



POSTERS EXPOSTOS

XXXIV Congresso de Pneumologia

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

PE 001. PADRÃO QUÍSTICO NA PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

E. Seixas, P.G. Ferreira

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) é uma síndrome inflamatória complexa e polimórfica originada pela sensibilização em indivíduos geneticamente predispostos a antigénios inalatórios. Esta síndrome é classicamente subdividida em aguda, subaguda e crónica. A radiografia do tórax é geralmente uma ferramenta limitada. A TCAR, considerada o melhor exame para informar do diagnóstico (diferencial) e com valor prognóstico, evidencia geralmente opacidades em vidro despolido, reticulação, nódulos centrilobulares, padrão de atenuação em mosaico com *air-trapping* e, em fases avançadas, fibrose. A presença de quistos na PH não é um achado comum, reportada em apenas 13% dos doentes.

Casos clínicos: Caso 1: mulher, 72 anos, não fumadora com exposição contínua e prolongada a pombos e galinhas. Queixas de dispnéia de esforço moderada e fervores bibasais (não em “velcro”). Estudo da auto-imunidade negativo, sem fármacos com potencial de pneumotoxicidade. Títulos de IgG específicos para pombos e galinhas aumentados. Lavado broncoalveolar (LBA) com aumento da celularidade total com predomínio linfocitário (53%) com alguns eosinófilos, mastócitos e plasmócitos. TCAR com opacidades em vidro despolido, nódulos centrilobulares, quistos dispersos e alguma atenuação em “mosaico”. O diagnóstico de PH subaguda (“Pulmão do criador de aves”) foi selado na Reunião Multidisciplinar de Intersitio (RMI) com elevado nível de confiança. Caso 2: mulher, 64 anos, não fumadora. Queixas de dispnéia de esforço grau 2 mMRC com tosse seca persistente com evolução de 2 anos, sibilância noturna episódica e fervores bibasais à auscultação. Reportava agravamento dos sintomas respiratórios aquando da exposição a feno. LBA com aumento da celularidade total com linfocitose (81%). O estudo auto-imune evidenciou títulos ligeiramente positivos para fator reumatóide, hipergamaglobulinemia policlonal e IgG específica elevada para *Saccharopolyspora rectivirgula* e *Aspergillus spp.* TCAR com padrão de atenuação “em mosaico” com opacidades difusas em

vidro despolido, algumas áreas lobulares de encarceramento aéreo e lesões quísticas de predomínio superior. O diagnóstico final de PH subaguda, variante “Pulmão do Agricultor” foi selado na RMI com elevado nível de confiança. Caso 3: mulher, 80 anos, não fumadora, com história de doença pulmonar não esclarecida. Exposição passada de canários, rolas e galinhas cessadas há 15 anos. Dispneia de esforço grau 3 mMRC, tosse produtiva e fervores em “velcro” bibasais. Títulos de IgG específica ligeiramente elevados apenas para excrementos de galinhas. Estudo autoimune negativo. LBA com celularidade normal com neutrófilos elevados (30%) e alguns eosinófilos. TCAR com padrão reticular, bronquiectasias de tração, padrão de atenuação em mosaico (≥ 3 lobos), zonas de fibrose peribroncovascular e quistos isolados. Na discussão na RMI foi selado o diagnóstico de PH crónica fibrosante (nível moderado de confiança).

Discussão: As alterações quísticas isoladas na PH são pouco comuns mas reportadas numa pequena percentagem de doentes. Estes quistos, diferentes do “favo de mel”, relembram os quistos da pneumonite intersticial linfóide e são presumivelmente causados pela obstrução parcial bronquiolar pelo infiltrado linfocítico peribronquiolar presente nos doentes com PH. Nestes 3 casos clínicos podemos observar lesões quísticas na PH desde uma doença subaguda/inflamatória até doença crónica fibrosante.

Palavras chave: Quistos. Pneumonite de hipersensibilidade.

PE 002. DERRAME PLEURAL: A CHAVE ESTÁ NA HISTÓRIA

G. Santos, M. Lopes, J. Duarte

Hospital Garcia de Orta.

Introdução: O derrame pleural (DP) pode constituir um desafio diagnóstico ficando 20% dos DP sem diagnóstico atribuído. No DP recidivante a hipótese de malignidade torna-se a mais provável não devendo ser descartadas etiologias benignas cujo diagnóstico, iminentemente de exclusão, requer a integração de factores epidemiológicos, pouco explorados na anamnese.

Caso clínico: Mulher, 84 anos, não fumadora, sem patologia pulmonar conhecida, empregue numa fábrica de cortiça e cujo marido era ser-

ralheiro naval. Internada por um quadro de cansaço e dispneia de agravamento progressivo, com DP à direita, e necessidade de toracocentese um mês antes. Trazia TC tórax com descrição de volumoso DP à direita em cavidade livre com atelectasia pulmonar passiva, espessamentos pleurais em placas bilaterais e algumas placas calcificadas. Efetuou nova toracocentese cujo líquido pleural apresentava critérios de exsudado, um exame citológico e bacteriológico negativo e adenosina deaminase 7,80 U/L. Sem evidências de neoplasias no estudo ecográfico da cavidade pélvica e sem alterações do NTproBNP e na função renal. Teve alta clínica a aguardar toracoscopia. Um mês depois foi reinternada por recidiva sintomática do DP. Realizou toracocentese com biópsias pleurais cegas com resultados citohistológicos negativos e toracoscopia com biópsia onde se evidenciou espessamento difuso e placas esbranquiçadas dispersas a nível de ambas as pleuras, sem identificação de granulomas nem tecido neoplásico. Foi efectuada talcagem e em 2 anos não evidenciou recidiva DP.

Discussão: Atendendo ao contexto epidemiológico conhecido de exposição a asbestos, corroborado pelos achados imagiológicos e histológicos sugestivos, à exclusão de outras causas de DP e ao follow-up prolongado sem recidiva do DP ou evidência de neoplasia pleuropulmonar, considera-se como diagnóstico mais provável um derrame pleural benigno por exposição a asbestos (DPBEA). O DPBEA tem a particularidade de ser diagnosticável apenas após 20 a 30 anos da exposição inicial.

Palavras chave: Derrame pleural. Dispneia. Asbestos.

PE 003. PNEUMONIA INTERSTICIAL NÃO ESPECIFICA GRAVE NA DERMATOMIOSITE: ACERCA DE UM CASO CLÍNICO

I.R. Neves, T. Fonseca, S. Monteiro, M. Meireles, I. Furtado, P. Leuschner

Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: A dermatomiosite (DM) é caracterizada pela diversidade fenotípica - a apresentação clínica pode estar associada a um padrão específico de autoanticorpos e estes podem ser preditores de gravidade. O atingimento pulmonar, nomeadamente a doença do interstício pulmonar (DIL) é muito comum. A avaliação por especialistas na doença intersticial é recomendável para referência precoce a centros de transplantação pulmonar.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso clínico de dermatomiosite com biomarcadores preditores de DIL rapidamente progressiva, cuja avaliação multidisciplinar permitiu um tratamento mais dirigido. Uma mulher de 50 anos com quadro clínico subagudo consistente com DM multisistémica. Apresentou-se com miopatia, alterações cutâneas, fenómeno de Raynaud, artralgiias e dispneia progressiva - identificada insuficiência respiratória e tomografia computadorizada de alta resolução evidenciou padrão em vidro despolido difuso bilateral. Lavado bronco-alveolar compatível com alveolite. Miosite e doença neoplásica foram excluídas. Positividade aos auto-anticorpos MDA-5, SRP e Ro-52 auxiliaram no diagnóstico assumido. Com o início de terapêutica imunossupressora (metilprednisolona em alta dose e ciclofosfamida intravenosa) houve melhoria de todos os atingimentos, à excepção do pulmonar - hipoxemia persistente motivou referência para consulta externa de doenças do interstício pulmonar, integração em programa de cinesioterapia respiratória e imunossupressão mais prolongada. No presente momento a doente está a ser considerada para transplantação pulmonar.

Discussão: Este caso evidencia que doenças multisistémicas como a DM podem ter DIL grave e que o envolvimento inter-especialidades é crucial para diagnóstico e tratamento precoce. O padrão de autoanticorpos pode ser preditor de severidade (anti-MDA-5 é muito específico para DIL grave e progressiva). Salienta-se ainda a importância de reconhecer o espectro clínico das DIL nas doenças do tecido conjuntivo e as suas implicações no diagnóstico e prognóstico. É crucial referência precoce para centros de transplantação pulmonar.

Palavras chave: Dermatomiosite. Doença do interstício pulmonar. Autoanticorpos. Transplante pulmonar.

PE 004. DO INTESTINO AO PULMÃO - UM CASO DE IATROGENIA

C.R. Silvestre, D. Duarte, J. Eusébio, N. André, T. Falcão, A. Domingos

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

Introdução: A messalazina é um fármaco de primeira linha no tratamento da colite ulcerosa ligeira a moderada. A sua toxicidade pulmonar é rara, tal como as manifestações pulmonares das doenças inflamatórias intestinais (DII) e pode desenrolar-se em dias a anos após o início da terapêutica.

Caso clínico: Homem, 74 anos, pedreiro reformado, não fumador, com os diagnósticos de: diabetes *mellitus* e colite ulcerosa sob metformina e messalazina oral, há vários anos. Sem antecedentes pulmonares conhecidos. Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro, com três semanas de evolução, de tosse acessual não produtiva, dispneia e pieira. Após ter sido medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina e posteriormente com levofloxacina não apresentou melhoria clínica. Por persistência das queixas retorna ao SU. À admissão, apirético, eupneico em ar ambiente, com murmúrio vesicular diminuído e ferveores crepitantes na base direita. A gasometria revelou insuficiência respiratória parcial. Analiticamente, 11.300/ μ L leucócitos; 9.350/ μ L neutrófilos; 160/ μ L eosinófilos e proteína C reativa 15,9 mg/dL. Antigenúrias para *Legionella* e pneumococo negativas. A radiografia de tórax, metade inferior dos campos pulmonares, imagem sugestiva de condensação bilateral, mais evidente à direita. Na TC de tórax consolidação extensa no lobo inferior direito com broncograma aéreo e focos de consolidação no lobo inferior esquerdo. Ficou internado e iniciou piperacilina/tazobactam e ciprofloxacina, sem melhoria clínica ou imagiológica. Realizou broncofibroscopia (BFC) com lavado bronco-alveolar (LBA) e biópsias pulmonares transbrônquicas. A histologia revelou infiltrado inflamatório com predomínio de polimorfonucleares e linfócitos, sem células neoplásicas. Os estudos microbiológicos (hemoculturas, LBA e expetoração) foram negativos, bem como os marcadores tumorais. Serologia VIH, avaliação imunológica e ECA também negativos. Iniciou corticoide sistémico com melhoria parcial. Teve alta sob prednisolona 20 mg em desmame durante quinze dias. Um mês depois, retorna ao SU por quadro, com duas semanas de evolução, de tosse produtiva, dispneia, anorexia marcada e períodos de febre. Analiticamente, mantinha parâmetros inflamatórios elevados, destacando-se eosinofilia de 900/ μ L. A avaliação imagiológica do tórax revelou opacidades peribroncovasculares bilaterais, algumas com broncograma aéreo, predominando nos andares superiores. A BFC não revelou alterações e o LBA com 24% eosinófilos; 3% neutrófilos; 16% monócitos; 54% linfócitos. As biópsias pulmonares transbrônquicas revelaram infiltrado inflamatório com predomínio de polimorfonucleares, linfócitos e alguns eosinófilos. Suspeitou-se de hipersensibilidade pulmonar à messalazina, pelo que descontinuou o fármaco e iniciou corticoterapia (1 mg/Kg/dia), verificando-se melhoria clínica, laboratorial e radiológica total passados dois meses.

Discussão: Perante manifestações pulmonares num doente com DII devem considerar-se as seguintes hipóteses diagnósticas: infecção, manifestação extraintestinal da DII ou efeito adverso da terapêutica. A literatura médica descreve cerca de quatro dezenas de casos de toxicidade pulmonar induzida pela messalazina, sendo a pneumonia eosinofílica a forma mais relatada. No presente caso, a melhoria clínica, laboratorial e radiológica após remoção do fármaco apoia o diagnóstico de pneumonia eosinofílica induzida pelo fármaco.

Palavras chave: Messalazina. Eosinofilia. Pneumonia eosinofílica.

PE 005. AS DUAS “GRANDES IMITADORAS” - RELATO DE DOIS CASOS

I. Moreira, A. Magalhães, N. Caires, R. Coelho, S. Alfarroba, A. Borba, J. Cardoso

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

Introdução: A tuberculose e a sarcoidose são ambas doenças crónicas, multissistémicas e granulomatosas, com semelhanças clínico-radiológicas, o que constituiu por vezes uma dificuldade no diagnóstico diferencial entre estas duas entidades, especialmente nas áreas em que há elevada prevalência de tuberculose.

