



COMUNICAÇÕES ORAIS

22º Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 5-6 de Março 2015

CO01. AUMENTO DA PROTEÍNA SECRETORA DAS CÉLULAS DE CLARA EM DOENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA E FALÊNCIA RESPIRATÓRIA

A.C. Pronto-Laborinho^{1,2}, M.A. Barros^{1,2}, S. Pinto^{1,2}, M. Alves de Carvalho^{1,2,3}

¹Unidade de Fisiologia Clínica e Translacional do Instituto de Medicina Molecular, Lisboa, Portugal. ²Instituto de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. ³Departamento de Neurociências, Hospital de Santa Maria-CHLN, Lisboa, Portugal.

Introdução: A proteína das células de Clara (CC-16) expressa-se no tracto respiratório, secretada por células localizadas no epitélio traqueobrônquico. A CC-16 tem sido indicada como um biomarcador para a lesão pulmonar directa e indirecta. A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa, rapidamente progressiva, caracterizada por insuficiência respiratória (IR). Na ELA, embora diversos testes respiratórios sejam sensíveis na detecção da disfunção ventilatória e indicadores do prognóstico, nenhum biomarcador molecular de insuficiência respiratória (IR) foi ainda identificado, o que seria particularmente útil, dado que a maioria dos testes respiratórios convencionais são limitados pela parésia orofacial e cooperação dos doentes

Objectivos: Testar a utilidade da determinação da proteína das células de Clara (CC-16) no plasma de doentes com ELA e potencial utilização como biomarcador molecular de insuficiência respiratória na ELA.

Métodos: Determinaram-se as concentrações plasmáticas de CC-16 em 3 grupos: Grupo 1 (G1): 19 pacientes com ELA, sem sintomas respiratórios relevantes (Subscore respiratório de 11-12 na escala ALS-FRS) e capacidade vital forçada (CVF) acima de 60% do valor preditivo; Grupo 2 (G2): 10 pacientes consecutivos com ELA e sintomas de IR (<11) e CVF < 50%; Grupo 3 (G3): 9 controlos saudáveis. Concentrações plasmáticas da proteína CC-16 determinadas utilizando por ELISA (BioVendor, Modrice). O valor máximo observado nos controlos foi considerado valor “cut-off” (7.686 ng/ml); a comparação da frequência de valores anormais entre G1 e G2 foram comparados pelo teste-exacto de Fisher.

Resultados: As medianas foram muito semelhantes entre G3 (5.414 ng/ml, interquartil rage = 1.061) e G1 (4.901 ng / ml, interquartil rage = 3.027). No G2, a mediana foi 40% superior (7.502 ng/ml, interquartil rage 3.563) e 5 pacientes apresentaram valores acima do “cut-off” ($p = 0,002$).

Discussão e conclusão: Nos doentes com ELA sem sintomas de IR os níveis de CC-16 encontravam-se dentro do intervalo normal, mas naqueles com sintomas de IR os níveis eram elevados. Sendo os mediadores inflamatórios ativados em pacientes hipoxémicos com ELA, suspeita-se que este processo estimule o aumento da produção de CC-16 em pacientes com ELA e IR. Embora os nossos resultados sejam preliminares, acreditamos devam estimular um estudo mais extenso.

Palavras-chave: Proteína secretora das células de Clara (Clara Cell). Insuficiência Respiratória. Esclerose Lateral Amiotrófica. Biomarcador. Hipóxia. Ventilação.

CO02. UTILIDADE DO “PNEUMONIA SEVERITY INDEX” NAS PNEUMONIAS ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

F. Fernandes, N. Sousa, R. Gomes, J. Parreira, M. Reis, L. Ferreira
Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital Sousa Martins.

Introdução: O “Pneumonia Severity Index “(PSI), consiste numa medida que permite identificar, de forma bastante precisa, a gravidade e o risco de mortalidade dos indivíduos com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).

Objectivos: Comparar estatisticamente a PAC com a Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde (PACS), de forma a avaliar se a utilização do PSI nestas últimas poderá ter utilidade na prática clínica.

Métodos: Estudo retrospectivo com base na consulta do processo clínico de doentes internados com o diagnóstico de Pneumonia num Serviço de Pneumologia de um Hospital Distrital de 1/1/2013 a 31/12/2013.

