame pleural. Exsudado. Aneurisma.

PO 162. ENFISEMA SUBCUTÂNEO MACIÇO: UMA COMPLICAÇÃO POSSÍVEL DE TÉCNICAS INVASIVAS

P. Dionísio, C. Costa, S. Feijó, P. Monteiro, J. Rosal Gonçalves, C Bárbara

Hospital de Santa Maria-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: As várias fases envolvidas na cicatrização de qualquer ferida são seriamente influenciadas por diversos factores, nomeadamente oxigenação, infecção, idade, hormonas sexuais, stress, diabetes, obesidade, fármacos, alcoolismo, tabagismo e nutrição.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher, 74 anos, reformada, não-fumadora, com diagnósticos prévios de asma brônquica medicada e controlada, hipertensão arterial, dislipidemia e gastrite crónica. Internada para investigação etiológica de extenso derrame pleural esquerdo, no contexto de toracalgia esquerda de características pleuríticas, com cerca de três meses de evolução, acompanhados de epigastralgias, astenia, anorexia não selectiva, vômitos e perda ponderal de cerca de 10%. Após investigação etiológica, foi feito o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (CD20+). Iniciou quimioterapia com rituximab, doxorubicina peguilada, ciclofosfamida, vincristina e prednisona, com consequente aplasia medular e posteriormente iniciou antibioterapia de largo espectro por pneumonia nosocomial. Pelo derrame pleural, realizou duas toracocenteses evacuadoras, mas por persistência do mesmo foi proposta para pleurodese por toracoscopia médica. A toracoscopia decorreu sem intercorrências e a doente ficou com drenagem pleural contínua, mas 24 horas depois apresentava importante enfiseima subcutâneo nas faces lateral e anterior do hemitórax esquerdo e região cervical. Apesar de não haver sinais de deiscência, as suturas foram reforçadas, mantendo no entanto agravamento progressivo do enfiseima subcutâneo. Por evidência radiográfica de expansão pulmonar completa, a drenagem foi retirada após 48 horas. Contudo a doente manteve franco agravamento do enfiseima subcutâneo, com envolvimento cervical, facial (nomeadamente periorbitário), torácico bilateral e de ambos os membros superiores. Por suspeita radiográfica de pneumomediastino, realizou tomografia torácica, que mostrou exuberante pneumomediastino, moderado hidropneumotórax à esquerda, exuberante e extenso enfiseima envolvendo todos os planos musculossuperficiais, incluindo ambas as áreas mamárias. Visualizavam-se também as soluções de continuidade intercostais realizadas na toracoscopia (quatro dias antes da data do exame), inclusivé todo o trajecto do dreno permanecia totalmente permeável (retirado dois dias antes da data do exame), à excepção da pele que se encontrava suturada. Foi colo-

cada nova drenagem pleural contínua, com re-expansão pulmonar total e reabsorção progressiva do pneumomediastino e do enfisema subcutâneo maciço e sem nova recidiva.

Discussão: São frequentemente realizados procedimentos invasivos em doentes com múltiplas co-morbilidades, em doentes com idade avançada e polimedicados (por vezes sob corticoterapia sistémica), com doença neoplásica e sob quimioterapia e frequentemente com algum grau de desnutrição. Todos estes factores alteram a cicatrização e consequentemente estes doentes estão mais susceptíveis a complicações após exames invasivos. Os autores consideram este caso bem ilustrativo do descrito, chamando a atenção para a exuberância do quadro clínico.

Palavras chave: *Enfisema subcutâneo. Pneumotórax. Pneumomediastino. Toracoscopia médica.*

PO 163. ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND TRANSBRONCHIAL NEEDLE ASPIRATION NO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DOS QUISTOS BRONCOGÉNICOS - DESCRIÇÃO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

V. Santos¹, A. Magalhães¹, M. Sucena¹, A. Marques^{1,2}, G. Fernandes^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, Porto.
²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: Os quistos bronco-génicos (QB) são malformações da porção ventral do intestino primitivo resultantes de um desenvolvimento embrionário aberrante. Os QB têm relação anatómica com a via aérea central, localizando-se, preferencialmente, na região adjacente à carena. Frequentemente são assintomáticos, constituindo um achado radiológico, mas podem manifestar-se como massa mediastínica ou apresentarem-se como infecção ou transformação maligna. Para o diagnóstico, as massas mediastínicas requerem frequentemente técnicas de diagnóstico invasivas. A punção aspirativa guiada por ecoendoscopia endobrônquica (EBUS-TBNA) é um procedimento minimamente invasivo que permite biopsias de lesões do mediastino em tempo real, que pode ter um papel no diagnóstico e tratamento dos QB. São descritos dois casos de doentes com massas mediastínicas. No primeiro, o QB foi diagnosticado por EBUS-TBNA, no segundo, foi confirmado por cirurgia.

Casos clínicos: Caso 1: doente do sexo masculino, 55 anos, com dor torácica e alterações na radiografia de tórax. Sem alterações ao exame físico. A tomografia computadorizada revelou massa ocupando o mediastino superior e posterior, com 38 mm de menor diâmetro. Foi efetuada EBUS-TBNA que identificou uma lesão arredondada na parede póstero-lateral direita da traqueia, com centro ecogénico e parede hiperecoica. Foi aspirado líquido purulento. O exame citológico mostrou material eosinofílico granular, macrófagos e células epiteliais ciliadas. Foi efectuada toracotomia direita e identificada massa quística no lobo superior direito. O exame histopatológico foi consistente com o diagnóstico de QB. Caso 2: doente de 21 anos, sexo feminino, com doença renal crónica em estágio final e transplante renal, que apresentava tosse, febre e toracalgia esquerda intensa. À admissão, apresentava agitação pela dor e diminuição dos sons respiratórios na base esquerda. A radiografia torácica era normal. A tomografia computadorizada do tórax revelou adenopatia subcarinal medindo 56 × 38 mm. A broncofibroscopia não mostrou lesões endobrônquicas e as biopsias por punção aspirativa por agulha transbrônquica foram inconclusivas. Na EBUS-TBNA identificou-se uma lesão arredondada sugestiva de QB e foi aspirado material purulento. A amostra foi negativa para células malignas, tendo sido isolado um *Streptococcus parasanguinis*. A doente iniciou antibioterapia endovenosa com ceftriaxona e foi submetida a toracotomia. O diagnóstico patológico final foi de QB.

Discussão: Devido à variabilidade na densidade do conteúdo dos quistos, os QB podem ser confundidos, em exames não invasivos, com massas ou adenomegalias, tal como nos casos descritos. Em

ambos, a EBUS-TBNA mostrou ser um exame de diagnóstico útil. No 2º caso, os autores debateram a etiologia da infecção do QB, assumindo infecção primária do quisto, uma vez que a doente se encontrava febril antes da realização da EBUS, e não contaminação a partir da cavidade oral pela passagem do broncoscópio, apesar de esta não poder ser excluída. Durante a punção dos QB poderá ser aconselhada profilaxia antibiótica. O tratamento de escolha é a resecção cirúrgica completa. Em doentes sem condições operatórias, a EBUS é um exame de diagnóstico útil com potencial terapêutico.

Palavras chave: *Quistos bronco-génicos. Ecoendoscopia brônquica.*

PO 164. INFLUÊNCIA DA TÉCNICA ANESTÉSICA NOS RESULTADOS DA ECOENDOSCOPIA BRÔNQUICA - ESTUDO RANDOMIZADO

V. Santos¹, A. Bugalho^{2,3}, A. Magalhães¹, M. Sucena¹, M. Passos⁴, M.M. Marques⁵, A. Marques^{1,6}, G. Fernandes^{1,6}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João. ²Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo. ³Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. ⁴Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar de São João. ⁵Serviço de Anestesiologia, Hospital Beatriz Ângelo. ⁶Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: No nosso país, a punção aspirativa transbrônquica guiada por ecoendoscopia brônquica (EBUS-TBNA) é, geralmente, efetuada sob anestesia geral, mas também pode ser feita sob diversos tipos de sedação. Neste estudo, foram comparados os resultados obtidos com EBUS-TBNA realizada sob dois tipos diferentes de técnica anestésica.

Métodos: Os doentes foram randomizados para efetuar EBUS-TBNA sob anestesia geral endovenosa com bloqueio neuromuscular e ventilação (Grupo 1) ou sedação endovenosa e respiração espontânea (Grupo 2). A acuidade diagnóstica, duração do exame e taxa de complicações foram comparadas entre os dois grupos. O estudo foi realizado em dois centros diferentes. Os procedimentos anestésicos foram efectuados por anesthesiologistas.