Casos clínicos: Caso clínico 1: homem de 54 anos, natural da Guiné-Bissau, não fumador, trabalhador da construção civil, com diagnóstico há 20 anos de tuberculose pulmonar. Quadro com 4 meses de evolução de cansaço, dispneia para esforços, tosse não produtiva, febre vespertina e perda ponderal de 4 Kg, mas sem insuficiência respiratória. Do estudo complementar, destaca-se: leucopénia, VS aumentada, ECA aumentada, serologias negativas, pesquisa de BAAR na expetoração negativa; na radiografia torácica apresentava padrão micronodular difuso e na TAC torácica apresentava múltiplos pequenos nódulos peribroncovasculares com distribuição miliar, com áreas de consolidação de predomínio central bilaterais com broncograma aéreo e conglomerados hilares bilaterais; pesquisa de células neoplásicas, micobacteriológico, PPJ, BAAR, TAAN e micológico negativos no LBA. Dada a elevada suspeita clínica e radiológica de reactivação de tuberculose, iniciou terapêutica com anti-bacilares de primeira linha. Dada a manutenção sintomática e das alterações imagiológicas, foi enviado a consulta de Pneumologia. Nas PFR moderada alteração ventilatória restritiva (FEV 1 85%, FEV1/FVC 82,61%) sem alteração da difusão. Repetiu broncofibroscopia, cujos exames culturais se mantiveram negativos. Verificou-se predomínio de linfócitos no LBA (73%) e relação CD4/CD8 1,69. As BB e as BPTB revelaram doença inflamatória granulomatosa não necrotizante compatível com sarcoidose. Iniciou corticoterapia com melhoria clínica, radiológica e funcional. Caso clínico 2: homem de 31 anos, natural de Angola, não fumador, trabalhador da construção civil, com diagnóstico de tuberculose pulmonar há um ano. Quadro com cerca de 12 meses de evolução de cansaço, dispneia para médios esforços, tosse produtiva, dor pleurítica, sensação febril e perda ponderal de 10Kg, com insuficiência respiratória grave. Do estudo complementar, destaca-se: leucopénia, VS aumentada, ANA, ENA e IgG aumentados; serologias negativas; pesquisa de BAAR na expetoração negativa; radiografia torácica com padrão micronodular disperso; TAC-TAP com reticulação e bronquiectasias de tração nos lobos superiores, espessamento pleural e micronodularidades bilaterais de distribuição aleatória sem adenopatias mediastínicas e hepatoesplenomegalia com milimétricos nódulos hipodensos sem adenopatias abdominopélvicas; PFR com restrição ventilatória muito grave (FEV 1 25%, FEV 1/FVC 85,52%) com compromisso grave das trocas gasosas (DLCO 19,1%). Na broncofibroscopia, LBA com predomínio de PMN; pesquisa de células neoplásicas, micobacteriológico, BAAR, PPJ e micológico negativos; citometria de fluxo com predomínio de linfócitos (25%) e relação CD4/CD8 2,54; BB sem granulomas mas BPTB com esboço de granuloma e infiltrado inflamatório. Realizou BPTT cujo resultado foi igualmente inconclusivo e complicada de pneumotórax iatrogénico. Realizou biópsia pulmonar do lobo médio e biópsia pleural por videotoracoscopia que mostrou múltiplos granulomas epitelioides não necrotizantes com células gigantes multinucleadas de localização intersticial, subpleural e pleura parietal. Assumiu-se sarcoidose estadio IV (com envolvimento pulmonar, hepático e esplénico), pelo que iniciou corticoterapia sistémica com resolução da insuficiência respiratória, melhoria clínica, radiológica e funcional (FEV 1 42%, FEV1/FVC 84,4%, DLCO 33%).

Discussão: Pretende-se com este trabalho demonstrar a importância da biópsia para confirmação histológica, dadas as semelhanças entre a apresentação clínica e o padrão radiológico nos casos de tuberculose miliar e sarcoidose.

Palavras chave: Tuberculose miliar. Sarcoidose.

PE 006. HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS - UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

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

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

Introdução: As doenças histiocíticas são caracterizadas pela acumulação e infiltração patológica de diferentes órgãos por células de características semelhantes às células de Langerhans, pertencentes à linhagem mielóide. A histiocitose de células de langerhans pulmonar é rara, podendo fazer parte de uma doença multissistémica em até 15% dos casos.

Caso clínico: Doente do género feminino, 19 anos, fumadora (10 UMA), auxiliar de acção médica, enviada a consulta de Ortopedia em 2007 por gonalgia esquerda tipo mecânica com cerca de um ano de evolução. Realizou exames complementares de diagnóstico que revelaram lesão lítica na porção epifisária externa da tibia esquerda, sugestiva de formação quística. Foi submetida a exérese da lesão com estudo histológico que revelou lesão tumoral óssea do tipo fibrohistiocitário, com características de um tumor de células gigantes. Por recidiva do tumor foi submetida a nova cirurgia em 2009. Em 2013 por tumefacção frontal esquerda, supraciliar, com maior crescimento nos 3 anos anteriores, foi enviada a consulta de Neurocirurgia. Realizou TC-CE com evidência de lesão osteoblástica, que após exérese revelou tratar-se de osteoma. Manteve seguimento em Ortopedia com nova recidiva do tumor do joelho esquerdo em 2015 (submetida a cirurgia com necessidade de colocação de prótese total do joelho). Realizadas TC toraco-abdomino-pélvicas seriadas para avaliação de metastização da doença (inicialmente sem alterações). Em TC de março de 2017, em janela de pulmão, evidência de micronodulação de novo em ambos os pulmões, tendo-se pedido TC de reavaliação em outubro de 2017. Esta revelou múltiplos nódulos mal definidos de dimensões variáveis e incontáveis quistos de aspecto bizarro preferencialmente nos lobos superiores e médio - aspecto sugestivo de histiocitose de células de Langerhans. Foi submetida a biópsia pulmonar cirúrgica em dezembro de 2017, que confirmou o diagnóstico. Doente encaminhada para consulta de Interstício Pulmonar, mantendo-se atualmente assintomática sem terapêutica.

Discussão: Os autores destacam neste caso a apresentação pouco frequente desta patologia nesta faixa etária. Chamam a atenção para o facto de se tratar de uma patologia algumas vezes multissistémica que implica uma abordagem multidisciplinar. A detecção das manifestações pulmonares em fase inicial é também de particular interesse e raridade.

Palavras chave: Histiocitose. Langerhans. Interstício.

PE 007. PULMÃO DE COCAÍNA

J. Ferra, S. André, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A exposição pulmonar a partículas inaladas constitui uma causa conhecida de patologia respiratória, devendo fazer parte do diagnóstico diferencial de insuficiência respiratória aguda.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 45 anos, sexo masculino, designer gráfico, fumador (30 UMA), com história de consumo de heroína no passado e actualmente com

consumo esporádico de cocaína inalada. Antecedentes de pneumotórax primário direito aos 25 anos e tuberculose pulmonar na infância. Admitido no Serviço de Urgência por quadro de tosse e dispnéia de agravamento progressivo com 24 horas de evolução, broncospasmo marcado, sem febre. Parâmetros inflamatórios negativos com insuficiência respiratória grave e padrão radiológico de pneumonia intersticial multilobar. Sem melhoria do quadro face às medidas terapêuticas inicialmente instituídas. Tomografia computadorizada de tórax com áreas de densificação do parênquima pulmonar em vidro despolido. A referir consumo de cocaína inalada nas 24 horas que precederam o quadro clínico. Achados imagiológicos são compatíveis com o diagnóstico de pneumonite associada ao consumo agudo de cocaína - pulmão de cocaína/“pulmão de crack”. Instituída terapêutica com corticoterapia sistémica com normalização gasométrica e regressão das alterações imagiológicas inicialmente descritas. As manifestações pulmonares associadas ao consumo de cocaína são heterogêneas podendo ocorrer manifestações agudas ou crónicas. O padrão radiológico mais frequentemente associado ao consumo de cocaína são as alterações em vidro despolido, sendo que os achados podem ser múltiplos e são inespecíficos. Não existe nenhum achado patognomónico, sendo necessária a suspeição clínica associada ao consumo de cocaína. O diagnóstico é, no entanto, incomum, dado que os sintomas respiratórios associados ao consumo de cocaína nem sempre são valorizados e não motivam o recurso aos serviços médicos. A corticoterapia pode ser considerada, apesar de não haverem estudos que a suportem. A evicção dos hábitos toxicófilos constitui o principal tratamento.

Discussão: Os autores partilham o caso clínico fundamentalmente pelo seu aspeto didático.

Palavras chave: *Pneumonite associada a cocaína. Insuficiência respiratória aguda.*

PE 008. DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA. ESTUDO RETROSPECTIVO DE DOENTES SOB TERAPÊUTICA DE REPOSIÇÃO NO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

F. Silva, C. Braço-Forte, A. Alfaiate, S. Carreira, S. Sousa, I. Fernandes, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica por défice de alfa-1 antitripsina (AAT) é uma doença rara. Estima-se que mais de 3 milhões de pessoas por todo o mundo tenham combinações de alelos associadas a deficiência grave. O tratamento de reposição com AAT tem como objetivo manter os níveis de AAT acima do limiar protetor atrasando a progressão da doença.

Objectivos: Os autores apresentam a experiência de cinco doentes sob terapêutica de reposição endovenosa, seguidos no Serviço de Pneumologia no Centro Hospitalar de Setúbal.

Métodos: Foram recolhidos dados retrospectivos de todos os doentes sob terapêutica de reposição com AAT instituída há pelo menos 4 meses, tendo sido incluídos cinco doentes no estudo. Foram analisadas as características demográficas, história familiar, hábitos e estilo de vida e fenótipo dos doentes. Por comparação foram analisados os níveis de AAT e função pulmonar antes e após introdução de terapêutica de substituição.

Resultados: A população é constituída por 2 doentes do sexo masculino e 3 do sexo feminino, 4 ex-fumadores e 1 não fumador. A média de idades atual dos doentes é de 59 anos, com FEV1 médio $1,1 \pm 0,4$ L ($42,8 \pm 11,1\%$), encontrando-se sob terapêutica de reposição há $51,2 \pm 45,5$ meses. Em todos os casos foi observado um aumento do doseamento sérico de AAT após introdução de terapêutica de substituição, no entanto, em apenas um dos doentes se observou um aumento para um valor acima de 80 mg/dl. Foi observada estabilidade clínica, gasométrica e dos valores de FEV1, relação FEV1/FVC e de DLCO após introdução de terapêutica de substi-

tuição em 4 doentes. Num dos 5 doentes incluídos no estudo verificou-se um ligeiro agravamento gasométrico, de FEV1, relação FEV1/FVC e de DLCO, que se justifica pelo facto de ser o doente com maior tempo de evolução da doença, encontrando-se igualmente há mais tempo sob terapêutica de reposição.

Conclusões: Com base nesta pequena casuística, podemos concluir que a nossa experiência é positiva, com benefício clínico e funcional para os doentes sob tratamento de reposição. Tal como se encontra descrito noutros estudos observacionais, foi possível observar um efeito benéfico na função pulmonar, não tendo sido ainda possível observar uma redução na mortalidade.

Palavras chave: *Alfa-1 antitripsina. Doença pulmonar obstrutiva crónica. Terapêutica de reposição.*

PE 009. NOVA MUTAÇÃO DE DÉFICE DE A1-ANTITRIPSINA (Q0SANTANA) ENCONTRADA EM DOENTES NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

R.B. Pinheiro, V. Teixeira, C. Sousa, S. Seixas, R. Nascimento

Hospital Central do Funchal.

A deficiência de $\alpha 1$ -antitripsina é uma doença genética autossómica co-dominante que predispõe essencialmente a doença pulmonar e doença hepática. É provocada por mutações no gene SERPINA1 que alteram a configuração da molécula $\alpha 1$ -antitripsina e comprometem a sua libertação. A fenotipagem de $\alpha 1$ -antitripsina é realizada em amostras de plasma mediante a separação por focagem isoelectrica em gradiente de pH e em presença de amostras controlo de fenótipo conhecido; a proteína é visualizada por coloração geral de proteínas. Em todos os casos é feita ainda a despistagem de alelos raros mediante técnica de PCR-multiplex combinada com RFLP, que permite avaliar a homozigotia para o alelo S e para o alelo Z e detectar heterozigotia para os alelos Mmalton/Mpalermo e Q0ourém. A identificação de outros alelos raros é realizada por sequenciação de DNA de toda a região transcrita do gene da $\alpha 1$ -antitripsina (SERPINA1) sempre que se justifique. Até à data já foram identificados cerca de 100 alelos diferentes, sendo classificados de acordo com os níveis séricos e função molecular da $\alpha 1$ -antitripsina. Os alelos M1, M2 e M3 estão associados com a secreção normal da proteína (100%) não sendo por isso associados a qualquer patologia clínica. O alelo Z é o alelo mais frequentemente identificado, estando associado a secreção diminuída da $\alpha 1$ -antitripsina. Podemos ainda identificar alelos nulos, como o Q0, ou alelos disfuncionais em que existe um nível sérico normal de $\alpha 1$ -antitripsina mas com função reduzida. A deficiência de $\alpha 1$ -antitripsina provocada por alelos nulos está associada com a total ausência da proteína e manifesta-se normalmente por formas mais graves de doença pulmonar. São aqui descritos dois casos de défice de $\alpha 1$ -antitripsina com valores muito baixos de $\alpha 1$ -antitripsina e cujo estudo genético não era coincidente. Foi então identificado um novo alelo denominado Q0Santana (Q0S) que corresponde a uma variante rara provocada pela deleção de uma adenina no codão 278 que conduz à formação de codão de terminação prematuro e à produção de uma proteína truncada. Foram descobertos dois casos de deficiência de $\alpha 1$ -antitripsina na Ilha da Madeira com identificação de Q0S (ZQ0S com níveis de $\alpha 1$ -antitripsina 13 mg/dL e M2Q0S com níveis de $\alpha 1$ -antitripsina 66,8 mg/dL). Esta variante não está descrita na literatura. Trata-se de um alelo de deficiência severa e quando em heterozigotia com alelos de deficiência grave, poderá ser associado com o risco de doença pulmonar no adulto. Em conclusão, é fundamental a pesquisa de mutações raras sempre que os valores de $\alpha 1$ -antitripsina encontrados não sejam coincidentes com o resultado do estudo genético.

Palavras chave: *Défice de $\alpha 1$ -antitripsina. A1-antitripsina. Mutações. Nova mutação. Q0Santana.*

PE 010. PROGRAMA DE CESSAÇÃO TABÁGICA NUM HOSPITAL CENTRAL: EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS

A.A. Santos, I.C. Oliveira, J. Carvalho, R. Campanha, C. Guimarães, M. Fradinho, C. Matos, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz-Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Objectivos: Analisar as características demográficas, níveis de dependência e de motivação de uma população admitida no programa de cessação tabágica de um Hospital Central.

Métodos: foi conduzido um estudo observacional, retrospectivo, no qual os dados foram recolhidos dos registos clínicos da consulta de cessação tabágica entre os anos de 2011 e 2016. Os dados recolhidos diziam respeito às características demográficas, número de unidades maço-ano, dependência da nicotina (avaliada pelo teste de Fagerstrom), motivação para suspender o consumo (avaliada pelo teste de Richmond). A análise estatística foi conduzida através do software Excel.