Resultados: Foram incluídos 186 doentes: 69 (37,1%) com PAC, dos quais 53 (76,8%) apresentavam classe IV de PSI e 16 (23,2%) apre-

sentavam classe V de PSI; e 117 (62,9%) com PACS, dos quais 68 (58,1%) apresentavam classe IV de PSI e 49 (41,9%) apresentavam classe V de PSI. Nas pneumonias classificadas como Classe IV de PSI, a taxa de mortalidade foi de 13,2% na PAC e de 16,2% na PACS ($p > 0,05$). Nas pneumonias classificadas como Classe V de PSI, a taxa de mortalidade foi de 18,75% na PAC e de 24,5% na PACS ($p > 0,05$). A média do número de dias de internamento foi: nas pneumonias Classe IV de PSI, de 14,42 na PAC comparando com 15,29 na PACS ($p > 0,05$); nas pneumonias Classe V de PSI, de 12,88 na PAC comparando com 21,94 na PACS ($p < 0,05$). Relativamente ao número de dias de antibioterapia, a média foi: nas pneumonias Classe IV de PSI, de 10,23 na PAC, em comparação com 11,90 na PACS ($p > 0,05$); nas pneumonias Classe V de PSI, de 9,88 na PAC, em comparação com 13,48 na PACS ($p > 0,05$). O envolvimento radiológico verificou-se bilateral: nas pneumonias Classe IV de PSI, em 30,2% dos indivíduos com PAC e em 26,5% dos indivíduos com PACS ($p > 0,05$); nas pneumonias Classe V em 31,3% dos indivíduos com PAC e em 34,7% dos indivíduos com PACS ($p > 0,05$). Em relação à existência de complicações, nas pneumonias Classe IV de PSI, 98,1% dos doentes com PAC, em comparação com 95,6% dos doentes com PACS, apresentaram complicações ($p > 0,05$). Nas pneumonias Classe V todos os doentes apresentaram complicações.

Discussão e conclusão: O estudo desenvolvido parece demonstrar resultados semelhantes, na maioria dos parâmetros avaliados, quando comparados indivíduos com PAC e PACS, classificadas com igual Classe de PSI. Desta forma, o PSI poderá ser uma ferramenta útil na avaliação da gravidade e do risco de mortalidade nas PACS.

Palavras-chave: *Pneumonia. PSI. Mortalidade.*

CO03. FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO DA SOBREVIDA COM O PRODUTO DISTÂNCIA-SATURAÇÃO

R. Gomes¹, E. Padrão², H. Dabó², L. Nascimento³, A. Vale³, I. Neves², P. Mota², N. Melo², A. Morais²

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, ULS-Guarda.

²Serviço de Pneumologia, Hospital de São João, CHSJ. ³Serviço de Pneumologia, CHTMAD.

Introdução: A Fibrose Pulmonar idiopática (FPI) é uma doença pulmonar fibrótica caracterizada por insuficiência pulmonar progressiva e capacidade de exercício reduzida. A prova da marcha dos 6 minutos (PM-6-Min), é frequentemente usada para a avaliação da tolerância ao esforço, tendo alguns estudos associado os seus parâmetros ao prognóstico nestes doentes. O produto distância-saturação (PDS) é calculado pelo produto entre a distância percorrida na PM-6-Min e a saturação de oxigénio mínima obtida durante a prova, sendo que o seu impacto na avaliação da sobrevida de doentes com FPI ainda não foi objecto de investigação.

Objectivos: Avaliar a correlação entre a sobrevida de doentes com FPI e a PDS, tendo sido igualmente avaliados outros parâmetros funcionais respiratórios como a CVF, DLCO, DLCO/VA e a distância percorrida na PM-6-Min.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de FPI seguidos em consulta de Doenças Pulmonares Difusas e com estudo funcional respiratório e PM-6-Min basais (com FiO₂ 21%). Foram excluídos os doentes submetidos a transplante pulmonar.