Resultados: Foram incluídos 115 doentes, 59 (51,3%) no grupo 1 e 56 (48,7%) no grupo 2. Os grupos eram semelhantes em relação à idade ($p = 0,645$) e ao sexo ($p = 0,146$). A EBUS-TBNA foi realizada para diagnóstico de lesões hilares ou mediastínicas em 77 (67%) doentes e para estadiamento de neoplasias em 38 (33%). Duzentas e três estações ganglionares foram puncionadas, 108 no grupo 1 e 95 no grupo 2. Em média, foram puncionadas mais estações ganglionares no grupo 1 do que no grupo 2 ($1,83 \pm 0,99$ vs $1,7 \pm 1,01$; $p = 0,472$), e o número de punções por exame também foi maior no grupo 1 do que no grupo 2 ($6,9 \pm 3,09$ vs $5,98 \pm 2,5$; $p = 0,083$). Obteve-se amostra representativa de gânglio ou de lesão em 109 (97,3%) exames. A amostra foi inadequada em dois casos do grupo 1 e um do grupo 2 ($p = 0,742$). Em 3 doentes (dois no grupo 1 e um no grupo 2) não foram efectuadas punções. Os diagnósticos finais foram: malignidade (48,6%), doença granulomatosa (8,3%), doença linfoproliferativa (2,8%) e gânglio reativo (11%). Não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao diagnóstico. A rentabilidade diagnóstica foi semelhante, no grupo 1 - 93% (53/57) e no Grupo 2 - 95% (52/55), $p = 0,562$. A duração do procedimento foi inferior no grupo 2, ($50,4 \pm 14,96$ vs $47,19 \pm 13,41$ minutos). Durante o procedimento ocorreram 11 (9,6%) complicações *minor* (45,5% no grupo 1 e 54,5% no grupo 2), bronco/laringospasmo em 5 (45,4%) doentes, dessaturação em 3 (27,3%) e hipotensão em 3 (27,3%). Surgiu uma complicação *major* relacionada com EBUS, 15 dias após o procedimento (mediastinite). Não foi identificada diferença significativa entre os grupos ($p = 0,683$).

Conclusões: A utilização de dois tipos diferentes de técnica anestésica para a execução de EBUS-TBNA não influenciou significativamente os resultados do exame. A EBUS-TBNA sob anestesia geral e

ventilação permitiu puncionar um número mais elevado de gânglios e executar mais punções por exame, mas sem influenciar a eficácia do procedimento. A EBUS-TBNA sob sedação e respiração espontânea é exequível, sem diminuir a rentabilidade do exame e sem se associar a aumento da taxa de complicações.

Palavras chave: Ecoendoscopia brônquica. Técnica anestésica. Sedação. Anestesia geral. Rentabilidade diagnóstica.

PO 165. DIVERTICULOSE TRAQUEOBRÔNQUICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

T. Finde Chivinda¹, G. Reis¹, J. Saraiva Cruz¹, J. Carvalho¹, J.R. Dias¹, H. Pacheco²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Imagiologia, Hospital de Santarém.

Introdução: Os quistos e divertículos traqueais e/ou brônquicos são considerados uma entidade clínica rara benigna, existindo pouca literatura publicada sobre o tema. A incidência de divertículos traqueais e brônquicos tem sido relatada como sendo de 0,02 a 0,5% e aproximadamente 0,3%, respectivamente, de todos os casos de broncoscopia. São achados incidentalmente em exames imagiológicos ou “postmortem”, sendo a prevalência relatada em aproximadamente 1%, segundo MacKinnon, que encontrou 8 casos em 867 autópsias. O divertículo traqueal e/ou brônquico é caracterizado por uma ou várias invaginações da parede traqueal e brônquica, através de pontos fracos da parede. Em adultos pode ser resultado do aumento da pressão intraluminal, tal como sucede, por exemplo, com a tosse crónica. Dois tipos de divertículo traqueal foram descritos: congênito e adquirido. Os divertículos traqueais são geralmente assintomáticos, no entanto, podem comportar-se como um reservatório de secreções causando infecções crónicas secundárias da árvore brônquica. Portanto, a diverticulose traqueal pode apresentar-se clinicamente com tosse crónica produtiva, dispneia, estridor e episódios repetidos de infecções traqueobrônquicas. As opções de tratamento incluem ressecção cirúrgica em doentes sintomáticos com divertículo único, no caso de divertículos múltiplos recomenda-se tratamento conservador com antibióticos, mucolíticos e fisioterapia principalmente em doentes idosos.

Caso clínico: O caso que apresentamos refere-se a um homem de 48 anos de idade, fumador (72 UMA), serralheiro, natural de Rio Maior, residente em Angola há cerca de 4 anos. Aquando das suas férias em Portugal recorreu ao serviço de urgência do Hospital de Santarém por tosse com expectoração purulenta/hemoptóica, dispneia, toracalgia e sensação febril. Como antecedentes patológicos referiu hipertensão arterial, “bronquite crónica” bem como infecções respiratórias de repetição no último ano, com necessidade de internamento hospitalar num dos episódios, tendo sido medicado com vários antibióticos sem saber precisar. Ao EO apresentava razoável estado geral, apirético, eupneico, SpO₂: 96% pressão arterial sistólica 152/91 mmHg, FC: 80 bpm. À auscultação pulmonar com ferveores crepitantes mais evidentes no campo pulmonar esquerdo. A telerradiografia do tórax mostrou hipotransparência heterogénea no 1/3 inferior do campo pulmonar esquerdo com esboço nodular. A TC torácica revelou “incontáveis imagens aéreas multiseptadas peritraqueais, sobretudo posterolaterais à direita, sugestivas de múltiplas formações diverticulares, aspectos que continuam-se pelos brônquios principais e segmentares, sobretudo à esquerda. Bronquiectasias em ambas as bases, sobretudo à esquerda onde existem exuberantes bronquiectasias quísticas. Sinais de intercorrência infecciosa com impactação das bronquiectasias bilateralmente com preenchimento parcial formando níveis hidroaéreos. Múltiplas imagens nodulares centrilobulares predominando à esquerda em relação com disseminação broncogénica. A broncofibroscopia mostrou ao nível da parede posterolateral direita da traqueia emergência de vários orifícios milimétricos ao nível do terço superior. Observou-se igualmente distorção da árvore brônquica por incontáveis ori-

fícios dispersos emergindo da parede dos brônquios segmentares e subsegmentares, que tal como os orifícios traqueais, alguns deles parecem comunicar com divertículos visualizados na TC torácica; Aspectos que se confirmaram igualmente em reconstrução em 3D bem como em broncoscopia virtual.

Palavras chave: Divertículos traqueobrônquicos. Broncofibroscopia.

PO 166. TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DA FÍSTULA BRONCOPLEURAL COM PRÓTESE TRAQUEOBRÔNQUICA MODIFICADA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Dias, A. Cysneiros, J. Cardoso, F. Teixeira Lopes, T. Abreu, P. Barradas, E. Teixeira, L. Mota, J. Semedo, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Pulido Valente.

Introdução: A fistula broncopleurale (FBP) pode constituir uma complicação pós-operatória da ressecção pulmonar ou resultar de infecção pulmonar necrotizante, quimioterapia, radioterapia dirigida à neoplasia do pulmão, pneumotórax espontâneo persistente, entre outras. A incidência varia entre 0,5-20%. Não se resolvendo, perpetua a infecção, com deterioração da qualidade de vida do doente, não sendo consensual a sua abordagem terapêutica. A broncoscopia tem um papel diagnóstico e terapêutico, possibilitando a instilação de agentes selantes ou a colocação de próteses traqueobrônquicas.