Resultados: 669 indivíduos foram incluídos no estudo: 334 do sexo masculino e 335 do sexo feminino. A idade média foi de $50,9 \pm 12,2$ anos. O nível educacional dos pacientes foi registado em 616 indivíduos: 10 eram analfabetos, 277 tinham o ensino básico, 150 o ensino secundário e 186 o ensino superior. O consumo de tabaco, em unidades maço-ano (UMA), foi estratificado em 3 grupos: 178 indivíduos tinham um consumo inferior a 30 UMA, 312 entre 30 e 59 UMA e 167 tinham um consumo igual ou superior a 60 UMA. Em 638 doente foi avaliada a motivação para suspender o consumo de acordo com o teste de Richmond que qualifica a motivação em 3 níveis: baixa - $n = 313$, intermédia - $n = 273$, elevada - $n = 52$). Do total dos participantes, 611 tiveram avaliação da dependência de nicotina pelo teste de Fagerstrom - qualificando o nível de dependência em baixo ($n = 98$), intermédio ($n = 290$) ou elevado ($n = 263$).

Conclusões: Os autores consideram importante a reflexão acerca da população acompanhada nos programas de cessação tabágica de modo a conhecer e explorar as suas características no sentido de ajustar a abordagem à população. Serve como ponto de reflexão também o facto de o número de doentes com motivação elevada ser francamente baixo, salientando-se a importância preponderante de se agir sobre a motivação da população. Bem como de formar os restantes profissionais de saúde para um investimento na motivação encaminhamento adequado.

Palavras chave: *Tabagismo. Motivação.*

PE 011. PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO PULMONAR - QUÃO RARO É?

M.I. Costa, J. Gomes, P. Vicente, J.P. Braga

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: Os tumores miofibroblásticos inflamatórios (TIM) do pulmão, também descritos na literatura como pseudotumores inflamatórios, são lesões pulmonares raras de etiologia desconhecida. Podem também ocorrer em outros tecidos como a tiroide, fígado, baço ou gânglios linfáticos, mas o envolvimento pulmonar é o mais comum. Apresentam-se dois casos de TIM diagnosticados durante o ano passado num hospital universitário português.

Casos clínicos: Homem de 52 anos, não fumador avaliado por clínica de tosse com expectoração mucosa em agravamento ao longo de meio ano, no último mês associada a febre baixa e perda de peso de cerca de 2 kg. Estudo complementar com TC torácico a documentar massa pulmonar hilar direita. Realizada broncofibroscopia e biópsia transbrônquica da lesão, sem evidência de células malignas. Massa pulmonar com hipercaptação em PET scan tendo-se realizado biópsia transtorácica cuja análise excluiu a presença de malignidade. Atendendo à alta suspeita de neoplasia pulmonar, o caso foi discutido com equipa de cirurgia torácica e a cirurgia toracos-

cópica videoassistida (VATS) foi realizada. Sem sinais macroscópicos de neoplasia durante o procedimento e avaliação extemporânea de gânglio excisado não mostrou envolvimento neoplásico. Biópsia pulmonar a documentar infiltrado inflamatório crónico sem características específicas. Mantida vigilância clínica e imagiológica. Repetida broncofibroscopia a atestar infiltração da mucosa do esporão do lobo superior direito. Biópsia da lesão endobrônquica com resultado anatomopatológico compatível com TIM. Após reavaliação por cirurgia torácica o doente foi submetido a lobectomia superior direita com anatomia patológica da peça cirúrgica, mostrando que a lesão era de fato um tumor pseudoinflamatório. Homem de 63 anos, com antecedentes de lobectomia superior esquerda por adenocarcinoma. Durante o *follow-up* realiza TC torácico que documenta massa da pleura costal esquerda compatível com metastização pleural. PET scan com hipercaptação na lesão previamente descrita. Estudo anatomopatológico de biópsia transtorácica a excluir metastização de adenocarcinoma e a evidenciar proliferação fibroblástica/miofibroblástica.

Discussão: Os TIM são lesões pulmonares raras compreendendo menos de 1% de todas as lesões pulmonares ressecadas cirurgicamente. Desconhece-se se são um processo inflamatório primário ou uma malignidade de baixo grau com uma resposta inflamatória acentuada. As manifestações clínicas são diversas, variando desde doentes assintomáticos a quadros inespecíficos como tosse, dispneia, toracalgie ou hemoptises. O diagnóstico requer um exame histológico para a diferenciação correta de outras lesões malignas ou infecciosas. As biópsias transbrônquicas raramente são diagnósticas dado que os TMI endobrônquicos representam menos de 5% dos casos. Geralmente o diagnóstico é obtido com a ressecção cirúrgica, abordagem preferível uma vez que a ressecção completa é quase sempre curativa. No entanto os TMI têm uma história amplamente variável, desde um curso benigno a massas às vezes invasivas, podendo, raramente, ocorrer metástases à distância. Mesmo após a ressecção cirúrgica, recomenda-se o seguimento de longo prazo, pois há relatos de recorrência até 11 anos após a ressecção.

Palavras chave: *Pseudotumor inflamatório. Proliferação miofibroblástica.*

PE 012. USO DA MITOXANTRONA COM AGENTE DE PLEURODESE EM DERRAMES PLEURAIIS SECUNDÁRIOS A CARCINOMA DO PULMÃO

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

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Cova da Beira.

Introdução: Em doentes com mais de 50 anos cerca de 40% dos derrames pleurais são causados por patologia maligna. A neoplasia mais comum é o cancro do pulmão sendo responsável por 37% dos casos. O tratamento é a pleurodese química com um agente esclerosante, geralmente é paliativo e o objetivo é melhorar a qualidade de vida do doente. O talco é o agente esclerosante mais comum, pois é efetivo em prevenir recidivas taxa de sucesso de 70 a 100%. No entanto estão descritos alguns feitos secundários associados, nomeadamente: dispneia, febre, dor torácica, atelectasias, pneumonia, arritmias, empiema e insuficiência respiratória. A farmácia da nossa instituição não consegue garantir a esterilização do talco, assim sentimos a necessidade de recorrer a outro agente. Um agente esclerosante alternativo é a mitoxantrona.

Objectivos: Este estudo retrospectivo tem como objetivo descrever o uso da mitoxantrona como agente esclerosante na pleurose química num grupo de doentes com neoplasia do pulmão.

Métodos: Foram incluídos doentes com derrame pleural secundário a neoplasia do pulmão submetidos a pleurodese química com mito-

xantrona entre 2007 e 2016. Foi inserido um dreno torácico e quando a drenagem era inferior a 200 ml/24h foi instilada a mitoxantrona, cuja dosagem se calculava pela superfície corporal do doente. O dreno foi desclampado após 6h. Realizou-se *follow-up* com Rx do tórax às 24h e de 3 em 3 semanas. O sucesso da pleurodese foi definido pela recidiva ou não do derrame, tendo sido registadas as complicações.

Resultados: Foram incluídos 24 doentes com derrame pleural neoplásico secundário a cancro do pulmão. A taxa de sucesso global foi de 37%. Relativamente às complicações registaram-se 3 pneumotórax. Nenhum doente se encontrava vivo à data do estudo.

Conclusões: A neoplasia do pulmão é a principal causa de derrame pulmonar maligno. Cerca de 15% dos doentes com neoplasia do pulmão apresenta derrame pleural à data do diagnóstico. A pleurodese é um procedimento realizado em contexto paliativo do carcinoma do pulmão. Este estudo foi conduzido num grupo de doentes com derrame pleural secundário a neoplasia do pulmão e foi selecionada a mitoxantrona, como agente esclerosante, pela indisponibilidade da utilização do talco, pelo que sentimos necessidade de recorrer a outro agente. Os resultados demonstram, tal como em estudos anteriores que a mitoxantrona é um agente seguro, sem grandes efeitos secundários ou complicações para a realização de pleurose química, no entanto, no nosso estudo a sua eficácia revela-se inferior à do talco. A taxa de sucesso da mitoxantrona neste estudo é muito inferior à encontrada noutros estudos semelhantes. Isto pode dever-se ao facto do tempo de clampagem do dreno ser de apenas 6h, vs 48h noutros estudos. Salienta-se no entanto o perfil seguro da mitoxantrona e o facto de esta poder ser utilizada quando o talco não está disponível.

Palavras chave: Derrame pleural. Cancro do pulmão. Mitoxantrona. Pleurodese.

PE 013. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO EGFR POSITIVO-PROGRESSÃO APOS TKI A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

S. Silva, C. Costa, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: O adenocarcinoma é, atualmente, o tipo histológico mais frequente de cancro do pulmão. O *epidermal growth factor receptor* (EGFR) mutado está presente em cerca de 10% dos adenocarcinomas, sendo que, em mais de 70% dos casos, estes doentes tendem a responder positivamente ao tratamento com inibidores da tirosina cinase (TKIs). Contudo, a resistência aos TKIs emerge inevitavelmente entre 10-14 meses após início da terapêutica. Felizmente, na maioria dos casos, a progressão é devido ao aparecimento da mutação de resistência, T790m, para o qual temos terapêutica dirigida, um TKI de 3ª geração. À semelhança da terapêutica de 1ª linha, na maioria dos casos, a resposta é muito positiva com duração de cerca de 10 a 24 meses. A progressão rápida da doença T790m positiva ocorre numa percentagem reduzida de doentes e representa um desafio clínico importante.

Caso clínico: Mulher, 46 anos de idade, secretária, não fumadora, apresentou-se no serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria em outubro de 2016, por dor intensa no 1/3 inferior do hemitórax direito associada a diminuição do murmúrio vesicular à direita e aumento dos parâmetros inflamatórios. Radiologicamente apresentava opacificação da base direita, pelo que foi diagnosticada pneumonia da base direita e medicada para ambulatorio de acordo. Por persistência da dor torácica, retornou ao serviço de urgência, onde se verificou agravamento radiológico com derrame pleural, tendo sido encaminhada para consulta de Pneumologia para estudo. Fez TC torácica que mostrou, para além do derrame pleural, uma massa hilar direita de contornos irregulares e nódulos perihilares. Em PET TC verificou hiper captação a nível das lesões assim como a nível

ósseo. Foi realizada videobroncoscopia, cujas biópsias revelaram adenocarcinoma primitivo do pulmão, EGFR positivo. O estadiamento revelou tratar-se de um T4N2M1c-estadio IVB. Em abril de 2017, iniciou terapêutica com TKI de 1ª geração (gefitinib, e posteriormente erlotinib por iatrogenia hepática), com excelente resposta clínica e resposta imagiológica parcial, mantendo-se estável até um total de 13 meses. Verificou-se, nesta altura, uma rápida progressão da doença, nomeadamente a nível pleural com invasão da parede torácica. Foi submetida a toracoscopia para rebiópsia que revelou a presença da mutação T790m, pelo que iniciou TKI de 3ª geração - osimertinib. Apesar da terapêutica dirigida, não se obteve a resposta positiva previsível apresentando sinais clínicos (toralgia de muito difícil controlo) e imagiológicos compatíveis com progressão da doença com necessidade de radioterapia urgente para controlo da dor. Foi iniciada quimioterapia (duplete de platina), a aguardar pesquisa de mecanismos de resistência ao osimertinib. Com as medidas instituídas verificou-se ligeira melhoria, quer clínica quer imagiológica, que mantém até à data.

Discussão: A progressão rápida da doença T790m positiva ocorre numa percentagem reduzida de doentes e representa um desafio clínico importante, tal como o caso apresentado. O mecanismo de resistência mais frequente é a mutação C797S e dos únicos em que há uma opção terapêutica com maior evidência. Infelizmente, na prática clínica, perante casos de doença agressiva é necessário atuar rapidamente. Com a terapêutica instituída parece-nos haver uma melhoria clínica e imagiológica enquanto a doente aguarda resultados para melhor orientação terapêutica.

Palavras chave: Adenocarcinoma EGFR Positivo. T790m. Progressão após TKI.

PE 014. HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA DO PULMÃO, E AGORA?

M. Braz¹, A.C. Ferreira¹, S. Cunha², F. Barata¹

¹Serviço de Pneumologia B, Hospital Geral-CHUC. ²Serviço de Cirurgia Cardiorádica, CHUC.

Introdução: a hiperplasia adenomatosa atípica do pulmão é uma lesão pré-maligna, pouco frequente na população em geral. Os achados da tomografia computadorizada (TC) são opacidades em vidro despolido persistentes. O diagnóstico diferencial deve incluir outras lesões com malignidade potencial.

Caso clínico: Mulher de 55 anos referenciada a consulta de pneumologia por TC torácica (04/2016) com nódulo com sugestão de cavitação no LSE associada a mais nódulos em vidro despolido. Com síndrome constitucional com 1 ano de evolução, motivo pelo qual realizou estudo no médico assistente incluindo TC torácica supracitada. Sem história de viagens recentes. Sem sudorese nocturna. Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Repetida TC torácica (03/08/2017) com noção de aumento das lesões: “Dispersas no parênquima pulmonar observam-se várias formações vagamente nodulares, em vidro despolido, sobretudo nos lobos superiores, individualizando-se de forma mais bem definida, no LSE, nódulo com cerca de 9 mm, de limites esfumados, com aparente broncograma aéreo - natureza infecciosa? Tumoral? (...)” Analiticamente (03/08/2017): hemograma, coagulação, função renal, hepática e ionograma sem alterações, estudo auto-imune negativo VS 13 mm/h SACE 69U/L. Broncoscopia (08/08/2017) sem alterações endobrônquicas de relevo. Realizado lavado broncoalveolar: celularidade 82,0/mm³. Macrófagos 81,0%. Linfócitos totais 5,0%, cultura polimicrobiana e negativo para *M. tuberculosis* e citologia de aspirado brônquico negativa para células malignas. Estudo funcional respiratório e gasimetria arterial sem alterações de relevo. Realizada biópsia cirúrgica a 18/08/2017, cujo resultado da anatomia patológica: “Hiperplasia adenomatosa atípica - lobo inferior do pulmão esquerdo. Tecido linfóide terciário - lobo superior e inferior do

pulmão esquerdo". Dada natureza pré-maligna das lesões mantém-se seguimento em consulta com vigilância imagiológica de restantes nódulos em vidro despolido

Discussão: A hiperplasia adenomatosa atípica do pulmão é considerada uma lesão precursora do adenocarcinoma do pulmão, que se manifesta imagiológicamente como nódulos em vidro despolido, é crucial identificar e seguir estes doentes adequadamente. No futuro mais conhecimento científico poderá melhorar o seu diagnóstico, acompanhamento e tratamento.

Palavras chave: Hiperplasia adenomatosa atípica do pulmão. Opacidades em vidro despolido.