Resultados: Foram identificados 79 doentes com FPI, com idade média de 69,4 anos (DP 9,7), dos quais 57 (72,2%) eram do género masculino. Cerca de 9 (11,4%) eram fumadores e 31 (39,2%) ex-fumadores. O diagnóstico de FPI foi baseado nos critérios ATS/ERS, tendo 19 (24%) doentes sido submetidos a biopsia pulmonar cirúrgica. O tempo mediano do início dos sintomas até ao diagnóstico foi de 12 meses (mínimo 0, máximo 96 meses). A sobrevida média foi de 25,1 meses (DP 21,1). Quanto à avaliação funcional basal o FVC médio foi de 76,0% (DP 17,2), a DLCO média de 46,1% (DP 19,9), a DLCO/VA média de 67,9% (DP 23,1) e a pO₂ arterial média de 70,4

mmHg (DP 11,7). Em relação à PM-6-Min basal a distância percorrida média foi de 357,2 m (DP 142,4), com dessaturação média de 10,9% (DP 6,4) e PDS médio de 299,3 m% (DP 126,9). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a sobrevida e a DLCO/VA ($r = 0,394$, $p = 0,031$), a distância percorrida na PM-6-Min ($r = 0,319$, $p = 0,009$) e o PDS ($r = 0,353$, $p = 0,003$).

Discussão e conclusão: O PDS mostrou-se nesta amostra de doentes com FPI um potencial factor de bom prognóstico, devendo ser explorada esta hipótese, dada a necessidade de marcadores de prognóstico na FPI, que sejam fiáveis, validados e de fácil execução.

Palavras-chave: *Fibrose pulmonar idiopática. Prova da marcha dos 6 minutos. Produto distância-saturação. Sobrevida.*

CO04. IMPACTO DAS BRONQUIECTASIAS NO INTERNAMENTO HOSPITALAR - NECESSIDADE DE MUDANÇA DE PARADIGMA

J. Cordeiro da Costa, R. Monteiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: As Bronquiectasias são uma dilatação irreversível dos brônquios associada a um ciclo de infeção e inflamação crónicas. Por este motivo cursam frequentemente com infeção/colonização por agentes bacterianos multirresistentes sendo responsáveis por internamentos hospitalares de repetição e de longa duração pela necessidade do tratamento com antibióticos de largo espectro hospitalares.

Objectivos: O objetivo do presente estudo é avaliar o impacto das Bronquiectasias no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Métodos: Foi efetuada uma pesquisa por codificação das notas de alta do nosso Serviço de Pneumologia com os códigos de diagnóstico principal ICD -9 4940, 4941, 74861, 01151-5 entre Janeiro de 2013 e Agosto de 2014 (códigos relacionados com Bronquiectasias). Foram registados o número de episódios de internamento, o número de doentes internados com estes diagnósticos, o tempo médio e total de internamento, a distribuição etária e por género. Foi efetuada uma comparação do tempo médio de internamento destes doentes com o de todos os doentes internados no mesmo Serviço em Agosto de 2014. A análise estatística foi realizada utilizando medidas de tendência central e o teste T de Student, tendo sido definido um nível de significância para $p < 0,05$. O software utilizado foi o IBM® SPSS® versão 21.

Resultados: Durante o período referido de 20 meses ocorreram 94 episódios de internamento por Bronquiectasias (em média 5 por mês), correspondendo a 70 doentes. O número de dias total de internamento foi de 1449 e o tempo médio de internamento foi de 15,4 dias ($\pm 12,6$). A distribuição etária teve como média 66,6 anos ($\pm 15,2$). O sexo masculino foi o mais prevalente (51,4%) com tempos médios de internamento superiores ao sexo feminino: 17,6 ($\pm 15,7$) vs 12,5 ($\pm 5,8$) respetivamente, $p = 0,03$. Comparativamente ao tempo de internamento médio por todas as patologias no Serviço de Pneumologia no mês de Agosto de 2014 (pontual), os doentes com bronquiectasias tiveram tempos de internamento aproximadamente 38% superiores (9,6 dias vs 15,4 dias respetivamente, $p < 0,001$).

Discussão e conclusão: As Bronquiectasias foram responsáveis por mais de 1000 dias de internamento no nosso Serviço entre Janeiro de 2013 e Agosto de 2014. Este facto espelha a complexidade de tratamento destes doentes e reforça a necessidade da elaboração de estratégias sólidas para a avaliação e monitorização dos mesmos em ambulatório, entre as quais o seguimento por profissionais especializados e a implementação de medidas de tratamento profilático no sentido de tentar quebrar o ciclo vicioso de infeção.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Internamento. Impacto.*

CO05. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS VS PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE

C. Guimarães¹, E. Espada², A. Figueiredo³, F. Barros³, A. Ramos³

¹Hospital de Egas Moniz, CHLO. ²Hospital de Santa Maria, CHLN.