Caso clínico: Descrive-se o caso de homem de 56 anos, fumador (60 UMA), com diagnóstico de carcinoma pavimento-celular do pulmão em Setembro de 2014 - massa central de 8 × 5 cm com envolvimento do brônquio principal direito (BPD) e obliteração do brônquio lobar superior (BLS) homolateral. Foi submetido a 3 ciclos de quimioterapia com progressão da doença, seguido de RT paliativa sob a massa (30 Gy). Foi internado em Abril de 2015 por empiema/pneumonia necrotizante, tendo realizado antibioterapia e colocado dreno torácico com resolução do quadro. Ao fim de 9 meses é internado por quadro caracterizado por astenia, febre, tosse produtiva com expectoração purulenta e toracalgia direita, associado a vómita com o decúbito lateral esquerdo. Imagiologicamente apresentava deiscência do BPD, com abertura da via aérea em loca de hidropneumotórax que ocupava a quase totalidade do hemicampo direito e colapso completo do pulmão remanescente. Na broncofibroscopia apresentava infiltração distal da traqueia e da carina por massa necrosada e orifício de abertura do BPD comunicando directamente com a loca, com destruição total da sua parede. Assumiram-se como diagnósticos: empiema/infecção de loca à direita, fistula broncopleurale do BPD, pneumonia de aspiração à esquerda e progressão da doença neoplásica. Iniciou antibioterapia e decidiu-se por terapêutica endoscópica com o objectivo de impedir a comunicação da loca com a via aérea, protegendo o pulmão esquerdo da aspiração de conteúdo purulento. Ao fim de 3 dias, foi colocada prótese Hood em Y 14/10 manualmente modificada - oclusão do ramo direito por sutura mecânica (TA autosuture® 30 mm × 3,5 mm), conseguindo-se exclusão do BPD e patência completa do brônquio principal esquerdo. Foi ainda colocado dreno torácico ecoguiado a nível da loca (Pigtail® 8F). O doente apresentou resolução do quadro de vómita e melhoria progressiva dos sintomas respiratórios e parâmetros analíticos de fase aguda. Nas reavaliações endoscópicas subsequentes, confirmou-se posicionamento adequado da prótese e pequena fuga ao nível da sutura do ramo direito. No entanto, por aumento do volume de secreções e dificuldade respiratória, a prótese foi removida ao fim de 3 semanas.

Discussão: A destruição de um BP é um acontecimento catastrófico para o qual não existem armas terapêuticas validadas. Apresenta-se um caso (o 2º descrito na literatura) em que a colocação de prótese traqueobrônquica em Y modificada com sutura mecânica possibilitou uma solução célere e custo-efectiva, embora não desprovida de dificuldade técnica e complicações inesperadas.

Palavras chave: *Fístula broncopulmonar. Terapêutica endoscópica. Prótese endobrônquica modificada.*

PO 167. ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO NO ADULTO

J. Vale Lages, C. Lacerda, A.L. Vieira, R. Pereira, C. Pacheco, J. Cunha

Hospital de Braga.

Introdução: O enfisema lobar congênito (ELC) é uma anomalia do desenvolvimento do trato respiratório inferior, que se caracteriza por hiperinsuflação de um ou mais lobos pulmonares. É uma malformação congênita rara com uma prevalência estimada de 1 em 20.000 a 1 em 30.000. A hiperinsuflação de um ou mais lobos do pulmão leva à compressão do restante tecido pulmonar e herniação do lobo afetado através do mediastino anterior, contralateralmente, provocando desvio do mediastino. Aproximadamente 25% dos casos são diagnosticados ao nascimento e quase todos aos seis meses de vida. As crianças geralmente apresentam taquipneia e aumento do trabalho respiratório e muitas vezes cianose. A Radiografia torácica mostra, a maior parte das vezes, características típicas que permitem o diagnóstico de ELC: distensão do lobo afetado e desvio contralateral do mediastino com compressão e atelectasia do pulmão contralateral. A aparência radiográfica do ELC deve ser diferenciada de pneumotórax ou enfisema pulmonar intersticial localizado, que tipicamente se desenvolve em crianças sob ventilação mecânica. O diagnóstico diferencial inclui outras lesões ocupantes de espaço como malformação congênitas das vias aéreas pulmonares, sequestro broncopulmonar, cisto broncogénico, hérnia diafragmática congênita e síndrome Swyer-James-McLeod. O tratamento em recém-nascidos com desconforto respiratório consiste na ressecção cirúrgica do lobo afetado. O tratamento conservador é razoável em lactentes e crianças mais velhas que apresentam sintomas leves ou são assintomáticas.

Caso clínico: Sexo masculino, 38 anos, motorista. Antecedentes de asma e rinite alérgica, obeso e fumador. Linfoma de Hodgkin diagnosticado há 4 anos, submetido a quimioterapia e radioterapia, atualmente em vigilância e sem evidência de doença. Em esquema de manutenção para tratamento de asma. Referenciado para consulta de pneumologia por apresentar em TC torácico, solicitado no contexto de estudo/estadiamento de patologia neoplásica, enfisema panlobular isolado, restrito ao lobo inferior direito. Apresentava ainda adenopatias mediastínicas, a maior com 33 mm de maior eixo axial, compatíveis com doença linfoproliferativa. À data do exame apresentava bom estado geral, sem sintomas respiratórios ou constitucionais. Ao exame físico apresentava ligeira diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax direito. Analiticamente IgE total aumentada e RAST-IgE positivo para painel de alérgenos de ervas e gramíneas. Exame funcional respiratório revelando obstrução ligeira com resposta ao broncodilatador inalado "salbutamol". Radiografia torácica mostrava hipertransparência no 1/3 inferior do pulmão direito, com distensão do lobo afetado e desvio contralateral do mediastino. Solicitado TC com contraste que descartou a hipótese de sequestro pulmonar, etiologia vascular, bem como a presença de nódulos, adenopatias ou áreas de consolidação. Broncofibroscopia sem alterações de relevo. Atualmente assintomático do ponto de vista respiratório. Optou-se por tratamento conservador.

Discussão: A descrição do presente caso clínico pretende alertar para uma anomalia congênita rara que embora a grande maioria das vezes seja diagnosticada na altura do nascimento pode passar despercebida em doentes menos sintomáticos, devendo ser considerada como diagnóstico diferencial em adultos com enfisema restrito a um ou a mais lobos pulmonares.

Palavras chave: *Adulto. Enfisema lobar congênito. Hiperinsuflação.*

PO 168. ATRÉSIA DA ARTÉRIA PULMONAR DIREITA COM HIPOPLASIA PULMONAR - CASO CLÍNICO

S. Lucas, H. Ramos, A. Moreira, G. Afonso, U. Brito

Centro Hospitalar do Algarve-Hospital de Faro.

Introdução: A atresia da artéria pulmonar unilateral consiste numa malformação rara da artéria pulmonar, estando poucos casos descritos na literatura. A maioria dos casos são descobertos no período neonatal, no entanto, alguns podem ser diagnosticados na idade adulta. Frequentemente está associada a malformações cardíacas congénitas, contudo, pode constituir uma malformação isolada.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso clínico de uma doente de 42 anos, ex-fumadora de 20 unidades maço/ano com queixas de episódios de dispneia com sensação de aperto torácico com início na infância e agravamento no final da adolescência. No exame físico a doente apresentava-se eupneica em repouso, com 98% de saturação periférica de oxigénio em ar ambiente, à inspeção do tórax salientava-se uma assimetria da caixa torácica com menor volume ao nível do hemitórax direito e na auscultação pulmonar verificava-se ligeira diminuição do murmúrio vesicular à direita. A doente realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax e angio TC que evidenciou um pulmão direito com volume reduzido e ausência da artéria pulmonar homolateral com desvio do mediastino para a direita sugestivos de hipoplasia do pulmão direito por atresia da artéria pulmonar homolateral.

Discussão: Os autores descrevem este caso pela raridade desta malformação pulmonar assim como o seu diagnóstico na idade adulta.

Palavras chave: *Atrésia da artéria pulmonar. Hipoplasia pulmonar. Malformação pulmonar.*

PO 169. SEQUESTROS PULMONARES: PARA ALÉM DA CIRURGIA...

T. Sequeira¹, N. Antunes², L. Bento¹, J.P. Boléo-Tomé¹, R. Santos², O. Fernandes², L. Figueiredo²

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.* ²*Serviço de Imagiologia, CHLC-Hospital Santa Marta.*

Introdução: O sequestro pulmonar é uma entidade rara, sendo responsável por 0,15 a 6% de todas as malformações pulmonares. Consiste em parênquima pulmonar separado da árvore traqueo-brônquica normal, vascularizado por uma artéria sistémica que se origina frequentemente na aorta. Existem dois tipos de sequestros: intralobar que ocorre no parênquima pulmonar normal, dentro da pleura visceral; e extralobar com revestimento pleural próprio. A localização em mais de 60% dos casos é no lobo inferior esquerdo, segmentos posteriores. Pode ser assintomático ou responsável por infecções de repetição e/ou hemoptises. O tratamento consiste na abordagem cirúrgica, mais frequentemente a lobectomia. Contudo, uma abordagem menos invasiva, nomeadamente a embolização percutânea da artéria sistémica, poderá ser outra opção a ser considerada.