PE 015. TOXICODERMIA SECUNDARIA AO PEMETREXEDE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.J. Araújo, F. Aguiar, R. Pereira, J. Lages, L. Ferreira, J. Cunha
Hospital de Braga.

Introdução: A pele é um dos principais órgãos afetados pelos efeitos adversos da quimioterapia. O Pemetrexede é um fármaco aprovado para tratamento médico de primeira linha do cancro do pulmão de não pequenas células, não escamoso, em estadio avançado ou metastático. Está frequentemente associado a certas reações adversas como a mielossupressão, disfunção do trato digestivo e reações cutâneas. A maioria das reações cutâneas ocorrem logo após a administração do fármaco.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher não fumadora de 63 anos, sem antecedentes médicos de relevo, que foi referenciada ao hospital por uma adenopatia cervical/supraclavicular. A doente não apresentava qualquer tipo de queixa e ao exame físico objetivou-se uma tumefação não dolorosa na região supraclavicular esquerda. Biópsias da tiróide e do gânglio supraclavicular demonstraram respectivamente um nódulo benigno e metástase de adenocarcinoma compatível com primário do pulmão (TTF1 positivo, EGFR e ALK negativo). Realizou uma TAC de tórax que revelou adenopatias mediastínicas e axilares, um nódulo de 20 mm espiculado no lobo superior direito. Estudo por PET que mostrou áreas de captação heterogêneas de 18-FDG (fluorodesoxiglucose) na região latero-cervical esquerda e nas adenopatias mediastínicas e axilares. A tiróide e o nódulo pulmonar não apresentavam captação de 18-FDG. Foi realizada uma biópsia pulmonar transtorácica que não mostrou envolvimento neoplásico. Apesar de não haver confirmação histológica da neoplasia pulmonar, este foi considerado o diagnóstico mais provável e a doente começou tratamento com pemetrexede e carboplatino, tendo completado 4 ciclos. Dado ter apresentado resposta parcial, manteve-se o pemetrexede em monoterapia. Após a administração do 11º ciclo de pemetrexede, apareceram lesões cutâneas puriginosas e violáceas nas nádegas com posterior progressão para o dorso das coxas. A doente foi medicada com corticóide tópico e suspendeu o tratamento com pemetrexede, com melhoria significativa das lesões. Foram excluídas doenças infecciosas e auto-imunes e foi realizada uma biópsia cutânea que foi compatível com toxicodermia. Dada a relação temporal, a exclusão de outras causas e a boa resposta à suspensão da terapêutica, o diagnóstico mais provável é o de toxicodermia secundária ao pemetrexede.

Discussão: No caso descrito, o aparecimento da toxicodermia foi tardio, ao contrário do que está descrito na literatura, em que as reações cutâneas costumam aparecer de forma muito precoce após a administração do fármaco. Apesar de não ser habitual, nos casos em que há reações cutâneas, é importante considerar esta hipótese diagnóstica, principalmente quando todas as outras foram excluídas. Nestes casos, exames específicos como a biópsia cutânea podem ajudar no diagnóstico.

Palavras chave: Toxicodermia. Pemetrexede.

PE 016. UM CASO RARO DE UM SCHWANNOMA BRÔNQUICO

M.I. Luz, R. Costa, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Introdução: Schwannoma é uma neoplasia mesenquimal, habitualmente solitária, encontrada mais frequentemente ao nível do mediastino e peritoneu, sendo raro o seu aparecimento a nível brônquico. Relatamos o caso de um paciente com um nódulo pulmonar direito com características de malignidade, detectado em TC de tórax. Na investigação etiológica desta lesão cujo o exame anatomopatológico revelou um carcinoma pavimento-celular detectou-se através de Broncofibroscopia uma lesão nodular no BPE cujo diagnóstico anatomopatológico foi de schwannoma benigno da parede brônquica.

Caso clínico: RR, sexo masculino, raça caucasiana, 82 anos, taxista reformado. Ex-fumador (60 UMA). Antecedentes pessoais de DPOC, HTA e dislipidemia. Encontrava-se assintomático até um ano antes do internamento no serviço, altura em que iniciou queixas astenia moderadas esforços, tosse com expectoração mucosa e pieira. Negava perda ponderal, disfonia e toracalgia ou outros sintomas. Realizou TC Torácica que demonstrou lesão com contornos espiculados do LSD com 25 x 12 mm. Posteriormente realizou uma broncofibroscopia, onde se evidenciava na árvore brônquica direita alargamento do esporão do lobo superior e na árvore brônquica esquerda na porção terminal do BPE uma lesão nodular tendo-se realizado biópsias brônquicas a este nível. Na biópsia brônquica documentou-se um tumor da bainha do nervo periférico com características de benignidade. A PET-CT mostrou hipercaptação de FDG-18F e elevada grau de suspeição de malignidade no nódulo pulmonar no segmento anterior do LSD com actividade metabólica (SUVmax = 9. > 11). Posteriormente realizou biópsia aspirativa transtorácica (BATT) do nódulo do LSD e a citologia obtida foi compatível com carcinoma pavimento-celular (CPC). O doente foi encaminhado para oncologia e iniciou quimioterapia.

Discussão: Relatamos portanto um caso de um paciente com schwannoma brônquico benigno cujo diagnóstico foi um achado na broncofibroscopia pedida em contexto de investigação de uma lesão com contornos espiculados do LSD. A histologia da lesão no LSD obtida por BATT foi de CPC e a histologia da lesão do BPE foi um Schwannoma brônquico benigno.

Palavras chave: Schwannoma. Endobrônquico. Doença rara.

PE 017. UMA APRESENTAÇÃO RARA DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

P.G. Brás¹, A.T. Costa², F. Quaresma², M.B. Jesus²

¹Serviço de Cardiologia; ²Serviço de Medicina Interna-Unidade Funcional, Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: As neoplasias malignas do pulmão podem estar associadas a síndromes paraneoplásicas, que incluem manifestações neurológicas, hematológicas ou mesmo endocrinológicas, consoante o tipo histológico do tumor. Apresentamos um caso de manifestação paraneoplásica endocrinológica do carcinoma do pulmão de pequenas células, com impacto prognóstico e que condicionou o desfecho clínico.

Caso clínico: Homem de 85 anos com história de carcinoma da próstata sob hormonoterapia, doença renal crónica, hipertensão arterial, obesidade, ex-fumador (60 unidades maço-ano). É admitido no serviço de urgência com quadro de uma semana de evolução de astenia e toracalgia esquerda. À observação encontrava-se eupneico, com PA 185/85 mmHg e edema maleolar bilateral. Analiticamente leucocitose (15.970 x 10⁹/µL), glicémia 178 mg/dL e hipocaliémia (2,5 mEq/L). A radiografia de tórax mostrou hipotransparência heterogênea no lobo inferior direito. A TC torácica revelou

lesão nodular do lobo inferior direito, adenopatias homolaterais e subcarinais, redução do calibre dos brônquios intermediário, lobar médio e lobar inferior, e nódulo hipodenso da glândula supra-renal esquerda. Durante o internamento manteve perfil tensional hipertensivo, perfil glicémico elevado e hipocaliemia persistente, refractários à terapêutica instituída. O estudo endocrinológico mostrou elevação da hormona adrenocorticotrófica (ACTH): 149,0 pg/mL (0-46), do cortisol sérico: 57,80 µg/dL (2,90-17,30) e do cortisol urinário: > 2.509 µg/24h (4,3-176). TC-CE não revelou envolvimento da hipófise. Admitiu-se o diagnóstico de síndrome de Cushing paraneoplásico. Para caracterização da massa lobar inferior direita realizou broncofibroscopia que revelou lesão infiltrativa da árvore brônquica. Foram colhidas biópsias sendo a histologia compatível com carcinoma de pequenas células. Durante o internamento manteve edema significativo dos membros inferiores, sendo a terapêutica diurética condicionada pela hipocaliemia refratária e agravamento da disfunção renal. Após discussão em equipa multidisciplinar foi decidida radioterapia paliativa e encaminhamento a equipa de cuidados paliativos; contudo o doente apresentou agravamento clínico progressivo, com instalação de insuficiência respiratória, vindo a falecer antes do início de radioterapia, após quatro semanas de internamento.

Discussão: O síndrome de Cushing paraneoplásico é uma entidade rara que resulta da secreção ectópica de ACTH, podendo ser a manifestação inicial de um tumor do pulmão. Os tipos histológicos mais frequentemente associados são o carcinoma de pequenas células e tumores carcinóides. A maioria dos doentes com este síndrome apresenta-se em fase avançada da doença, sendo o prognóstico influenciado pelo subtipo histológico e a gravidade do hipercortisolismo.

Palavras chave: Síndrome de Cushing. Síndrome paraneoplásico. Carcinoma de pequenas células do pulmão.

PE 018. SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL EM DOENTE COM NEOPLASIA DO PULMÃO

J.V. Martins, A. Cysneiros, I. Correia, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Existem diversos relatos da síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES) desde que foi publicada pela primeira vez por Hinchey em 1996. Radiologicamente, é caracterizada por um achado na ressonância magnética de edema bilateral envolvendo a substância branca, atingindo os territórios vasculares posteriores (lobos parietais e occipitais). Os achados clínicos incluem cefaleia, alterações da consciência, epilepsia e náusea. A sintomatologia e as alterações radiológicas são completamente reversíveis, quando corrigida atempadamente a causa subjacente.

Caso clínico: Homem de 82 anos, com necessidade de apoio para as actividades da vida diária, ex-fumador de 65 UMA, com antecedentes de hipertensão arterial controlada, dislipidemia e nódulo pulmonar de 32 mm no lobo superior esquerdo em estudo no Instituto Português de Oncologia. Foi internado por hemiparesia direita, cegueira cortical, mioclonias no hemisfério direito, desvio oculocéfalo para a direita e tensão arterial de 180/100 mmHg. Foi realizado Tomografia computadorizada craneoencefalica que revelou hipodensidade occipital bilateral e frontal esquerda de limites indefinidos, não sugestivas de lesão vascular e RM craneoencefalica que mostrou lesões sugestivas PRES. Durante o internamento foi verificado um agravamento clínico progressivo. Foram excluídas causas neurológicas para a deterioração clínica, a tensão arterial manteve-se controlada desde o primeiro dia de internamento, não foi identificado vasospasmo arterial na avaliação por doppler transcraniano seriado, verificou-se uma resolução progressiva da actividade epiléptica com a terapêutica anti-epiléptica instituída e foi realizada punção lombar que excluiu infecção do sistema central.

Pela persistência da deterioração clínica e secreções brônquicas hemáticas foi pedida TC tórax que identificou massa no lobo superior do pulmão esquerdo, com imagens sugestivas de metastização pulmonar bilateral e óssea. Por agravamento rápido do estado clínico, sem condições para realização de broncofibroscopia para confirmação do diagnóstico, foi decidido iniciar tratamento paliativo e o doente acabou por falecer ao 10º dia de internamento.

Discussão: A PRES é desencadeada por vários fatores, incluindo hipertensão, insuficiência renal, fármacos e doenças autoimunes, mas nenhum mecanismo preciso foi identificado. Hipóteses plausíveis incluem autorregulação cerebral reduzida e comprometimento da barreira hematoencefálica devido ao dano das células endoteliais vasculares, o que pode levar a edema vasogénico. Neste caso que vos apresento, nenhum dos fatores desencadeantes usuais foi identificado, aumentando a suspeita da nossa teoria de que a PRES foi provavelmente de etiologia paraneoplásica. Os mecanismos envolvidos na PRES paraneoplásica são provavelmente imunomediados e encontram-se no mesmo espectro de distúrbios que incluem as leucoencefalopatas paraneoplásicas. Na maior série retrospectiva sobre PRES, a malignidade esteve presente em 32% dos pacientes, devendo ser considerada a etiologia paraneoplásica em casos de PRES de etiologia indeterminada.

Palavras chave: Encefalopatia posterior reversível. Neoplasia do pulmão. Síndrome paraneoplásico.

PE 019. DOENÇA LOCALMENTE AVANÇADA - O DESAFIO DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A.A. Santos, C. Guimarães, C. Matos, J.M. Correia, F. Nogueira

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

Introdução: Apesar dos avanços científicos constantes na área, o cancro do pulmão é a neoplasia com maior taxa de mortalidade em Portugal. Frequentemente diagnosticada em estádios avançados, continua a acarretar um prognóstico reservado, sobretudo nos doentes que não têm indicação/condições cirúrgicas.

Caso clínico: Homem de 58 anos de idade, reformado (queijeiro), ex-fumador há cerca de 15 anos, com carga tabágica estimada em 50 unidade-maço-ano. Diagnóstico de carcinoma epidermoide do pulmão por biópsia brônquica em broncofibroscopia realizada em junho de 2015 - nódulo hilar/central inferior direito, com invasão das estruturas hilares e parte do mediastino; em localização ligeiramente superior, presença de outro nódulo a invadir a parede posterior e postero-lateral, com destruição do 7º arco costal e com dimensões de 6 × 7 cm. O restante estadiamento foi negativo, assumindo-se um estadio IIIA - T4N1M0. Foi então encaminhado de outra instituição para a consulta de Pneumologia Oncológica do nosso hospital para prosseguir avaliação e tratamento. Neste contexto, repetiu broncofibroscopia que apresentava obstrução completa do brônquio principal direito por massa irregular e abundantemente sangrante ao toque. Realizou broncoscopia rígida: efetuada fotocoagulação com laser e ressecção da massa. Constatou-se que o brônquio lobar superior direito e o brônquio intermediário estavam reduzidos a uma fenda, permitindo a progressão do fibros-cópio. No lobo inferior direito todos os segmentares estavam permeáveis, com exceção do apical, que se encontrava infiltrado. Foi colocada prótese no brônquio intermediário. Em reunião multidisciplinar considerou-se inexequível a opção cirúrgica por impossibilidade técnica. Em agosto/2015 iniciou quimioterapia de primeira linha com carboplatino e vinorelbina, que cumpriu sem intercorrências significativas durante 6 ciclos (até janeiro/2016). A reavaliação por PET-TC após quimioterapia revelou desaparecimento da lesão hipermetabólica do pulmão direito (com correspondente desaparecimento da lesão na componente de TC). Apresentava apenas muito discreto hipermetabolismo na região da fratura do 7º arco costal

posterior direito - atribuível a calo ósseo. Sem outros focos de hipermetabolismo. Optou-se por retirar a prótese brônquica, sem intercorrências, tendo-se observado hiperemia da mucosa da pirâmide basal direita e segmento apical que foram biopsados - não tendo havido evidência de neoplasia. Sucessivas reavaliações desde março de 2016 revelam ausência de doença ativa, mantendo apenas expressão bronquiolectásica e bronquiectásica por tração em topografia postero-basal. O doente mantém-se assintomático e em vigiância em consulta de Pneumologia Oncológica.