³Hospital de Cascais, Hospital Dr. José d'Almeida.

Introdução: A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é uma das causas infecciosas mais comuns de admissão e mortalidade nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); sendo a causa mais frequente de sépsis, sépsis grave e choque séptico. O adequado tratamento antimicrobiano inicial é crucial para o outcome dos doentes com infeções graves.

Objectivos: Caracterização dos doentes admitidos numa UCI por PAC, no que concerne à sua clínica, microbiologia, terapêutica e prognóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes admitidos numa UCI com o diagnóstico de PAC de Fevereiro de 2010 a Fevereiro de 2014. Avaliados: dados demográficos, proteína C reactiva (PCR), antibioticoterapia, microbiologia, disfunção multiorgânica (DMO), re-infeção, índices de gravidade e mortalidade.

Resultados: 118 doentes com PAC (78 homens: 66,1%); idade média 63,7 ± 17 anos e tempo de internamento na UCI, em média, 12 ± 11,7 dias. SAPS II médio: 49,9 ± 19,2, com mortalidade prevista 47,2 ± 29,9%. PCR máxima nas primeiras 24 horas: 23,9 ± 14,4 mg/dL. Foi identificado agente bacteriano em 46 (39%) doentes, sendo o mais frequente o *Streptococcus pneumoniae* (n = 25; 54,3%). Apresentaram antigenúria positiva, 88% das infeções a *S. pneumoniae* e *Legionella pneumophila*. Identificada infeção pelo vírus Influenza A em 9 doentes, 7 da variante H1N1. O esquema de antibioticoterapia empírica mais utilizado foi ceftriaxone com azitromicina (n = 62; 52,5%); 9 destes doentes fizeram também oseltamivir. Esquemas antibióticos: 57,6% baseados em ceftriaxone e 32,2% em amoxicilina-clavulanato. A antibioticoterapia empírica foi adequada em 87% dos casos com identificação de agente. Foi identificada DMO em 96,6% dos doentes; 84,7% necessitaram de VMI (duração média 10,8 ± 9,6 dias), com relação PaO₂/FiO₂ < 100 em 34,3%. Foi documentada re-infeção em 31,4% (foco respiratório em 75,7%) doentes. A mortalidade na UCI foi de 41,5% (55,1% atribuível a re-infeção e 38,8% à PAC), e a hospitalar de 44,1%. Factores com impacto na mortalidade (análise univariada): idade, SAPS II, DO respiratória, DO renal, TSRC, DO hematológica e re-infeção.

Discussão e conclusão: Verificou-se que foi utilizada uma terapêutica antibiótica empírica adequada, com esquemas constituídos por dois antibióticos, sem evidência de aumento do risco de emergência de resistências bacterianas aos antibióticos. O agente mais identificado foi o *S. pneumoniae*, o que vai de encontro aos dados da literatura. Apesar da boa adequação da antibioticoterapia empírica e do avanço e desenvolvimento de novas técnicas na melhoria do tratamento destes doentes em UCIs, a mortalidade atingiu 42%. Apesar disto, a mortalidade foi inferior à esperada pelo SAPS II (44,1% vs 47,2%).

Palavras-chave: *Pneumonia Adquirida na Comunidade. Unidade de Cuidados Intensivos.*

CO06. TERAPÊUTICA LIFE-SAVING EM DOENTE COM BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE CÍSTICA

R. Linhas, R. Marçoa, R. Monteiro, S. Conde, T. Shiang

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: Os doentes com bronquiectasias não fibrose cística muitas vezes desenvolvem infeção crónica com *Pseudomonas aeruginosa*. Esta condição pode levar a hospitalizações recorrentes, com agravamento da função pulmonar e aumento da morbidade e mortalidade. O papel da antibioticoterapia inalada como terapêutica de manutenção nestes casos não está ainda definido. Os autores

apresentam um caso clínico sobre o uso crónico de antibioticoterapia inalada.