Métodos: Revisão dos últimos 13 anos de casos de sequestros pulmonares com tratamento por embolização arterial num serviço de Radiologia torácica.

Resultados: Identificaram-se no total 4 doentes sendo 50% do género masculino com idade média de 34 anos (mínima 24 anos e máxima 60 anos). Relativamente aos hábitos tabágicos apenas um doente era não fumador. A carga tabágica média foi de 10 UMA (mínima 4 UMA e máxima 20 UMA). O quadro clínico associado ao diagnóstico de sequestro pulmonar foi de pneumonias de repetição numa doente e hemoptises em 3 doentes. O diagnóstico foi realizado em todos os casos por angio-TC, estando a malformação situada no LID em 3 dos doentes (75%) e no LIE em apenas uma doente (25%). Os achados imagiológicos mais frequentes foram uma consolidação ou massa (com ou sem cavitação) no lobo inferior com

identificação de um suprimento arterial sistémico que confirmou o diagnóstico. O procedimento consistiu na embolização percutânea da artéria sistémica afectada com coils metálicos de vários tamanhos dependendo do calibre dos vasos afectados (8 mm; 5 mm e 3 mm). Nos quatro doentes, observou-se em follow-up (dependendo dos casos alguns meses a dois anos) redução significativa da vascularização anómala com desaparecimento dos sintomas e redução progressiva da consolidação e/ou massa previamente presente em angio-TC. Não se registaram complicações relacionadas com a técnica em nenhum dos casos.

Conclusões: A embolização deve ser considerada como tratamento de primeira linha nos sequestros pulmonares com componente vascular predominante, dado permitir tratar a situação de uma forma rápida e segura, com baixo custo e igualmente baixa morbidade e mortalidade.

Palavras chave: Sequestro pulmonar. Embolização. Malformação.

PO 170. PNEUMOTÓRAX - 7 ANOS EM REVISÃO

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

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

Introdução: O pneumotórax é uma patologia frequente que pode ocorrer em qualquer idade, caracterizando-se pela presença de ar na cavidade pleural. De acordo com a etiologia, pode ser classificado em Espontâneo Primário (PEP), Espontâneo Secundário (PES), Espontâneo Catamenial (PEC), Traumático (PT) ou Iatrogénico (PI). **Objectivo:** Caracterização dos doentes internados no Serviço de Pneumologia do CHTMAD com diagnóstico de Pneumotórax num período de 7 anos (2008-2014).

Métodos: Estudo retrospectivo com base na consulta do processo clínico.

Resultados: No referido período verificaram-se 124 episódios de internamento por Pneumotórax em 106 doentes. Do total de doentes, 72,6% eram do género masculino. A distribuição de casos por etiologia foi a seguinte: PEP - 57,3%; PES - 25,8%; PEC - 3,2%; PI - 13,7%, sendo que a maioria dos doentes com PEP tinha história tabágica. A idade mediana global foi de 34,5 anos: PEP - 26 anos; PES - 44,5 anos; PEC - 48 anos; PI - 70 anos. Dentro do grupo PES, cerca de metade dos casos teve DPOC como patologia primária, enquanto que a maioria (88,2%) dos casos de PI foi secundária à realização de biópsia transtorácica (BTT). A apresentação clínica variou com a etiologia do Pneumotórax, com 94,4% dos doentes com PEP a referirem toracalgia ipsilateral e mais de 70% dos PI com apresentação assintomática. Do total de casos de Pneumotórax, 1,6% (n = 2) foi bilateral e em 4,8% dos casos (n = 6) o Pneumotórax foi hipertensivo. Optou-se por tratamento conservador em 13,7% dos casos (a maioria em PI). Quando se procedeu a drenagem pleural, 18F foi o calibre do dreno mais utilizado. A fuga aérea persistente e o enfisema subcutâneo foram as complicações mais comuns, maioritariamente no PES. A mediana dos tempos de re-expansão pulmonar e de internamento foi superior no PES (7 e 11 dias, respetivamente). A mortalidade foi de 1,6% (n = 2), tendo ambos os casos ocorrido no grupo PES.

Conclusões: Concordantemente com a literatura, o PEP ocorreu principalmente em doentes jovens, do género masculino e com antecedentes de tabagismo. O PI foi, na maioria dos casos, resolvido através de medidas conservadoras. Drenos de calibre 18F foram os mais utilizados, apesar de estudos recentes a mostrem eficácia sobreponível e maior conforto para o doente com utilização de drenos menores. O PES foi associado a maior número de complicações e maiores tempos de re-expansão pulmonar e de internamento. A mortalidade associada ao Pneumotórax foi baixa, com os únicos 2 casos a ocorrer no grupo PES.

Palavras chave: Pneumotórax. Espontâneo. Catamenial. Iatrogénico. Tabaco. Dreno torácico.

PO 171. UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL

A.M. Silveira¹, L. Bento¹, C.A. Simão¹, C. Castro Sousa¹, R. Costa¹, C. Pardal¹, F. Paixão²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina Interna II, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Caso clínico: Trata-se de uma doente do sexo feminino, 87 anos, caucasiana, doméstica, não fumadora, com antecedentes de hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular (FA), hipotiroidismo e síndrome depressivo. Medicada com clopidrogel, propranolol, dinitrato de isossorbido, trazodona, amilsulpride e levotiroxina. Dez dias antes do internamento a doente recorre ao serviço de urgência (SU) por sensação de mal-estar geral e dor torácica lateral esquerda que aumentava com os movimentos respiratórios, tendo tido alta. Após 7 dias, volta ao SU com resposta ventricular rápida. Realiza uma radiografia torácica que mostra um derrame pleural esquerdo de pequenas dimensões, que não é valorizado. Após controlo da FA tem alta. Ao 10º dia de evolução do quadro, volta novamente ao SU, com agravamento progressivo das queixas, agora acompanhadas de dispneia para pequenos esforços, tosse não produtiva e sensação de compressão torácica. Desta vez, refere também, com alguns meses de evolução, quadro de anorexia, astenia e perda ponderal não quantificada. Realiza nova radiografia torácica que revela um volumoso derrame pleural esquerdo. Analiticamente sem alterações relevantes. É medicada com amoxicilina e ácido clavulânico e oxigenoterapia (P_aO₂ de 53). Ao exame objectivo: ausência de murmúrio vesicular à auscultação do hemitórax esquerdo. É submetida a toracocentese com saída de 150 ml de líquido seroso ligeiramente turvo. O líquido pleural apresenta características de transudado com predomínio de linfócitos e citologia para células neoplásicas e exame microbiológico do líquido pleural negativos. Após a toracocentese a doente refere discreta melhoria das queixas. Realiza TC Torácica que mostra assimetria torácica, por atelectasia com diminuição do volume do pulmão esquerdo, com desvio homolateral do mediastino. Destaca-se também um aparente preenchimento bronquico no bronquio principal esquerdo atribuído a prováveis secreções. Realiza videobroncofibroscopia que revela a presença de uma massa/corpo esbranquiçado e duro ao toque, que oclui totalmente o brônquio principal esquerdo junto à carina secundária. É feita uma tentativa de remoção sem sucesso. Deste modo, é submetida a broncoscopia rígida que remove um corpo estranho que revelou tratar-se de um comprimido que ocluía totalmente o bronquio principal esquerdo, bem como um fragmento de comprimido no bronquio intermediário. No dia seguinte faz videobroncofibroscopia para toilette brônquica, que mostra uma mucosa brônquica eritematosa e pequenos fragmentos de comprimido dispersos ao longo do brônquio principal esquerdo, mantendo-se a permeabilidade de todos os segmentos. A doente inicia cinesioterapia respiratória com melhoria clínica progressiva. Repete radiografia torácica com franca melhoria imagiológica. Tem alta para domicílio após alguns dias sem queixas respiratórias.

Palavras chave: Dor torácica. Derrame pleural. Corpo estranho. Broncoscopia rígida.

PO 172. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA PULMONAR EXTRA-TORÁCICA TRAUMÁTICA: CASO CLÍNICO

P. Fernandes, D. Martins, P. Neves, M. Guerra, J. Miranda, L. Vouga

Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.