Discussão: Os autores realçam este caso clínico como reflexo de uma doença oncológica avançada que, com recurso a terapêutica brônquica endoscópica e quimioterapia, apresentou uma evolução clínica muito favorável que é pouco frequente em situações semelhantes. Enfatiza-se a necessidade de abordagem multidisciplinar na avaliação destes doentes, por vezes com necessidade de recurso a várias técnicas diagnósticas e terapêuticas, de modo a melhorar o prognóstico e qualidade de vida dos doentes com neoplasias do pulmão.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Quimioterapia. Endoscopia brônquica.

PE 020. UM CASO ATÍPICO DE DOR NEUROPÁTICA

C. Nunes, A. Guiomar

USF Emergir, ACES Cascais.

Introdução: O presente caso tem como início uma história de dor neuropática, sintoma este que se veio a revelar de etiologia pulmonar maligna. Aqui, a colheita de uma adequada anamnese, exame objectivo e a vigilância da evolução clínica revelaram-se indispensáveis para uma adequada articulação com os demais cuidados secundários.

Caso clínico: Utente de 44 anos, sexo feminino, fumadora de 20 unidades maço-ano (UMA), recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dor neuropática tipo ardor localizada à região axilar direita com irradiação para o ombro, região precordial e omoplata homolateral, de agravamento com a flexão torácica e elevação do ombro. Estabelecido o diagnóstico de zona apesar de não apresentar lesões cutâneas, sendo medicada sem melhoria sintomática. Três meses depois recorre à sua médica de Família (MF) por manutenção das queixas com dor cada vez mais intensa, sem resposta à analgesia com opióides e pregabalina em doses progressivamente aumentadas, nessa altura sem outra sintomatologia associada. É mais uma vez ajustada a terapêutica, sendo referenciada às consultas de Neurologia e Dor. É entretanto observada em consulta de Neurologia, tendo alta da mesma, pelo que três meses depois recorre novamente à MF com manutenção das queixas, surgindo a suspeita de outra etiologia para as mesmas. Pedem-se novos exames para investigação, nomeadamente mamografia, radiografia da coluna cervical e dorsal e avaliação analítica, os quais não apresentam alterações de relevo. É então pedida TC da coluna cervical e dorsal, a qual revela uma opacificação por tecido com densidade de partes moles ao nível do segmento póstero-superior da cavidade torácica direita, a merecer estudo dirigido. Pede-se então TC de tórax, a qual revela um espessamento pleural apical ao lobo superior direito de natureza indeterminada, vários micronódulos dispersos pelo parênquima pulmonar com dimensões médias de 2 mm no lobo superior direito (LSD), lobo inferior direito (LID) e lobo inferior esquerdo (LIE) e nódulo dominante de 5mm no lobo médio (LM), bem como tiróide globosa, heterogênea, de expressão mergulhante e nódulos de 20 mm no lobo esquerdo (LE) e istmo. Nesta altura inicia queixas respiratórias com tosse seca e emagrecimento de 8 Kg. É entretanto encaminhada para as consultas de Cirurgia Cardiorádica e Pneumologia, sendo realizada biópsia pulmonar que revela adenocarcinoma de histogénese não determinável (estadio T3N0M0) e PET-TC que mostra um importan-

te espessamento pleural apical direito, com captação intensa. Em reunião multidisciplinar decide-se pela realização de RMN de tórax e início de terapêutica de indução.

Discussão: O caso clínico descrito serve de alerta para uma apresentação pouco frequente de adenocarcinoma pulmonar que pode facilmente ser confundida com outras etiologias e condicionar atraso no diagnóstico, comprometendo o tratamento e eventualmente o prognóstico do mesmo. Para além disso, revela-se aqui a importância da MF na gestão de recursos no sistema de saúde.

Palavras chave: Adenocarcinoma. Dor neuropática.

PE 021. NEUTROPENIA FEBRIL E CANCRO DO PULMÃO - A REALIDADE DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

I. Moreira, A. Magalhães, S. Alfarroba, J. Cardoso

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

Introdução: A neutropenia febril continua a ser uma complicação frequente em pacientes oncológicos sob tratamento com quimioterapia, comprometendo a evolução da doença.

Objectivos: Avaliar a neutropenia febril induzida por fármacos em doentes e que motivaram internamento em doentes com neoplasia do pulmão.

Métodos: Estudo retrospectivo de casos no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2016 no CHLC. As variáveis foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado, teste T independente, Mann Whitney ou ANOVA; a significância estatística foi admitida para $p < 0,05$.

Resultados: Foram identificados 15 casos de neutropenia febril, dos quais 86,7% (n = 13) eram do sexo masculino, com média de idade de 70,1 anos. Dentre estes, 10 casos eram de adenocarcinoma, 3 casos de carcinoma de pequenas células, 1 caso de carcinoma de grandes células e 1 caso de mesotelioma. 46,7% (n = 7) estavam no estadio IV. A hospitalização teve uma mediana de 11 dias. A fonte de infeção foi respiratória em 60% (n = 9) dos casos, urinária em 3 casos, gastrointestinal, do sistema nervoso central e bacteremia em 1 caso. No total, houve 5 isolamentos microbiológicos: 3 agentes gram negativos, 1 agente gram positivo e 1 fungo. 7 casos tinham regimes de quimioterapia com risco intermediário de neutropenia febril (10% a 20%). De acordo com o MASCC Risk Index Score, 40% (n = 6) apresentavam alto risco e 20% (n = 3) baixo risco de complicações. 14 casos receberam antibioterapia empírica de amplo espectro, dos quais 2 foram de escalada para antibióticos dirigidos. 1 caso foi considerado paliativo. O GM-CSF foi usado para tratamento em 1 caso. A taxa de mortalidade foi de 26,7% (n = 4), com 3 casos de choque séptico e 1 caso de progressão da doença.

Conclusões: Apesar do pequeno número de casos, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a mortalidade e o MASCC Risk Index Score ($p = 0,01$), o estadio da doença ($p = 0,03$) e a infecção respiratória ($p = 0,036$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a mortalidade e a idade, o valor de neutropenia ou a duração da hospitalização.

Palavras chave: Cancro do pulmão. Quimioterapia. Neutropenia febril. Mortalidade.

PE 022. CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS IIIA - CINCO ANOS DE VIDA REAL

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

Serviço de Pneumologia, CHUC-Hospital Geral.

Introdução: O estadiamento IIIA do carcinoma pulmonar de não pequenas células ocorre num grupo heterogêneo de doentes para os quais a melhor estratégia terapêutica é uma abordagem multidisciplinar com quimioterapia, radioterapia e cirurgia.

Objectivos: Caracterizar os doentes em estadiamento IIIA de carcinoma pulmonar de não pequenas células tratados nos últimos 5 anos

Métodos: Estudo retrospectivo da população de doentes em estadiamento IIIA de carcinoma pulmonar de não pequenas células, tratados no Serviço de Pneumologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, entre 2013 e 2017. Foram analisados dados clínicos e demográficos usando o *software* SPSS®. A dimensão da amostra e a percentagem assimétrica de casos censurados entre os grupos, não permitiu a aplicação segura de curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Amostra constituída por 41 indivíduos, 75,6% do sexo masculino, média de idades de 64,5 anos. A maioria dos doentes (70,7%) apresentava *performance status* de 1, 48,8% eram fumadores e 31,7% ex-fumadores. Quanto à histologia, 56,1% dos doentes apresentava adenocarcinoma, 34,4% carcinoma escamoso, 7,3% adenoescamoso e 2,4% carcinoma de grandes células. Do ponto de vista terapêutico, a maioria dos doentes (43,9%) foi submetida a estratégia de quimioterapia e radioterapia (9 doentes concomitante e 9 sequencial), 31,7% cirurgia e quimioterapia adjuvante, 14,6% quimioterapia neoadjuvante, cirurgia e quimioterapia adjuvante, 2,4% quimioterapia, 2,4% cirurgia, quimioterapia e radioterapia (concomitante), 2,4% quimioterapia, radioterapia e cirurgia e 2,4% melhor terapêutica de suporte. A quimioterapia mais frequentemente utilizada como primeira linha foi o cisplatino com vinorelbina (36,6%), seguida de carboplatino com vinorelbina (29,3%) e carboplatino com paclitaxel (19,5%). Do total, foi reportada toxicidade grau 3 (2 doentes) e 4 (1 doente) em 7,3% dos doentes com a primeira linha terapêutica. Os doentes apresentaram uma sobrevivência mediana livre de progressão com a primeira linha de 8 meses com a resposta mais frequente a ser a resposta parcial. Ocorreu óbito em 43,9% dos doentes, verificando-se uma sobrevida global mediana de 17 meses. Não se verificou diferença estatisticamente significativa na mortalidade em função do sexo, idade, hábitos tabágicos, *performance status*, histologia ou esquema terapêutico. Também não se verificou diferença estatisticamente significativa na sobrevida global em função da histologia ou do esquema terapêutico.

Conclusões: Para esta amostra, não houve diferença estatisticamente significativa na mortalidade em função das diversas variáveis clínicas em estudo, nem do esquema terapêutico. No que diz respeito à sobrevida global também não se verificou diferença estatisticamente significativa em relação às diferentes histologias nem ao esquema terapêutico usado. A heterogeneidade desta amostra vem em linha com aquilo que se conhece dos doentes no estadiamento IIIA, pelo que a ausência de diferenças estatisticamente significativas se pode dever à escolha de tratamento personalizada que foi feita em cada caso. Uma amostra de maiores dimensões permitiria quicá tirar outras conclusões mais seguras em relação às diferentes estratégias terapêuticas.

Palavras chave: Carcinoma pulmonar não pequenas células. Estadiamento IIIA. Terapêutica.

PE 023. ANAFILAXIA EM QUIMIOTERAPIA

A. Cysneiros, C. Pereira, P. Alves, E. Teixeira, R. Sotto-Mayor

Departamento do Tórax, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Todos os fármacos usados em quimioterapia têm o potencial de desencadear reações de hipersensibilidade, nomeadamente reações de hipersensibilidade tipo um. Por outro lado, as infusões usadas em quimioterapia estão associadas a reações não imunoló-

gicas que não implicam a descontinuação imediata e cuja apresentação clínica pode ser semelhante a uma reação de hipersensibilidade. A necessidade de distinguir as reações que são secundárias à ativação de mastócitos e basófilos com formação de IgE específicas é necessária para identificar potenciais reações anafiláticas, assim como a eventual dessensibilização. Os autores apresentam um caso clínico de reação anafilática grave à cisplatina num doente com adenocarcinoma do pulmão em estadiamento IV a realizar o quarto ciclo de tratamento. A abordagem imediata, tratamento e encaminhamento deste caso clínico ilustra os desafios apresentando no diagnóstico e tratamento de anafilaxia a fármacos usados em quimioterapia.

Palavras chave: Anafilaxia. Quimioterapia. Choque.

PE 024. A PROCURA DA LESÃO PRIMÁRIA

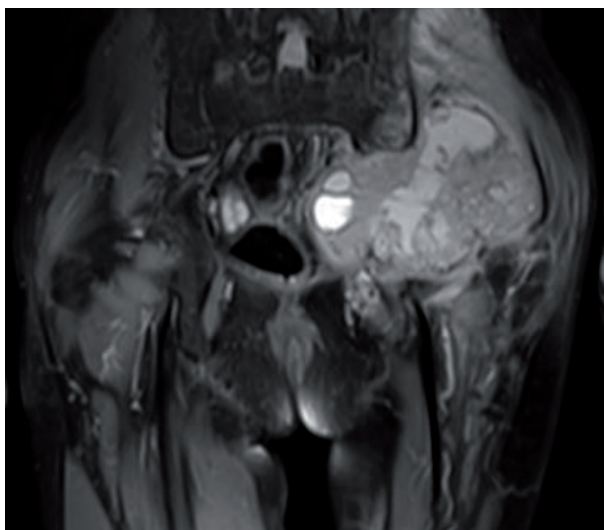
C. Figueiredo^{1,2}, B. Mendes^{1,2}, S. Amaral¹, S. Pinheiro¹, T. Pack², J. Rodrigues², I. Gonçalves¹, T. Garcia², A.S. Guerreiro², J. Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina Interna, Hospital Santa Marta-CHLC, EPE.

Introdução: Os sarcomas dos tecidos moles são raros e têm mau prognóstico. A neoplasia do pulmão é uma das neoplasias mais frequentes e a que causa mais mortes mundialmente. As síndromes paraneoplásicas são raras e ocorrem por efeitos sistémicos não metastáticos despoletados pela neoplasia, sendo exemplo o hipocratismo digital.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de um homem de 59 anos, fumador (carga tabágica de 92 UMA), sem prévio seguimento médico. Internado por massa dolorosa na anca à esquerda com agravamento progressivo associada a perda ponderal com 3 meses de evolução. Apresentava também tosse crónica com expectoração hemoptoica esporádica. Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido (IMC 20), eupneico, com uma tumefação na anca esquerda dolorosa à palpação e hipocratismo digital exuberante com onicodistrofia nas mãos e pés. Analiticamente sem alterações relevantes. Na radiografia torácica apresentava hipotransparências dispersas bilateralmente com contorno espiculado. Fez tomografia computadorizada torácica que revelou múltiplas lesões pulmonares atípicas em vários lobos pulmonares; múltiplas adenomegalias mediastínicas; e tomografia computadorizada da anca esquerda com lesão centrada ao acetábulo esquerdo com componente de partes moles. Fez ressonância magnética coxofemoral esquerda que evidenciou uma volumosa massa das partes moles com extenso componente necrótico, envolvimento do osso ilíaco e músculos adjacentes e desvio das estruturas adjacentes. Foi realizada biópsia percutânea da lesão da anca esquerda que evidenciou adenocarcinoma compatível com origem pulmonar (CK7+, TTF-1+, CK20-, PDL-1 negativo). Para estadiamento fez tomografia computadorizada abdomino-pélvica que demonstrou adenomegalias mediastínicas e retroperitoneais; e ressonância magnética cerebral com lesão temporal esquerda compatível com metástase. Define-se então como adenocarcinoma do pulmão em estadiamento IV com metástases ganglionares, cerebral e partes moles da anca. Foi proposta radioterapia paliativa à metástase cerebral e das partes moles e aguarda mutação EGFR para eventual terapêutica dirigida.