Resultados: Mulher 64 anos, autónoma, reformada por invalidez, não fumadora. Seguida em consulta de Pneumologia no CHVNG/E por bronquiectasias secundárias a sequelas de tuberculose com insuficiência respiratória (IR) global. Colonizada por *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*. Apresentava scores de gravidade *Bronchiectasis Severity Index* (BSI) 20 e FACED 7, com múltiplos internamentos no Serviço de Pneumologia por agudização da patologia de base, progressivamente mais frequentes e graves. - 2010: 3 internamentos (tempo total 35 dias), em 2 deles com isolamento de *P. aeruginosa* resistente a ciprofloxacina; - 2011: 5 internamentos (tempo total 84 dias), no 2º e 3º foi isolado *A. baumannii* apenas sensível a colistina; no 4º internamento isolada novamente *P. aeruginosa*; - 2012: 4 internamentos (tempo total 90 dias), no 1º e 2º isolado *A. baumannii*, no 3º *P. aeruginosa* e no 4º os 2 agentes. Neste último teve alta medicada com tobramicina por via nebulizada para ambulatório (propostos ciclos *on-off* de 28 dias); - 2013: 3 internamentos (tempo total 41 dias), o 1º 5 dias após o primeiro mês *on* de tobramicina. Dada a deterioração clínica da doente à data e evidência de benefício do tratamento com antibiótico inalado (rápido agravamento no mês *off*), foi decidido manter tratamento contínuo com ciclos alternados de tobramicina e colistina como atitude de último recurso. Após instituição desta terapêutica apresentou apenas 2 internamentos: um mais curto por agravamento das IR com acidemia respiratória, sem clínica infecciosa muito exuberante, tendo iniciado VNI, que manteve à data de alta; outro por infeção associada a cuidados de saúde e com isolamento de MRSA. Actualmente apresenta estabilidade clínica sem novas exacerbações e necessidade de novos internamentos. Mantém antibioticoterapia inalada e é seguida em consulta de VDNI do CHVNG/E.

Discussão e conclusão: Este caso mostra que a terapêutica com antibioticoterapia inalada numa doente com bronquiectasias foi fundamental para diminuir o número de exacerbações e hospitalizações, e parar a sua deterioração progressiva. São necessários mais estudos para determinar o papel da antibioticoterapia inalada no tratamento crónico das bronquiectasias não fibrose cística. A terapêutica deve ser instituída individualmente e de acordo com o melhor julgamento clínico.

Palavras-chave: *Bronquiectasias. Internamento. Antibioticoterapia inalada.*

CO07. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

L. Nascimento¹, P. Almeida², A. Amdo², A. Costa², I. Furtado²

¹Serviço de Pneumologia, CHTMAD, Vila Real. ²Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital Pedro Hispano.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma causa major de morbimortalidade sendo actualmente a 4ª causa de morte a nível mundial. A reabilitação respiratória é uma terapêutica não farmacológica, custo-efectiva e com efeitos bem estabelecidos nos doentes com DPOC relativamente à qualidade de vida, capacidade de exercício, hospitalizações e sobrevida.

Objectivos: Caracterização da população de doentes com DPOC incluídos pela primeira vez em programa de reabilitação respiratória, e avaliação do seu impacto no número de exacerbações e de internamentos por DPOC agudizada.

Métodos: Estudo retrospectivo, baseado na análise dos processos clínicos dos doentes com DPOC incluídos pela primeira vez em programa de reabilitação no serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Pedro Hispano. Foram incluídos os doentes que completaram o programa de reabilitação respiratória, entre Janeiro e Dezembro de 2012.

Resultados: Foram identificados 19 doentes dos quais 68,4% (*n* 13) eram do sexo masculino e 31,6% (*n* 6) do sexo feminino, apresentando média de idades de 61,3 (\pm 9,8) e 67,3 (\pm 9,8) anos, respectivamente. O programa de reabilitação respiratória durou em média 11,4 (\pm 5,9) semanas. Dos 19 doentes, apenas 36,9% (*n* 7) tinham história de tabagismo activo ou no passado. Verificou-se que a média do FEV1 pós-BD foi de 52,8% do prev (\pm 11,9), classificando os doentes em estadio II de GOLD em 68,4% (*n* 13) dos casos, em estadio III em 21,1% (*n* 4) e em estadio IV em 10,5% (*n* 2) dos casos. Verificou-se uma diminuição do número de exacerbações no ano após a integração em programa de reabilitação respiratória com a média do nº de exacerbações no ano prévio à integração em programa de reabilitação respiratória de 0,8 e no ano após de 0,3 (*p* = 0,012; teste de wilcoxon). Avaliou-se, igualmente, a média do nº de internamentos no ano anterior e no ano posterior ao programa de reabilitação, verificando-se uma diminuição da mesma (0,2 vs 0,05; *p* = 0,046, teste wilcoxon).