Introdução: A hérnia pulmonar é uma patologia rara, definida como a protusão de tecido pulmonar através de uma das suas estruturas de suporte. Esta condição encontra-se dividida em dois grupos: hérnias pulmonares congénitas e adquiridas, sendo estas últimas

divididas em traumática, espontânea e com origem em condições patológicas localizadas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 69 anos, trazida à sala de emergência após traumatismo torácico decorrente de um coice de equídeo na porção postero-lateral do hemitórax esquerdo. O doente apresentava-se com dor e dispneia moderada. A tomografia computadorizada demonstrou um pneumotórax de pequeno volume, hemotórax de pequeno volume, fracturas do 8º ao 11º arco costal associadas a vollet costal, bem como herniação pulmonar através do 8º espaço intercostal esquerdo. Inicialmente o doente foi tratado de forma conservadora com vigilância clínica e imagiológica. Devido à manutenção das queixas álgicas, o doente foi submetido a cirurgia ao 6º dia de internamento. Durante a exploração cirúrgica foram identificadas múltiplas fracturas de arcos costais e ruptura dos músculos intercostais no 8º espaço intercostal, os quais permitiam a herniação pulmonar. Foi efectuada fixação costal e reparação do defeito da parede torácica com prótese de polipropileno. O doente teve alta ao 3º dia pós operatório, sem sintomatologia respiratória e com dor controlada.

Discussão: A hérnia pulmonar extratorácica traumática é uma patologia muito rara, não existindo ainda consenso acerca do papel da cirurgia no seu tratamento. A intervenção cirúrgica pode ser efectuada de imediato (intervenção primária) ou numa segunda fase (intervenção secundária), dependendo da situação clínica do doente. O tratamento cirúrgico é determinado por factores como a dor, tamanho da hérnia, encarceramento ou estrangulamento do tecido pulmonar, respiração paradoxal com dificuldade ventilatória, bem como persistência de herniação pulmonar em vigilância imagiológica. Em casos de herniação pulmonar traumática menor, o tratamento conservador pode ser suficiente.

Palavras chave: Cirurgia. Hérnia pulmonar.

PO 173. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM PARANGLIOMA AORTOPULMONAR

R. Barata, A. Bugalho, M. Alvoeiro, C. Torres, T. Calado, C. Rodrigues, F. Félix

Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Pulido Valente, CHLN. Serviço de Pneumologia CUF Infante Santo/Descobertas.

Introdução: Os paragangliomas aortopulmonares são tumores raros com origem nas células cromafins do sistema nervoso autónomo. Normalmente apresentam um crescimento lento e os sintomas resultam da compressão das estruturas adjacentes. O diagnóstico definitivo só é possível pela sua caracterização histológica e a cirurgia é o tratamento de eleição devido ao seu potencial de malignização e fraca resposta à quimioradioterapia. Constituem um desafio cirúrgico em resultado da sua hipervascularização e adesão às estruturas mediastínicas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma mulher de 74 anos com tosse persistente a quem foi detectado em TC de tórax um tumor intrapericárdico. A ressecção completa do tumor foi efectuada por esternotomia. O diagnóstico histopatológico foi compatível com um paraganglioma aortopulmonar não funcionante.

Palavras chave: Paraganglioma aortopulmonar. Tumor mediastínico. Esternotomia.

PO 174. QUILOTÓRAX: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

T. Martín Rioja, H. Grumete, M. Alvoeiro, C. Torres, C. Rodrigues, J. Roldão Vieira

Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta. Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente.

Introdução: O quilotórax é uma condição clínica rara que se caracteriza pela presença de linfa no espaço pleural devido a lesão

ou obstrução do canal torácico. A etiologia classifica-se em traumática e não traumática. A apresentação clínica depende da taxa de perda de líquido quiloso, assim como da etiologia. As principais complicações são a imunossupressão e a desnutrição. O tratamento é determinado pela etiologia.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 32 anos, não fumadora, repositora numa superfície comercial, com antecedentes de rinite alérgica e dois partos eutócicos, o último 9 meses antes. Apresentava quadro de cansaço de agravamento progressivo com 4 meses de evolução, intensificado nas últimas 2 semanas, e toracalgia pleurítica esquerda nos últimos 4 dias, não referindo antecedentes de traumatismo. Foi referenciada ao Serviço de Urgência, após realização de radiografia de tórax e foi internada para investigação etiológica de derrame pleural esquerdo extenso. Foi submetida a toracocentese e biópsias pleurais percutâneas, em duas ocasiões, com drenagem de grandes volumes de líquido (> 1.000 ml) com características de quilotórax. O exame microbiológico e anatomopatológico do líquido e das biópsias foram negativos. A TC torácica realizada após toracocentese revelou diminuição do derrame pleural, e bolsa mediastínica com conteúdo líquido desde a carina até ao diafragma. A linfocintigrafia não objectivou pontos de comunicação entre o sistema linfático e a cavidade pleural. Foi submetida a toracosscopia. As biópsias da pleura mediastínica posterior e inferior não revelaram evidência de neoplasia. Iniciou terapêutica com dieta com triglicéridos de cadeia média e octreótido. Pelo insucesso terapêutico das medidas instituídas, com volume de líquido pleural diário elevado, foi transferida para o Serviço de Cirurgia Torácica. A TC de reavaliação evidenciou extensão da bolsa de líquido mediastínico ao retroperitонеu, com preenchimento do fundo de saco de Douglas. Foi submetida a pleurectomia parietal e da pleura mediastínica que cobria a loca. Isolaram-se os tecidos moles entre a aorta e o esófago, laqueando os múltiplos pontos de saída de linfa ao nível do diafragma e zona subcarinal, e procedeu-se à descorticação do lobo inferior esquerdo. Por manutenção de drenagem linfática em menor grau das zonas laqueadas a drenagem pleural foi prolongada, mas evoluiu favoravelmente, com auxílio de dieta zero e octreótido subcutâneo.

Discussão: A investigação etiológica é importante no doente com quilotórax, uma vez que a identificação causal pode permitir a implementação de um tratamento dirigido à doença subjacente. As etiologias mais frequentes devem ser inicialmente despistadas. O trauma menor, associado às manobras de Valsalva durante o parto, é uma causa rara de quilotórax, mas foi a única causa etiológica identificada nesta doente. O tratamento conservador e é geralmente recomendado sendo a abordagem cirúrgica indicada nas situações refractárias.

Palavras chave: Quilotórax. Drenagem. Abordagem.

PO 175. EMPIEMA BILATERAL E SÉPSIS APÓS UMA INJEÇÃO INTRA-MUSCULAR

C. Torres¹, R. Barata¹, T. Martín², C. Rodrigues¹, M. Alvoeiro¹, T. Calado¹, F. Félix¹

¹Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente. ²Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.

Introdução: A injeção intra-muscular é uma forma de administração comum de diversos fármacos e uma prática comum diária para muitos enfermeiros. Descrevemos o caso de um doente de 49 anos, previamente saudável, com uma evolução clínica devastadora culminando em empiema bilateral e sépsis, após uma injeção intramuscular, na região glútea.

Objectivo: Descrição de um caso de empiema bilateral de etiologia e modo de transmissão atípicos, num adulto saudável, sem antecedentes pessoais relevantes, que requereu tratamento cirúrgico. O doente foi inicialmente observado por queixas de omalgia, tendo realizado uma ecografia que demonstrou múltiplos abscessos subes-

capulares. O exame objectivo revelou um abscesso na região glútea, local de anterior administração intramuscular de um analgésico, no contexto de lombalgia, inespecífica. Foi submetido a drenagem cirúrgica dos abscessos subescapulares e foi isolado *Staphylococcus aureus* no pus drenado. No pós-operatório constatou-se deterioração clínica, com evolução para sépsis, empiema bilateral multiloculado e abscesso mediastínico. O doente foi internado no nosso serviço para abordagem cirúrgica.

Resultados: 48 horas após o desbridamento e drenagem de ambas as cavidades pleurais, por mini-toracotomia bilateral, ocorreu melhora clínica e radiológica. O doente teve alta 8 dias após a cirurgia com indicação para manutenção de reabilitação respiratória.

Conclusões: O empiema é mais frequentemente uma infecção secundária a um processo contíguo (pneumonia, abscesso pulmonar) ou à inoculação directa (iatrogenia, trauma, etc.). A disseminação hematogénica é responsável por menos de 15% dos casos. Quando a origem é uma infecção à distância, trata-se habitualmente de um abscesso odontogénico associado a um processo de mediastinite descendente. Não conhecemos relatos de casos clínicos nos quais o evento índice seja um abscesso glútea.

Palavras chave: Empiema. Abscesso. Drenagem.

PO 176. VATS POR PORTA ÚNICA EM DOENTES NÃO ENTUBADOS

J. Gallego, H. Ferreira, R. Ferreira, J. Caldeira, D. González-Rivas, A. Nobre, C. Carvalheiro, A. Sena

Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospital de Santa Maria.