Discussão: Num doente fumador e com hipocratismo digital, apesar da apresentação com lesão exuberante extra-pulmonar que poderia indicar lesão primária de outro órgão, não se pode excluir à partida uma neoplasia primária do pulmão. Reforça-se assim a importância da história clínica e exame objetivo no dirigir da marcha diagnóstica, bem como do diagnóstico histológico na distinção da lesão primária e seguintes decisões.



Palavras chave: Sarcoma. Neoplasia do pulmão. Adenocarcinoma. Hipocratismo digital. Síndrome paraneoplásico.

PE 025. QUIMIORTADIOTERAPIA CONCOMITANTE EM DOENTES COM CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS ESTADIO III IRRESSECÁVEL. EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

P. Americano, S. Lucas, C. Tranvacinha, J. Dionísio, T. Almodôvar
IPOLFG.

Introdução: A terapêutica recomendada nos carcinomas pulmonares não pequenas células (CPNPC) estadio III é a quimiorradioterapia

concomitante, não estando contudo definido qual o esquema de quimioterapia mais vantajoso neste contexto. Resultados díspares comparam as combinações habitualmente utilizadas de cisplatino associado a etoposídeo ou um alcalóide da vinca, com carboplatino e paclitaxel. No nosso serviço, os doentes fazem carboplatino/paclitaxel (CT) ou cisplatino/vinorelbina (PvR) associado a radioterapia. O objetivo deste estudo é comparar a eficácia e toxicidade das duas terapêuticas, tentando estratificar os resultados de acordo com as comorbilidades dos doentes.

Métodos: Foram analisados todos os casos de CPNPC estadio III, submetidos a quimiorradioterapia concomitante no nosso centro, entre 01/01/2007 e 31/12/2017. Excluíram-se doentes submetidos a cirurgia, quimioterapia isolada ou quimioterapia e radioterapia sequenciais. Os dados foram obtidos na base de tumores torácicos e consultando o processo clínico dos doentes e analisados em plataforma digital de estatística SPSS, versão 24.

Resultados: Dos 252 doentes em estadio III foram incluídos 94 doentes, 70 do sexo masculino, com uma média de idade de 62 anos (entre 39 e 78). 48 estavam em estadio IIIA e 49 em estadio IIIB. As histologias determinadas foram: 41 adenocarcinomas, 39 carcinomas pavimento-celulares, 13 CPNPC pouco diferenciados e 2 adenoescomos. 19 doentes tinham performance status (PS) ECOG 0, 75 PS 1, e 1 doente tinha PS 2. 57 não tiveram perda ponderal, 29 uma perda inferior a 10% do seu peso corporal e 10 superior a 10%. 58 doentes tinham comorbilidades associadas, sendo as mais frequentes hipertensão arterial (31), doença pulmonar obstrutiva crónica (24), neoplasia sólida (13), e diabetes mellitus tipo 2 (12). 50 doentes foram submetidos a tratamento com PvR e 44 com CTx. As doses totais de radioterapia variaram entre 60 e 70 Gy, habitualmente iniciando ao 2º ciclo de quimioterapia, porém 10 não concluíram a dose prevista por eventos adversos. Constatou-se uma sobrevida global mediana de 25,5 meses e um tempo livre de progressão mediano de 12,6 meses. 26 doentes desenvolveram toxicidade à quimioterapia (28%) e 49 (52%) à radioterapia. Procedeu-se à comparação entre o grupo de doentes tratados com PvR e CTx em termos de idade, PS, perda ponderal, e comorbilidades através do índice de Charlson com e sem ajuste à idade. Verificou-se uma ligeira tendência para utilizar o esquema CTx em doentes mais velhos, no entanto sem significado estatístico. O grupo PvR demonstrou maior sobrevida global, também sem significado estatístico. As toxicidades foram sobreponíveis nos dois grupos.

Conclusões: Os nossos resultados são muito semelhantes aos da literatura. Embora sem significado estatístico, parece haver uma tendência para colocar doentes mais velhos em esquema de CTx, não se conseguindo comprovar benefício de um esquema sobre o outro quer em termos de eficácia, quer em termos de toxicidade. Destacam-se os resultados favoráveis, com tempos livre de doença e sobrevida global razoáveis, concluindo-se que ambos os esquemas são opções válidas, quando bem selecionados de acordo com o perfil do doente.

Palavras chave: Quimioterapia. Radioterapia. Concomitante. CPNPC. Cancro. Pulmão.

PE 026. TERAPÊUTICA-ALVO - UMA MUDANÇA DE PARADIGMA NO TRATAMENTO DO CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS EM ESTÁDIO AVANÇADO

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

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O desenvolvimento de terapêuticas-alvo alterou significativamente o prognóstico dos doentes com carcinoma de não pequenas células do pulmão em estágio avançado.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 32 anos, ex-fumador, com uma carga tabágica de 15 UMA, internado

em Fevereiro/2016 por quadro de febre, tosse produtiva associada a dor torácica e hemoptises. Dos exames complementares de diagnóstico da admissão salientam-se insuficiência respiratória tipo 1 em ar ambiente e TC torácica com pneumomediastino, opacidade para-traqueal direita condicionando compressão da traqueia (conglomerado adenopático?), duas lesões no LSD, consolidação no LID e um nódulo hepático. Foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos, tendo realizado broncofibroscopia que mostrou lesão neoforativa na transição entre a traqueia e o BPD, com diminuição marcada do seu lúmen. Foi submetido a broncoscopia rígida com terapêutica com Árgon plasma e *debulking*, com reperfusão do BPD, constatando-se oclusão completa do BPD. Na revisão endoscópica, por colapso parcial do BPD foi colocada prótese traqueal, tendo tido alta. As biópsias revelaram adenocarcinoma do pulmão, tendo o doente iniciado terapêutica com cisplatina + perimetrexedo, alterada para crizotinib por positividade da pesquisa de mutações no gene ALK. Assistiu-se a melhorias clínicas e radiológicas francas, encontrando-se sem prótese traqueal e sem sinais de recidiva pulmonar ou hepática aos 18 meses de terapêutica.

Discussão: Este caso ilustra de forma expressiva o impacto da terapêutica dirigida no adenocarcinoma pulmonar avançado, não só em termos de eficácia - dada a sobrevida livre de doença, bem como no que concerne a qualidade de vida, uma vez que este tipo de tratamento é muito mais bem tolerado do que a quimioterapia convencional.

Palavras chave: Crizotinib. Carcinoma pulmonar de não pequenas células estágio avançado.

PE 027. UM CASO RARO DE TUMOR SÍNCRONO DO PULMÃO E GLÂNDULA MAXILAR

M. Pereira, L. Rodrigues, D. Organista, A. Almendra, C. Antunes, F. Paula, F. Froes

CHLN-Hospital Pulido Valente.

Introdução: O cancro do pulmão é a neoplasia com maior mortalidade em Portugal. Os doentes com diagnóstico de neoplasia têm risco acrescido de desenvolver um segundo tumor. As neoplasias malignas primárias múltiplas são raras e são classificadas como síncronas se o intervalo de diagnóstico for inferior a 6 meses e metacronas se esse intervalo for superior a 6 meses.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente do género masculino, fumador activo, seguido em consulta de cirurgia geral por nódulo submaxilar doloroso com maior crescimento há cerca de 4 meses. Referência a perda ponderal de 30 kg nos últimos 6 meses e anorexia marcada. A avaliação ecográfica revelou nódulo sólido da glândula submaxilar esquerda e a citologia do nódulo foi compatível com neoplasia de células basaloídes com atipia citológica. Na avaliação anestésica pré-operatória foi efectuada radiografia de tórax que revelou massa hilar direita volumosa. Nesse contexto foi encaminhado a consulta de pneumologia para investigação etiológica. Por caquexia e motivo social, o doente foi internado para estadiamento de provável neoplasia. Do estudo efectuado de realçar em TC-Tórax a presença de lesão macronodular no lobo superior direito com prolongamento mediastínico e a presença de múltiplos nódulos bilateralmente, com gânglios mediastínicos inferiores a 10 mm em localização paratraqueal e pré-carinal. A TC-abdomino-pélvica revelou lesão macronodular da glândula supra-renal direita e a TC-Craneocéfala excluiu a presença de lesões secundárias. Realizou broncofibroscopia que evidenciou oclusão do brônquio superior direito por edema, infiltração e compressão extrínseca. As biópsias trans-brônquicas revelaram aspectos compatíveis com carcinoma neuroendócrino de grandes células. A sobrevivência dos doentes com neoplasia tem vindo a aumentar nos últimos anos, propiciando um aumento da incidência de segundas neoplasias, síncronas ou metacronas. Tal facto correlaciona-se com

factores genéticos do hospedeiro, factores ambientais, nomeadamente a exposição a factores de risco como tabagismo, assim como a terapêutica oncológica da primeira neoplasia e a interação entre todos estes factores.

Discussão: Este caso alerta-nos para a importância do *follow-up* dos doentes com neoplasia maligna primária nos quais, apesar de incomum, o surgimento de uma nova lesão poderá corresponder a uma nova neoplasia primária.

Palavras chave: Cancro. Pulmão.

PE 028. LINFOMA MALT PULMONAR E GÁSTRICO SÍNCRONOS

L. Rodrigues, D. Organista, A. Lopes, L. Carvalho, C. Bárbara

Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Os linfomas MALT (*Mucosa-Associated Lymphoid Tissue*) são linfomas extranodais de células B de baixo grau. Embora raros, são o terceiro tipo mais frequente de linfoma constituindo 5-7% dos linfomas não Hodgkin diagnosticados. Considerando a sua origem, compreende-se que possam surgir em virtualmente qualquer órgão sendo o estômago o local mais comumente afectado. Embora raro, o linfoma MALT pulmonar é o linfoma pulmonar mais frequentemente diagnosticado.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um doente do género masculino com 58 anos, ex-fumador, sem antecedentes conhecidos de Tuberculose ou doença auto-imune. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro clínico com 3 dias de evolução de tosse pouco produtiva acompanhada por raros episódios de hemoptise em pequena quantidade. Sem febre ou outra sintomatologia. Nos meios complementares de diagnóstico realizados à entrada destaca-se na teleradiografia torácica a presença de hipotransparência no 1/3 inferior do campo pulmonar esquerdo e analiticamente uma leucocitose de $12,42 \times 10^9/L$ com $9,82 \times 10^9/L$ neutrófilos e elevação da proteína C reactiva para 33,8 mg/dL. O doente foi internado para investigação diagnóstica e iniciou tratamento para pneumonia adquirida na comunidade com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Apresentou boa evolução com resolução das queixas apresentadas à entrada e normalização dos parâmetros laboratoriais. A tomografia computadorizada (TC) realizada apresentou a nível pulmonar consolidação heterogénea do lobo inferior esquerdo com milimétricas imagens nodulares hipocaptantes sendo colocadas como hipóteses diagnósticas focos de abcedação vs lesão sólida hipocaptante. A nível gástrico apresentava espessamento irregular da parede do estômago distal, com densificação e várias adenomegalias na gordura envolvente e ao longo da pequena curvatura (as maiores centimétricas). Com base nas alterações radiológicas descritas realizou Videobroncofibroscopia que não revelou lesões endoscópicas. Foram realizadas biópsias trans-brônquicas que mostraram proliferação difusa de células linfóides pequenas que no estudo imunohistoquímico eram positivas para CD20, CD43 e bcl-2. Resultado compatível com linfoma MALT. Realizou ainda endoscopia digestiva alta que revelou a nível do corpo gástrico lesão procidente vegetante com ulcerações serpiginosas superficiais. Foram realizadas biópsias que mostraram infiltração por células linfóides grandes e pequenas positivas para CD20, CD43 e bcl-2. Resultado também ele compatível com linfoma MALT. Após o diagnóstico o doente teve alta com encaminhamento para o Hospital de Dia de Hematologia onde se tem mantido em seguimento e cumpriu já dois ciclos de quimioterapia com rituximab, vincristina, ciclofosfamida e doxorubicina.

Discussão: Os linfomas MALT habitualmente tem um curso indolente e um bom prognóstico com boa resposta à quimioterapia instituída, ocorrendo raramente transformação em linfoma de células B de alto grau. Quando há envolvimento multiorgânico, como no caso descrito, normalmente trata-se de dois tumores primários independentes e não a disseminação. Este caso acentua a importância de

uma marcha diagnóstica orientada e organizada e do correcto estadiamento e *follow-up* dos doentes com neoplasia.

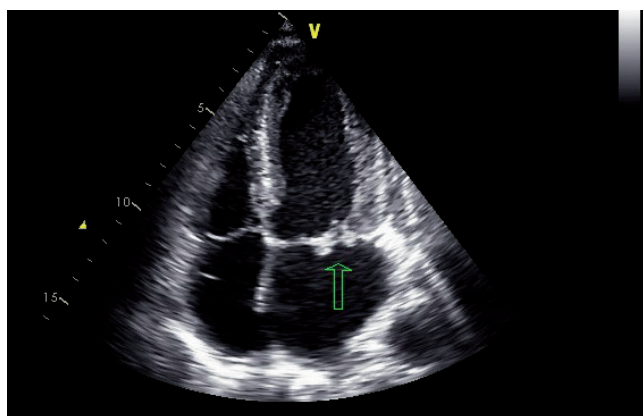
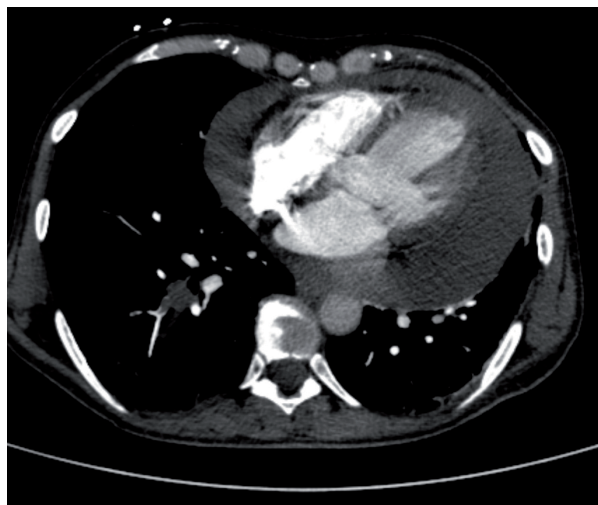
Palavras chave: Linfoma MALT. Hemoptises. Pulmão. Estômago.