Discussão e conclusão: No estudo realizado verificou-se que a reabilitação respiratória nos doentes com DPOC teve um impacto positivo dada a redução do número de exacerbações e de internamentos por DPOC agudizada no ano seguinte à integração num programa de reabilitação respiratória.

Palavras-chave: Reabilitação respiratória. Exacerbações. Internamentos. Impacto. DPOC.

CO08. CRIOBÍPSIAS TRANSBRÔNQUICAS NO DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSE

A.L. Vieira¹, N. Melo², P. Mota^{2,3}, S. Guimarães⁴, C. Souto Moura⁴, A. Magalhães², A. Morais^{2,3}

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João. ³Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina do Porto. ⁴Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: Embora nem sempre necessário, por vezes a realização de biópsia é incontornável, de forma a sustentar de forma mais rigorosa o diagnóstico de sarcoidose. Dado que o tórax se encontra envolvido em mais de 90% dos doentes, as biópsias, quer de gânglios mediastínicos por ecografia endobrônquica (EBUS-TBNA), quer do pulmão através de biópsia transbrônquica, ambos por via endoscópica, são as mais frequentemente efetuadas. Recentemente, foram introduzidas as criobiópsias transbrônquicas que permitem a

obtenção de amostras de maior tamanho e qualidade, e que poderão constituir-se como uma alternativa válida no diagnóstico das doenças pulmonares difusas, nomeadamente na sarcoidose.

Objectivos: Avaliação da sensibilidade diagnóstica das criobiópsias no contexto da sarcoidose.

Métodos: Incluídos doentes com hipótese de diagnóstico de sarcoidose que realizaram criobiópsias transbrônquicas na sua abordagem diagnóstica.

Resultados: Caso clínico 1: Homem de 61 anos, reformado de operário na construção civil, com adenopatias mediastínicas e micronódulos de distribuição peribroncovascular, pericisural, mas também aleatória na tomografia com cortes de alta resolução (TAC-AR), apresentando um diagnóstico diferencial entre sarcoidose e silicose. Após a realização de lavado broncoalveolar (LBA), EBUS-TBNA e biópsia transtorácica guiada por tomografia, não foi possível concluir o diagnóstico. Posteriormente, realizou 4 criobiópsias no lobo superior esquerdo (LSE), que revelaram alterações histológicas compatíveis com silicose. Caso clínico 2: Homem de 60 anos, vitivinicultor, com adenopatias mediastínicas e hilares associadas a padrão micronodular pulmonar de distribuição peribroncovascular, alterações sugestivas do diagnóstico de sarcoidose. Após a realização de LBA (linfocitose de predomínio CD8+) e EBUS-TBNA, não foi concluído qualquer diagnóstico, tendo posteriormente realizado criobiópsias no lobo superior direito e lobo inferior direito (LID), com alterações histológicas compatíveis com o diagnóstico de sarcoidose. Caso clínico 3: Mulher de 38 anos, administrativa, com um padrão micronodular de distribuição peribroncovascular na TCAR sugestivos de sarcoidose em estadio III. Efectuadas criobiópsias transbrônquicas no LSE e lobo inferior esquerdo que mostraram alterações compatíveis com o diagnóstico de sarcoidose. Caso clínico 4: Homem de 75 anos, com adenopatias mediastínicas e hilares, para além de discretos micronódulos de distribuição peribroncovascular a sugerir sarcoidose em estadio II. Efectuadas 4 criobiópsias transbrônquicas no LID, que mostraram alterações compatíveis com o diagnóstico de sarcoidose. Não foram observadas complicações, nomeadamente hemorragia ou pneumotórax clinicamente relevantes.

Discussão e conclusão: Apesar do pequeno número de doentes analisado, os resultados observados apontam a criobiópsia como uma técnica de elevada acuidade diagnóstica na sarcoidose, podendo inclusivé ser considerada em casos de ausência de diagnóstico após o recurso aos outros métodos endoscópicos habitualmente utilizados neste contexto.

Palavras-chave: Sarcoidose. Criobiópsia transbrônquica. Diagnóstico.