A cirurgia torácica encontra-se a atravessar uma série de novos desenvolvimentos técnicos, tornando-se progressivamente menos invasiva, com o objectivo de ser menos dolorosa para o doente, possibilitando uma recuperação mais rápida, sem efeitos adversos ou complicações. Depois de iniciar no centro cirúrgico um programa de cirurgia torácica minimamente invasiva, com a combinação da VATS com a porta única para ressecções pulmonares minor ou major, os autores apresentam uma nova técnica que representa um novo passo deste programa. A técnica de VATS associada com uma técnica de anestesia loco-regional, permitiu que a equipa cirúrgica realizasse ressecções pulmonares major em doentes não entubados, sedados, substituindo a tradicional intubação selectiva por um pneumotórax induzido cirurgicamente. A técnica apresentada permite que os efeitos adversos associados à ventilação com pressão positiva ou à anestesia geral, como náuseas ou barotrauma, sejam evitados. Isto deverá trazer um maior benefício para o doente, um período pós-operatório mais confortável e uma menor agressão cirúrgica. Contudo, é necessária mais experiência para tornar a técnica perfeitamente segura e realizável de forma rotineira, com o objectivo final de se tornar na técnica de eleição.

Palavras chave: Cirurgia torácica minimamente invasiva. Porta única. Não entubados. VATS.

PO 177. ABORDAGEM POR VATS DE DOENÇA DE CASTLEMAN UNICENTRICA

J.E. Reis¹, J. Santos Silva¹, A.R. Costa¹, L. Bento², P. Baptista¹, I. Bravo¹

¹Cirurgia Torácica, Hospital de Santa Marta, CHLC. ²Pneumologia, HFF.

Introdução: A doença de Castelman é uma doença linfoproliferativa rara. A cirurgia tem um papel essencial no diagnóstico e terapêutica desta patologia, especialmente na doença de Castelman unicentrica (UCD), tendo a excisão completa da lesão um papel

curativo. Cerca de 30% dos casos de UCD têm expressão da doença a nível torácico. Existem muito poucos casos descritos na literatura documentando a excisão completa destas lesões por videotoracoscopia (VATS).

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 36 anos, raça negra, assintomático e imunocompetente que fez uma radiografia de rotina depois complementada por uma TAC de tórax, tendo-se identificado uma massa de 6 cm do mediastino posterior à esquerda em contacto com o esófago, aorta e corpos vertebrais mas com bons planos de clivagem. Mesmo com o aspecto radiológico de benignidade e apesar de não se ter verificado crescimento em TAC de seguimento foi decidido excisar esta lesão por VATS. O doente foi submetido a VATS 3 portas e foi identificada uma lesão bem capsulada que foi excisada com dispositivo de energia. A cirurgia e o período pós-operatório decorreram sem complicações e o doente teve alta ao 3º dia. O relatório de anatomia patológica confirmou tratar-se de gânglio linfático de 6,5 × 3 cm com arquitectura típica de doença de Castelman, variante hialina vascular (negativa para HHV-8). O doente está assintomático, não tem evidência de outras lesões noutras regiões anatómicas e mantém neste momento seguimento em consulta. Esta é uma doença rara e tem um bom prognóstico caso se trate de doença unicentrica e a excisão da lesão seja completa. A abordagem cirúrgica por VATS é segura e eficaz e deve ser realizada sempre que possível.

Palavras chave: Doença de Castelman. Cirurgia torácica. VATS.

PO 178. DOIS CASOS DE TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATÓRIO DO PULMÃO

J.S. Silva, J.E. Reis, M. Felizardo, G. Freitas, F.P. Martelo

Hospital da Luz.

Introdução: O tumor miofibroblástico inflamatório (TMI) do pulmão foi descrito pela primeira vez em 1939 e corresponde a 0,7% de todos os tumores do pulmão. A cirurgia tem um papel preponderante no diagnóstico dada a diversidade e inespecificidade da clínica e da imagiologia destes tumores. Habitualmente as lesões apresentam-se como nódulos solitários, raramente múltiplos, com tamanhos variáveis, podem ser limitadas ou localmente invasivas.

Casos clínicos: Descrevemos dois casos com apresentações diferentes desta doença rara. O primeiro, sexo masculino, 43 anos, que no estudo etiológico de uma uveíte granulomatosa e tosse seca realizou TC torácica que revelou quatro nódulos pulmonares bilaterais, com tamanhos compreendidos entre 1,8 e 4 cm. Realizou biópsia transtorácica que confirmou o diagnóstico de TMI e foi submetido a ressecções bilaterais em tempos cirúrgicos sequenciais. À esquerda foi efectuada ressecção pulmonar atípica da lesão do lobo superior esquerdo e uma ressecção pulmonar extensa do lobo inferior esquerdo, englobando os dois nódulos existentes, mas permitindo evitar uma lobectomia inferior esquerda. À direita, a massa no lobo inferior esquerdo estava também muito perto da veia pulmonar inferior, mas foi possível fazer a ressecção extensa sem sacrificar este lobo. Todas as cirurgias foram efectuadas por videotoracoscopia com boa tolerância por parte do doente. O segundo caso, sexo feminino, 29 anos, no contexto de cervicalgia, realizou TC torácica que identificou massa no segmento apical do lobo inferior esquerdo. Foi submetida a lobectomia inferior esquerda toracoscópica com ressecção completa da lesão e consequente confirmação histológica. O pós-operatório de ambos decorreu sem intercorrências e não houve recidiva aos seis meses de follow-up.

Discussão: A ressecção cirúrgica completa é o tratamento standard, estando indicada a realização de procedimento poupador de parênquima pulmonar sempre que possível. Em doentes não cirúrgicos, a quimioterapia, radioterapia ou corticoterapia são alternativas, com resultados inconsistentes na literatura.

Palavras chave: Tumor miofibroblástico. Pulmão. Cirurgia.

PO 179. EMPIEMA PÓS -PNEUMECTOMIA - TORACOSTOMIA DE ELOESSER, UM RECURSO VALIOSO

M. Alvoeiro, T. Calado, C. Torres, R. Barata, P. Calvino, F. Félix

Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital Pulido Valente, CHLN.

Introdução: A infecção da loca de pneumectomia é uma complicação grave e está relacionada com a morbilidade e mortalidade significativas, em particular quando acompanhada de fistula bronco-pleural (FBP). A incidência varia entre 2 a 16% e parece não estar associada à doença de base (maligna vs benigna). O tratamento do empiema pós-pneumectomia assenta em 3 princípios: drenagem e controlo de infecção, encerramento da fistula e reforço e obliteração do espaço pleural. As opções terapêuticas devem ser adequadas ao doente considerando a existência ou não de FBP, tempo de evolução, extensão da infecção, espaço residual e a condição clínica do doente.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma doente de 71 anos com história pessoal de tuberculose pulmonar na juventude com destruição do pulmão direito sequelar e aspergiloma do lobo superior direito há 26 anos. A doente referia múltiplos episódios de infecção respiratória e hemoptises com agravamento nos últimos 2 anos, sem dispneia ou outros sintomas entre agudizações. A TC de tórax mostrava um tórax assimétrico com colapso do pulmão direito, múltiplas áreas de cavitação, bronquiectasias cilíndricas e espessamento pleural, hiperinsuflação do pulmão contra-lateral e desvio homo-lateral do mediastino, com desvio importante das estruturas intra-torácicas. A broncofibroscopia mostra distorção da árvore traqueo-brônquica e alterações inflamatórias generalizadas. Após discussão multidisciplinar foi considerada a hipótese cirúrgica e realizada pneumectomia direita para tratamento das hemoptises, controlo da infecção e diminuição do risco de infecção do pulmão contra-lateral. A doente permaneceu bem até aos 6 meses pós-cirurgia quando recorre ao hospital por deiscência e supuração da ferida cirúrgica. O exame de imagem revelou uma coleção na loca de pneumectomia com fístula cutânea, sem FBP, compatível com empiema. Procedeu-se a drenagem cirúrgica da loca e tentativa de esterilização com antibioterapia sistémica e lavagens, sem sucesso, pelo que procedeu a toracostomia de Eloesser. A doente teve alta ao 10º dia pós-operatório, continuando os pensos cirúrgico em ambulatório. Aos 3 meses a ferida apresenta boa evolução e epitelização parcial da superfície pleural, sem evidência local ou sistémica de infecção.