PE 029. TROMBOFILIA COMO MANIFESTAÇÃO NO ADENOCARCINOMA DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

J. Barbosa, S. Salgado, C. Santos, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Primariamente descrita por Armand Trousseau em 1865, a associação de fenómenos tromboembólicos e neoplasia está bem documentada, podendo ocorrer em aproximadamente 15% dos casos durante a evolução clínica da doença. Estes são especialmente comuns nos adenocarcinomas produtores de mucina, incluindo o pulmão. A causa de hipercoagulabilidade é multifactorial e inclui factores procoagulantes associados às células neoplásicas, assim como uma resposta inflamatória do hospedeiro. Pode apresentar-se como síndrome de Trousseau (uma trombose venosa extensa, migratória e recorrente mesmo com o tratamento anticoagulante), trombose arterial e mais frequentemente venosa, coagulação intravascular disseminada ou endocardite trombótica não bacteriana (endocardite marântica). Contrariamente às outras causas de trombose, as tromboses venosas associadas a neoplasia são frequentemente migratórias, podem envolver veias superficiais e profundas, e afectam geralmente locais poucos comuns como a face, membros superiores e tronco. A endocardite trombótica é um evento raro, detectado em 1-1,5% das autópsias com neoplasia. É caracterizada



pela presença de trombos nas válvulas aórticas ou mitrais na ausência de infecção bacteriana, associada a eventos embólicos múltiplos, sendo rara a insuficiência cardíaca aguda.

Caso clínico: Apresentamos um caso clínico de doente do sexo feminino, 56 anos, fumadora (38 UMA), sem outros antecedentes pessoais relevantes, inicialmente internada para investigação de quadro constitucional de dois meses de evolução caracterizado por perda ponderal (7 kg), febre, sudorese nocturna, adenopatias cervicais, supraclaviculares e acrocianose bilateral do 2º e 3º dedo. Por derrame pericárdico com instabilidade hemodinâmica esteve internada nos Cuidados Intensivos, tendo efectuado pericardiocentese diagnóstica e evacuadora. Dos exames complementares a destacar diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, obtido a partir do líquido pericárdico e biópsia ganglionar cervical, em estágio IV com metastização pericárdica, pleural, supra-renal, ganglionar extensa supra e infra-diafragmática. De mencionar também síndrome paraneoplásico caracterizado por quadro de tromboembolismo venoso com evidência de tromboembolismo pulmonar subsegmentar bilateral e trombose do tronco braquiocéfálico esquerdo; endocardite trombótica da válvula mitral a condicionar insuficiência mitral moderada, complicada por fenómenos embólicos arteriais múltiplos com enfarte esplénico, renal bilateral e oclusão da artéria ilíaca comum direita; e fenómeno de acrocianose digital. Após início de anticoagulação e dada a estabilidade clínica, foi transferida para o Serviço de Pneumologia. Apesar da terapêutica instituída verificou-se progressivo agravamento clínico com recorrência de fenómenos tromboembólicos, com múltiplos enfartes cerebrais isquémicos e foco de hemorragia subaracnoideia, ocorrendo o óbito ao 31º dia de internamento. Aguardava ainda o estudo genético do tumor do pulmão.

Discussão: Trata-se de um caso único de trombofilia em doente com adenocarcinoma do pulmão caracterizado por tromboembolismo venoso e arterial extenso, endocardite trombótica não bacteriana associada a insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral isquémico e hemorrágico. Pretendemos enfatizar a multiplicidade de apresentações possíveis para esta doença, relembrando que se trata de uma manifestação inicial rara de adenocarcinoma do pulmão e associada a mau prognóstico.

Palavras chave: Trombofilia. Trombose venosa e arterial. Endocardite trombótica não bacteriana. Síndrome paraneoplásico. Adenocarcinoma do pulmão.

PE 030. DESAFIO DIAGNÓSTICO DO LINFOMA PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D.M. Coelho, V.L. Firmino, K.G. Lopes, H. Garcez, C. Alves, M.J. Simões, E. Camacho

Centro Hospitalar Barreiro, Montijo, EPE.

Introdução: O linfoma pulmonar primário (LPP) é uma entidade rara, responsável por cerca de 0,5 a 1% das neoplasias pulmonares primárias. LPP é definida por proliferação de clones de linfóides que atinge um ou ambos os pulmões em doentes sem apresentação da doença ganglionar no momento do diagnóstico.

Caso clínico: Os autores apresentam caso duma doente do sexo feminino de 70 anos de idade, caucasiana, doméstica, não fumadora, sem antecedentes relevantes, encaminhada a consulta de Pneumologia por queixas de toracalgia esquerda, astenia e anorexia com um ano de evolução, imagiologicamente com uma massa sólida cerca de 10 cm no LSE (lobo superior esquerdo). Realizou broncofibroscopia que mostrou sinais diretos de neoplasia no LSE. Estudo imunohistoquímico da biópsia brônquica negativo para AE1/AE3, CK7, CK20, CD56 e Synaptophysin; sendo apenas positivo para LCA. Doente internada posteriormente no Serviço de Pneumologia por agravamento clínico (disartria e prostração). Neste contexto realizou TC-CE sem alterações mas TC-tórax com agravamento do der-

rame pleural. Ainda durante o internamento a doente fez PATT (punção aspirativa transtóracica) com resultado anatomo-patológica apenas com celularidade mesotelial de aspectos reactivos e inflamatório. Por falta diagnóstico histológico da PATT optou-se por realização de EBUS Central. Resultado anatomo-patológica do aspirado ganglionar revelou mucosa com infiltração por linfoma de não Hodgkin B (CD10+) - linfócitos B (CD19+) com expressão monotípica de cadeias Kappa (forte) e fenótipo aberrante, compatível com linfoma não Hodgkin B CD10+ (linfoma difuso de grandes células). Para estadiamento realizou PET/Scan que mostrou neoformação pulmão esquerdo com envolvimento mediastínico homolateral. Dado não houver valência de Hematologia no Hospital da origem, a doente foi transferida para Hospital Central para início de tratamento. Iniciou quimioterapia de 1ª linha com CHOP (ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisolona). Após a quimioterapia com CHOP verificou-se agravamento clínico com acidemia respiratória grave com necessidade de ventilação. A doente foi transferida para UCI (Unidade Cuidados Intensivos), a qual veio falecer três semana após o início do tratamento.

Discussão: Linfoma não Hodgkin B CD10+ (linfoma difuso de grandes células) é raro, sendo mais frequentes nos doentes sob terapêutica imunossupressora no pós-transplante, na infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) e na síndrome Gougerot-Sjögren. A linfoma B de células grandes do pulmão no doente imunocompetente é excepcional. Representa assim um desafio diagnóstico, pois tem diversas formas de apresentação, sendo confundido muitas vezes com o carcinoma de pulmão. O caso relatado, ilustra bem a dificuldade na obtenção do diagnóstico do LPP e a sobrevida nestes doentes.

Palavras chave: *Linfoma pulmonar. EBUS. LNH.*

PE 031. OXIGÉNIO DE ALTO FLUXO NASAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Carvalho, S. Silva, M.J. Canotilho, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: Oxigenoterapia através de óculos nasais ou máscara faz parte da terapêutica *standard* em casos de insuficiência respiratória (IR) hipoxémica crónica. Contudo perante casos em que, pela gravidade da doença crónica subjacente, é necessário aplicar débitos muito elevados de oxigénio torna-se um método com algumas limitações. O desconforto para o paciente secundário à segura das mucosas, a dificuldade na eliminação das secreções, a dificuldade no fornecimento de oxigénio no domicílio em débitos tão altos a estes doentes em fase tão avançada da sua doença são exemplos dessas limitações. O oxigénio alto fluxo nasal é uma terapia respiratória recente utilizada maioritariamente em contexto hospitalar e em casos de insuficiência respiratória aguda, que fornece oxigénio até um fluxo de 60 L/min através de um sistema composto por cânula nasal, humidificador e circuito aquecidos. Este método permite, assim, uma melhor oxigenação (com menores débitos de oxigénio), humidificação e clearance pulmonar diminuindo o esforço respiratório e otimizando a eficácia ventilatória.

Caso clínico: Homem, 75 anos, índice de massa corporal de 27,41 kg/m², reformado de comerciante, ex-fumador há 10 anos (50 UMA). DPOC gold D, enfisema grave, IR tipo 1 sob OLD desde 2015. Doente com bom estado geral, sintomático do ponto de vista respiratório desde há cerca de 20 anos com queixas de dispneia e cansaço fácil para pequenos esforços. Desde 2015 até julho de 2017 assistiu-se a agravamento marcado do quadro clínico com múltiplos e longos internamentos devido à evolução da patologia de base, após exclusão de factores agudos e optimização da terapêutica. O utente apresentava necessidade de débitos de oxigénio muito elevados em repouso impossibilitando alta para o domicílio. Foi iniciado OAFN com melhoria imediata do padrão respiratório, a um débi-

to de oxigénio muito inferior, com melhoria do conforto e capacidade de eliminação de secreções. Deste modo reuniram-se condições para alta para o domicílio com esta terapêutica.

Discussão: O OAFN permitiu a um doente com insuficiência respiratória crónica grave, em fase tão avançada da sua doença de base, condições para alta para o domicílio. Esta terapêutica de forma contínua em ambulatório permitiu uma melhoria muito marcada da qualidade de vida e sem mais reinternamentos hospitalares até à data de realização deste caso clínico.

Palavras chave: *Oxigénio de alto fluxo nasal. DPOC. Insuficiência respiratória.*

PE 032. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DPOC

A. Martins, C. Martins, T. Quaresma

Chualgarve- Exames Especiais de Pneumologia Unidade de Portimão.

Introdução: A DPOC é uma temática actual e assume-se como uma patologia de grande impacto mundial, que oferece inúmeros desafios no âmbito da Pneumologia e, conseqüentemente, nos cuidados de enfermagem a ela associados. O seu crescimento exponencial acarreta elevados custos, tanto para os doentes como para o Sistema Nacional de Saúde, pelo que é necessário um maior investimento nos cuidados de enfermagem de DPOC, de forma a colmatar as necessidades e especificidades destes doentes/famílias. A DPOC influencia negativamente o estilo de vida do utente/família causando diminuição da sua autonomia e alteração da qualidade de vida. **Objectivos:** Dar a conhecer a consulta de enfermagem de DPOC, criada para promover a capacitação do doente/família para lidar com a patologia, o tratamento e prevenir complicações; diminuir a ansiedade do doente/família; incentivar comportamentos e estilos de vida adequados à sua condição; ser autónomo na utilização de dispositivos inalatórios, e por fim, promover o autocontrolo da doença. Na actualidade, o enfermeiro é o principal elo de ligação entre os cuidados de saúde e a comunidade, ele coopera com a equipa multidisciplinar, formula diagnósticos de enfermagem e planeia intervenções específicas e individualizadas, de modo a promover a saúde e prevenir a doença, aumentando assim a qualidade de vida destes doentes/famílias. A consulta de enfermagem engloba quatro fases fundamentais - a avaliação inicial, a elaboração do plano de cuidados, a execução das intervenções e a avaliação das mesmas. A avaliação inicial é realizada quando do primeiro contacto com o utente/família e tem por objectivo a recolha de todas as informações pertinentes acerca do mesmo. A elaboração do plano de cuidados tem por base os problemas e necessidades identificadas, é ajustado a cada doente e centra-se na realização de ensinamentos. Para tal, aplicamos duas escalas, a Medical Research Council modificada (mMRC) para avaliação da dispneia e o COPD Assessment Test (CAT) para a determinação do impacto da DPOC na qualidade de vida dos doentes. Na execução das intervenções destacam-se os inúmeros ensinamentos realizados, enfatizando três áreas fundamentais para o doente: utilização de dispositivos inalatórios, técnicas de controlo de dispneia e técnicas de conservação de energia. Por fim e não menos importante, é realizada a avaliação das intervenções implementadas. Nesta fase, determinamos a eficácia dos ensinamentos e ajustamos o plano de cuidados de forma a dar continuidade aos mesmos nas próximas consultas.

Métodos: Realizam-se predominantemente antes da consulta médica e sempre que se identifique a sua necessidade. A intervenção de enfermagem visa uma abordagem holística efectuando-se: avaliação inicial e do estado geral; colheita de dados para identificação dos problemas/necessidades do doente/família; elaboração de plano de cuidados individualizados; realização de ensinamentos que visam promoção da saúde e prevenção da doença e o esclarecimento de dúvidas.

Resultados: De junho de 2017 a 30 de junho de 2018 realizamos 388 consultas de Enfermagem de DPOC.

Conclusões: Verificamos que as consultas de Enfermagem promovem tanto a adesão terapêutica e a diminuição do número de erros associados aos inaladores, como também, o bem-estar do doente/família com DPOC.

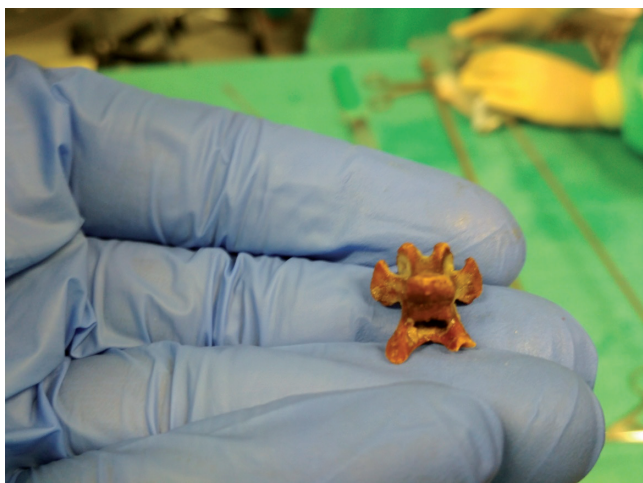
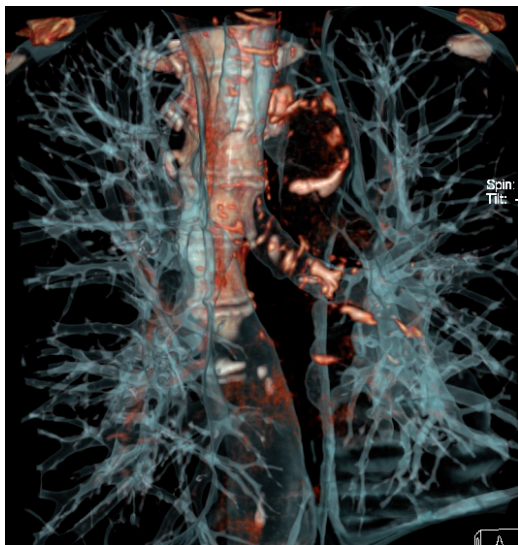
Palavras chave: DPOC. Enfermagem. Consulta de Enfermagem. Ensino.