Discussão: As opções terapêuticas do empiema pós-pneumectomia devem ser sempre consideradas de forma cuidada e a incapacidade de controlar a infecção com medidas conservadoras exige uma abordagem cirúrgica. No caso descrito, a doente apresentava uma loca residual de pneumectomia sem FBP, que permaneceu infectada após drenagem e irrigação pelo que foi realizada uma toracostomia de Eloesser para tratar o empiema e reduzir o espaço pleural. A toracostomia continua a ser uma opção terapêutica válida, como procedimento isolado ou em combinação com outras técnicas de toracoplastia, em casos complexos de empiema pós-pneumectomia.

Palavras chave: *Empiema pós-pneumectomia. Toracostomia. Eloesser.*

PO 180. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES PULMONARES CONTRA-LATERAIS NA NEOPLASIA DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO DE MIXOMA PULMONAR

A.R. Costa, J.E. Reis, J.S. Silva, P. Baptista, I.G. Bravio

Hospital de Santa Marta.

Introdução: O estadiamento correcto de uma neoplasia primária do pulmão é fundamental na abordagem terapêutica. Descrevemos o caso de uma doente de 58 anos com diagnóstico de adenocarcino-

ma do pulmão associado a duas doenças benignas que induziram a suspeita de um estadio IV.

Caso clínico: Trata-se de uma doente com antecedentes de hepatite C e tabagismo activo, que inicia um quadro de tosse, astenia, anorexia e perda ponderal. Os exames complementares realizados revelaram a existência de uma massa de localização endobrônquica que condicionava atelectasia completa do lobo médio, para além de adenopatias mediastínicas 4R e 7, e um micronodulo pulmonar contralateral suspeito. A PET mostrava captação nas adenopatias N2, sem captação no nódulo pulmonar contralateral. Foi assumido um estadio IIIA (cT2aN2M0) por não ter sido atribuído um significado patológico ao micronodulo contralateral. Submetida a QT com intuito neoadjuvante, com redução das dimensões do Adenocarcinoma e estabilidade do micronodulo contralateral e das adenopatias mediastínicas. Procedeu-se a ressecção pulmonar atípica do micronodulo por VATS para confirmação do estadiamento clínico. A anatomia patológica revelou tratar-se de um mixoma pulmonar, tendo sido excluído o estadio IV. Procedeu-se a bilobectomia inferior com esvaziamento ganglionar sistematizado por toracotomia. A anatomia patológica revelou uma tuberculose ganglionar, sem tecido neoplásico nos gânglios excisados, estadiando a doença em ypT2aN0. O tratamento foi completado com terapêutica antibacteriana, sem necessidade de QT adjuvante. No follow up de 4 meses não apresenta sinais de recidiva da doença neoplásica.

Discussão: Este caso vem realçar a importância do estadiamento dos doentes neoplásicos e dos diagnósticos diferenciais quer de doença cM1 quer de doença cN2, para a melhor abordagem terapêutica. Relatamos ainda o caso de um mixoma pulmonar, entidade rara e benigna como parte do diagnóstico diferencial de nódulo pulmonar.

Palavras chave: *Neoplasia pulmão. Mixoma pulmonar. Tuberculose. Estadiamento.*

PO 181. PNEUMECTOMIA EXTRAPLEURAL POR TORACOTOMIA COM RECONSTRUÇÃO DO DIAFRAGMA E PERICÁRDIO NO TRATAMENTO DO MESOTELIOMA PLEURAL

D. Martins, P. Fernandes, P. Neves, M. Guerra, J. Miranda, L. Vouga

Departamento de Cirurgia Cardiorádica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.

Introdução: Mesotelioma pleural maligno (MPM) está associado a um péssimo prognóstico. Precocemente, se torna localmente agressivo, com invasão ipsilateral da pleura visceral, pulmão, parede torácica, diafragma, pericárdio e mediastino. Existem dois tipos de cirurgia para abordar o MPM. O mais agressivo é pneumectomia extrapleural (PE), que consiste em cinco etapas: (1) Incisão e exposição da pleura parietal; (2) dissecação do tumor e pleura parietal da parede torácica, diafragma e mediastino; (3) Referenciação e laqueação dos vasos pulmonares e brônquios, seguido da linfadenectomia; (4) ressecção em bloco do pulmão, pleura, pericárdio e diafragma; (5) Reconstrução do diafragma e pericárdio. A pleurectomia/descorticação (P/D) é o procedimento menos agressivo, consistindo numa cirurgia conservadora de pulmão que remove apenas a pleura parietal/visceral.

Caso clínico: Relatamos o caso de uma mulher de 63 anos de idade, com derrame pleural à esquerda, em que a análise citológica e histológica demonstrou tratar-se de um mesotelioma epitelioide maligno. A tomografia computadorizada (TC) revelou derrame pleural loculado de pequeno volume à esquerda, com nodularidade pleural associada. Após estadiamento adequado, que inclui tomografia por emissão de pósitrons fluorodeoxyglucose (FDG-PET) de corpo inteiro, a doente foi encaminhada para nossa instituição, onde foi considerada candidata para ressecção cirúrgica radical. Procedeu-se a PE com ressecção combinado do diafragma e pericárdio através de toracotomia. O defeito resultante do pericárdio foi reparado com

retalho de pericárdio heterólogo com fenestração do mesmo, e a reparação do diafragma com uma rede de polipropileno. A doente foi extubada no final da cirurgia, com boa evolução pós-operatória. Teve alta ao 8º dia pós-operatório, sem sintomas respiratórios e com dor controlada. A PE tem uma mortalidade de 4-9% e morbidade de 60% em centros de excelência. No entanto, a combinação de PE com terapias adjuvantes é uma opção em alguns doentes altamente selecionados.

Palavras chave: Mesotelioma. Pneumectomia extrapleural.

PO 182. LOBECTOMIA SUPERIOR DIREITA COM PLASTIA BRÔNQUICA POR VATS

J.E. Reis, J. Santos Silva, F. Palma Martelo

Cirurgia Torácica, Hospital da Luz.

Introdução: A lobectomia por videotoroscopia (VATS) iniciou-se, em Portugal, em 2008, e o seu crescimento tem sido significativo ao longo dos últimos anos. Alguns dos principais desafios técnicos a esta abordagem continuam a ser os tumores com componente endobrônquico que impliquem plastias manuais do brônquio ou mesmo ressecção com “sleeve” da árvore brônquica. Apresentamos o caso de um doente de 56 anos com história de infeções respiratórias de repetição, a quem foi diagnosticada uma lesão endobrônquica na origem do BLSD, com cerca de 1,8 cm, provocando oclusão quase completa do mesmo, além de bronquiectasias do LSD, resultantes da obstrução brônquica crónica.

Caso clínico: O doente foi submetido a BFO que identificou uma massa dura cuja biópsia foi inconclusiva apesar do aspeto macroscópico ser sugestivo de tumor benigno. Pelas bronquiectasias e ausência de diagnóstico histológico definitivo o doente foi proposto para lobectomia superior direita por VATS. Atendendo à proximidade da lesão da emergência do brônquio, não seria possível utilizar a habitual laqueação com máquina de sutura mecânica e assegurar uma excisão completa da lesão. Assim procedeu-se a abertura manual do coto do BLSD, assegurando margens livres de lesão e de seguida encerramento do mesmo com plastia manual do coto brônquico. O resultado Anatomo-Patológico revelou tratar-se de um hamartoma condroide endobrônquico. A cirurgia e o pós-operatório não tiveram complicações significativas. Apesar de tecnicamente mais exigente a plastia manual do bronquio pode ser realizada por VATS e apesar de já ter sido realizada noutros países é aqui descrita pela primeira vez em Portugal. Tal permitiu ao doente uma abordagem minimamente invasiva para a resolução da patologia em questão.

Palavras chave: Tumor endobrônquico. VATS. Cirurgia torácica.

PO 183. TORACOPLASTIA EM INFEÇÃO PERSISTENTE DE CAVIDADE PLEURAL APÓS RESSECÇÃO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO

R. Barata¹, M. Alvóeiro¹, C. Torres¹, T. Calado¹, C. Rodrigues¹, P. Calvino¹, F. Félix¹, T. Abreu², D. Ferreira², F. Paula², J. Semedo², F. Rodrigues², P. Pinto², F. Froes², F. Reis³, W. Videira³

¹Serviço de Cirurgia Torácica; ²Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos; ³Serviço de Pneumologia, Hospital de Pulido Valente, CHLN.

Introdução: As técnicas de toracoplastia foram inicialmente desenvolvidas para o tratamento da tuberculose com o objectivo de obter o colapso e a cura de lesões cavitadas. A sua indicação foi expandida à redução do espaço pleural por inadequada expansão pulmonar e ao tratamento do empiema pós-pneumectomia frequentemente associado a fístula broncopleural (FBP). Avanços no tratamento médico bem como a realização de cirurgias de ressecção pulmonar mais eficazes, em casos de patologia infecciosa e sequestrar, reduzi-

ram a necessidade deste procedimento. Está actualmente reservado ao tratamento de cavidades pleurais quando não existem outras opções disponíveis (retalhos musculares, epiploplastia). A toracoplastia consiste na ressecção de parede torácica (costelas e músculos intercostais) permitindo o colapso dos músculos e da escápula sobre o mediastino, obliterando assim a cavidade pleural.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 61 anos submetido há vinte anos a lobectomia superior direita com ressecção parcial de duas costelas por adenocarcinoma do pulmão (pT3N0M0). Realizou quimiorradioterapia adjuvante, complicadas de fístula do coto brônquico e empiema, tratados com drenagem pleural, antibióticos e tratamento endoscópico. Nos anos seguintes o doente teve múltiplas infeções pulmonares e da loca pleural apical remanescente com progressiva destruição do pulmão restante, osteomielite das costelas e insuficiência respiratória. A colonização por agentes multirresistentes obrigou a hospitalização frequente para realização de antibioterapia. A cirurgia foi considerada como única opção, pelo que o doente foi submetido a pneumectomia iterativa e toracoplastia de Shede. Foi efectuada ressecção da segunda à nona costelas. Foram colocadas duas drenagens torácicas com aspiração por vácuo durante dez dias. O doente teve um pós-operatório imediato sem complicações. No entanto, ao 10º dia de pós-operatório teve pneumonia nosocomial com consequente insuficiência respiratória parcial necessitando de ventilação mecânica invasiva. O desmame ventilatório foi difícil e complexo. No 32º dia de pós-operatório o doente faleceu por uma pneumonia de aspiração e choque séptico.

Discussão: O empiema torácico é um desafio terapêutico sobretudo associado a ressecção pulmonar e FBP. Quando tratamentos menos agressivos falham, a toracoplastia é uma opção. É expectável um elevado índice de sucesso no controlo da infeção, colapso da cavidade pleural e encerramento da FBP. No entanto, uma avaliação pormenorizada do risco pós-cirúrgico é fundamental para selecção dos candidatos a este procedimento.

Palavras chave: Toracoplastia. Empiema. Ressecção pulmonar.

PO 184. PNEUMOTÓRAX - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

V. Firmino, D. Coelho, P. Costa, V. Sacramento, H. Marques, C. Alves, M. Simões, E. Camacho

Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário-Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: A ocorrência de pneumotórax espontâneo é comum, particularmente em homens, fumadores, altos e magros. Quando ocorre em mulheres, nomeadamente em idade fértil, causas raras de pneumotórax espontâneo secundário devem ser consideradas.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente, sexo feminino, 39 anos, caucasiana, empregada de balcão, com antecedentes pessoais conhecidos de enxaqueca, sem medicação habitual. Sem hábitos tabágicos ou patologia pulmonar de base conhecidos, contava internamento por pneumonia adquirida na comunidade em janeiro 2010 e pneumotórax esquerdo em abril 2010. A doente recorreu ao SU do nosso hospital por quadro com cerca de 15 dias de evolução, caracterizado por toracalgia localizada ao hemitórax esquerdo, com características pleuríticas e de agravamento progressivo, e pieira com dois dias de evolução. Negava febre, sudorese, tosse, expectoração, dispneia, cansaço ou queixas do foro gastrointestinal ou urinário. À observação a doente apresentava-se vigil, orientada, apirética, normotensa e normocárdica, eupneica e normoxémica com diminuição do murmúrio vesicular no campo pulmonar esquerdo à auscultação pulmonar. Sem outras alterações relevantes do exame objectivo. Analiticamente sem alterações. Foi realizada TC torácica que mostrou um volumoso pneumotórax esquerdo condicionando ligeiro desvio contralateral do mediastino, com múltiplos quistos pulmonares bilaterais atingindo todos os lobos, os maiores com cerca de 3 cm, situados no lobo superior

esquerdo e lobo médio. Por apresentar, em topografia subfrênica posterior esquerda, uma imagem heterogénea com 7,5 cm fez TC abdominal que revelou massa heterogénea, com 7 × 4 cm sugestiva de angiomiolipoma. A doente foi internada e foi colocada uma drenagem torácica a nível do 5º espaço intercostal esquerdo, na linha axilar média, sem intercorrências, verificando-se expansão pulmonar em telerradiografia de controlo. As provas funcionais respiratórias mostraram obstrução moderada, com DLCO dentro da normalidade. A doente teve alta assintomática referenciada a consulta de Pneumologia.

Discussão: A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara que atinge as mulheres em idade fértil. A tosse e a dispneia são a sua forma de apresentação mais comum e o pneumotórax e o quilotórax, as complicações mais frequentes. A presença de quistos bilaterais, de parede fina e regular, rodeados por parênquima pulmonar normal na TCAR é altamente suspeita e a extensão destas alterações correlacionam-se com a gravidade do quadro e compromisso funcional respiratório (DLCO).

Palavras chave: *Pneumotórax. Mulher. LAM.*

PO 185. PNEUMOMEDIASTINO - O AR FORA DA “CAIXA”

C. Guimarães, S. André, J.M. Correia, M. Fradinho, F. Nogueira

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

Introdução: O pneumomediastino espontâneo é uma condição rara, causada pelo aumento da pressão intratorácica com conseqüente ar livre nas estruturas mediastínicas. O diagnóstico é habitualmente difícil, necessitando de um elevado índice de suspeição dado que os sintomas são, na maioria dos casos, muito inespecíficos. A dor torácica e a dispneia aguda são, efectivamente, os sintomas de apresentação mais comuns, constituindo frequentemente um diagnóstico diferencial de exclusão com outras patologias mais frequentes (asma brônquica, síndrome coronário agudo, pericardite, tromboembolismo pulmonar, pneumonia ou pneumotórax).

Caso clínico: Apresenta-se o caso clínico de um homem, 30 anos de idade, redactor de publicidade, com antecedentes pessoais de ri-

nossinusite, fumador (10 UMA) e consumidor de drogas leves inaladas que recorre ao Serviço de Urgência por um quadro de dispneia, dor retroesternal com irradiação para a região cervical, eructações e disfagia para líquidos com evolução nas últimas 12 horas. A sintomatologia teve início após esforço físico intenso. Avaliação analítica, electrocardiograma e radiografia de tórax sem alterações. Ao exame objectivo destaca-se: enfisema subcutâneo discreto ao nível da região cervical, para-traqueal, bilateralmente, com ligeira crepitação, sem alterações à auscultação cardiopulmonar. Tomografia computadorizada de tórax e pescoço: enfisema subcutâneo no pescoço, incluindo espaço pré-vertebral; ligeiro pneumomediastino. Sem pneumotórax. Não se podendo identificar ou excluir lesão ao nível esofágica. Na avaliação por gastroenterologia sugerida vigilância, sem indicação para estudo endoscópico. O doente ficou internado no Serviço de Pneumologia para vigilância e terapêutica conservadora. Teve alta ao 3º dia pós internamento, assintomático, com regressão completa do enfisema subcutâneo e sem alterações na radiografia de tórax. Os autores admitem o papel do esforço físico intenso e o consumo de drogas inaladas na etiologia do pneumomediastino.

Discussão: O pneumomediastino espontâneo é considerado, geralmente, uma entidade benigna, com prognóstico favorável. Os factores predisponentes para esta patologia são: tabagismo, diagnóstico de asma brônquica, patologia do interstício pulmonar, DPOC, bronquiectasias, quistos pulmonares, neoplasia do pulmão, infecções respiratórias, vômitos, acessos de tosse, exercício físico intenso, consumo de drogas inaladas ou trauma. O tratamento é geralmente, sintomático. As formas graves, traduzem-se por elevada quantidade de ar no mediastino, podendo causar tamponamento cardíaco ou compromisso da via aérea, razão pela qual a vigilância clínica é fundamental. Nestes casos, o tratamento cirúrgico pode ser necessário. Apesar da natureza benigna desta entidade, é necessário uma vigilância cuidada e atenta às possíveis complicações. A cessação dos hábitos tabágicos e dos consumos de drogas ilícitas são fortemente recomendados.

Palavras chave: *Pneumomediastino. Enfisema. Dor torácica.*