PE 033. QUANDO A DPOC NÃO EXPLICA OS SINTOMAS - UM CASO CLINICO

P.R.P. Barros, B. Santos

Hospital de Faro.

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença que se caracteriza por limitação do fluxo aéreo e sintomas respiratórios persistentes. Por vezes os doentes manifestam sintomas que não são expectáveis na evolução da doença, o que nos deverá fazer suspeitar de outra patologia concomitante como a aspiração de um corpo estranho. Neste caso existe uma inalação de objetos ou comida para a via aérea, normalmente resultando na sua obstrução parcial ou completa. O episódio de aspiração pode ser uma emergência médica com possibilidade de sufocamento, mas nem sempre é valorizada pelo próprio, sendo apenas reconhecível



posteriormente pelas manifestações do encravamento do corpo estranho na via aérea. 80-90% dos corpos estranhos na via aérea localizam-se nos brônquios.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 61 anos, caucasiano, eletricitista atualmente e ex-mecânico de automóveis. Como antecedentes pessoais destacam-se DPOC, ex-fumador com carga tabágica de 44 UMA e dislipidemia. Seguido em consulta de Pneumologia, inicialmente com valores espirométricos FEV1/FVC 48,42 e FEV1 32,2% pós-broncodilatação. Apresentava um grau de dispneia mMRC 2 e era medicado com budesonida/formoterol (320/9 ug) bid, brometo de aclidínio (322 ug) bid, aminofilina 225 ug bid e salbutamol em SOS. Numa das consultas de seguimento em Pneumologia foi objetivado uma respiração ruidosa e estridulosa, disфония e sensação de aperto precordial. Foi pedida colaboração de Otorrinolaringologia que optou por realizar uma laringoscopia, onde não se visualizaram alterações nas estruturas observadas. Na seguinte consulta, o doente apresentava agravamento da disфония e da dispneia habitual (mMRC 3). Realizou nova espirometria, com valores FEV1/FVC 40,99 e FEV1 25,1% pós-broncodilatação. Foi pedido um estudo radiológico, inicialmente com uma radiografia de tórax, onde apenas se objetivou um infiltrado perihilar e basal difuso bilateralmente. Posteriormente realizou uma tomografia computadorizada de tórax com reconstrução em 3D, verificando-se a presença de um corpo estranho perfurado no brônquio principal esquerdo, obstruindo parcialmente o mesmo. Realizou broncoscopia rígida onde foi removido o corpo estranho, cujo aspeto era compatível com a vertebra de uma galinha, medindo 1,5 x 1,5 cm.

Discussão: Nos doentes com DPOC, apesar de se esperar um declínio progressivo clínico e funcional, deveremos sempre estar atentos e esclarecer novos sintomas. Neste caso houve o surgimento de estridor, aperto precordial e disфония, que devido à sua persistência levou a uma investigação detalhada. O facto de este doente já ter uma obstrução grave pode ter mascarado clinicamente a aspiração do corpo estranho, o que dificultou o diagnóstico, já que não foi percebido pelo doente qualquer episódio de engasgamento.

Palavras chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica. Corpo estranho. Via aérea.

PE 034. PROTOCOLO DE IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE TÉCNICA INALATÓRIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS: UM CASO PIONEIRO

J. Oliveira, S. Serra

UCSP S. Miguel.

As doenças respiratórias crónicas (DRC) têm visto um aumento da sua prevalência, uma tendência observável ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, tornando-se uma das principais causas de morbilidade e mortalidade mundial. Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) alvo deste protocolo encontra-se já implementada uma consulta de cessação tabágica e um programa de realização de espirometrias com o objetivo de aumentar o diagnóstico precoce e a vigilância epidemiológica das DRC. A via inalatória é a forma preferencial para a atuação de fármacos nas DRC. Existem diversos dispositivos inalatórios, diferindo nas suas características físicas e na mecânica de funcionamento, estando-lhes associada uma baixa adesão terapêutica e uma elevada taxa de erro no seu uso. Uma técnica inalatória (TI) ineficaz determina um mau controlo da DRC. Desta forma a aprendizagem da TI afigura-se como indispensável ao doente com DRC. No contexto dos CSP, o seu ensino é limitado por diversos fatores, propiciando implementação da Consulta de TI (CTI) na UCSP alvo. A admissão para a CTI está protocolada por várias vias institucionais. A CTI tem como critério de exclusão utentes inscritos em programa de seguimento intensivo pela Pneumologia da ULS que a UCSP integra. Partindo do objetivo geral de melhorar a prestação de cuidados e a literacia em saúde na área das DRC, os objetivos

específicos da CTI estão orientados para a melhoria da QdV do utente com DRC bem como no controlo efetivo da patologia, por intermédio da promoção da adesão à terapêutica inalatória através um ensino capacitante da respetiva técnica, da adequação do dispositivo à capacidade e características do utilizador. Secundariamente importa analisar do seguimento da DRC, nomeadamente quanto à adequação da formulação do fármaco inalado consoante a patologia, sua gravidade e co-morbilidades associadas. Por último a CTI tem como objetivo paralelo a caracterização dos utentes consultados e a avaliação quantificada do impacto clínico da CTI. A CTI está estruturada em duas partes consecutivas, a cargo de uma enfermeira e médico com formação individual e coletiva na área da TI. Cada segmento da consulta está estruturado em torno da avaliação da TI do utente. Esta é iniciada pela demonstração da TI pelo utente, com recurso a dispositivos placebo, com posterior correção oral associada a uma demonstração física da TI correta, até que o primeiro corrija os erros ou que estes saturam o ensino da técnica. Paralelamente ao ensino, é determinada a motivação do utente para a consulta, o dispositivo inalatório prescrito e a adesão ao mesmo, a eficácia do dispositivo percebida pelo utente, a QdV da DRC, o controlo da DRC e parâmetros biométricos, avaliar a capacidade funcional respiratória do utente, identificar as patologias relevantes no contexto da sua DRC e analisar o seguimento prévio desta ao nível dos CSP, nomeadamente quanto à realização de exames complementares de diagnóstico e ajuste da terapêutica face a estes. A CTI termina com o agendamento de nova consulta de acordo com as necessidades aferidas e elaboração de um parecer da CTI dirigido ao MdF do utente.

Palavras chave: DPOC. Asma. Técnica inalatória. Cuidados de saúde primários.

PE 035. QUANDO AS COXAS CONFIRMAM A GRAVIDADE

C. Antunes, M. Pereira, E. Brysch, A. Almendra, D. Organista, F. Paula, C. Santos, L. Telo, F. Froes

Departamento do Tórax, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de um doente do sexo masculino, 62 anos, fumador de 80 UMA e antecedentes de pessoais de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) - GOLD 4D com FEV1: 27% pós BD e DLCO/VA 52%, sob oxigenoterapia de longa duração e ventilação não invasiva. Foi internado na unidade de cuidados intensivos pós paragem cardiorrespiratória em assistolia e com recuperação após 15 minutos. No exame objetivo inicial sob ventilação mecânica invasiva e perfusão contínua de noradrenalina apresentava GCS 6 (O1V1M4), na auscultação pulmonar murmúrio vesicular rude e tempo expiratório prolongado e na avaliação dermatológica apresentava lesões circulares e hiperpigmentadas na face anterior de ambas coxas - consistente com o sinal de Dahl. Na radiografia do tórax apresenta sinais de insuflação pulmonar e hipotransparência na base direita sugestiva de processo infeccioso. O sinal de Dahl também conhecido como sinal de Thinker foi descrito pela primeira vez num doente com DPOC grave em 1963. É caracterizado por hiperpigmentação causada por pressão persistente dos cotovelos sob as coxas na posição de tripé. Esta posição maximiza a eficácia dos músculos acessórios na inspiração além do aumento da pressão intra-abdominal que consequentemente permite que o diafragma retome a posição natural melhorando a capacidade inspiratória. O sinal de Dahl costuma estar presente nos doentes com DPOC grave (com FEV1 < 30%) mas também pode ser identificado noutras situações associadas a insuficiência respiratória, tais como, doença intersticial do pulmão, asma grave e insuficiência cardíaca congestiva.

Discussão: Apesar de ser cada vez menos frequente, a pesquisa deste sinal e a sua identificação neste doente foi um fator de confirmação da gravidade do quadro obstrutivo.

Palavras chave: DPOC. IRG.

PE 036. HIPERTENSÃO PULMONAR EM DOENTE COM SUSPEITA DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC). UM DIAGNÓSTICO NEM SEMPRE LINEAR

A.F. Matos, A. Machado, R. Staats, S. Moreira, J. Valença, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A hipertensão pulmonar (HTP) grave é considerada uma complicação pouco frequente em doentes com DPOC. Existem no entanto, outras doenças incomuns que podem revelar uma importância inesperada.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, caucasiana, professora. Ex-fumadora de 80 unidades maço/ano, com hábitos etílicos moderados até dois anos antes da avaliação. Diagnósticos conhecidos: pênfigo familiar benigno e hipotireoidismo. História com dois anos de evolução de dispneia para médios esforços, fadiga e letargia. Enviada por suspeita de DPOC e HTP sequelar, após internamento por descompensação cardíaca. No entanto, estudo funcional respiratório sem exuberantes alterações (obstrução bronquiolar), à exceção da capacidade de difusão (diminuição moderada), com repercussão nas trocas gasosas (insuficiência respiratória parcial). Analiticamente, enzimas hepáticas alteradas. Ecografia hepática sugestiva de hipertensão portal. TC-torácica com vasos visualizados até < 1 cm da pleura, sugestivo de dilatação, não se podendo excluir a possibilidade de síndrome hepatopulmonar. Estudo de auto-imunidade e serologias virais negativas. A doente referia uso prolongado de eritromicina em relação com tratamento de pênfigo familiar (a potenciar desenvolvimento de doença hepática?). O cateterismo cardíaco direito revelou hipertensão pré-capilar com gradiente porto-cava aumentado e resistência vascular pulmonar diminuída, enquadrável no diagnóstico de hipertensão arterial pulmonar associada a hipertensão portal (POPH).

Discussão: A POPH e a síndrome hepatopulmonar (SHP) são duas complicações possíveis da doença hepática grave. Na presença de SHP, o balanço a favor da vasodilatação terá contribuído para o shunt intrapulmonar e hipoxémia apresentados. Dispneia de esforço é um sintoma de apresentação comum e inespecífico de várias patologias. Pela elevada prevalência, a DPOC tende a ser o diagnóstico preferencial nessa apresentação, (não confirmado neste doente) quando há fatores de risco para doença respiratória mas uma avaliação diagnóstica detalhada é fundamental para excluir outras causas potenciais de dispneia e para um correcto diagnóstico e classificação da HTP.

Palavras chave: Dispneia. Hipertensão pulmonar.

PE 037. AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA DE EXACERBAÇÃO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NUMA UNIDADE DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

J. Ferra, S. André, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A escala APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) é utilizada como preditor de mortalidade em Unidades de Cuidados Intensivos. Pontuações mais elevadas na escala de APACHE II estão associadas a maiores taxas de mortalidade. Existem também alguns trabalhos acerca da sua utilização em doentes fora das Unidades de Cuidados Intensivos e inclusive em exacerbações de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Objetivos: Os autores pretendem avaliar o papel da escala de APACHE na avaliação de doentes com exacerbação de DPOC admitidos na Unidade de Ventilação Não Invasiva do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental de junho de 2016 a junho de 2018.

Métodos: Foi aplicada retrospectivamente a escala APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) avaliando primariamente as diferenças relativamente ao impacto na mortalidade. Foram ainda avaliados dados demográficos, internamentos prévios por exacerbação

de DPOC, infecção nosocomial e valor de pCO₂. A análise estatística foi realizada utilizando SPSS IBM v.25 e Microsoft Excel 2013.

Resultados: Total de 66 doentes, idade média de 73,2% ± 9,7, 77,4% do sexo masculino. O valor de APACHE médio foi de 13,9 (valores entre 9-22). Verificaram-se 6 óbitos, dos quais 4 (11,1%) ocorreram em doentes com valores de APACHE superiores à média. Contudo a diferença não foi estatisticamente significativa. Verificou-se ainda que os doentes com scores de APACHE II superiores apresentavam mais internamentos prévios por exacerbação de DPOC (40,7% vs 25,6%, p = 0,02), maior taxa de infecções nosocomiais (33,3% vs 15,4%, p = 0,04) e valores mais elevados de pCO₂ (74,1% dos doentes com scores APACHE superiores apresentavam pCO₂ ≥ 60 mmHg vs 18,1%, p < 0,01), sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

Conclusões: A escala de APACHE II não mostrou diferenças significativas relativamente à mortalidade neste grupo de doentes. Contudo, os autores admitem que este facto se poderá dever ao número reduzido da amostra. Os internamentos prévios por exacerbação de DPOC e as infecções nosocomiais em doentes com scores mais elevados corroboram a gravidade global da doença de base, podendo a escala de APACHE ter utilidade na avaliação de doentes com exacerbação de DPOC. Os autores propõem a continuidade da aplicação da escala de APACHE II nos doentes internados nesta Unidade à admissão como ferramenta de avaliação inicial, podendo estes dados ser analisados futuramente com uma maior amostragem.

Palavras chave: Doença pulmonar obstrutiva crónica. Exacerbações. Ventilação não invasiva. APACHE II.

PE 038. HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR - A IMPORTÂNCIA DE PERTENCER AO GRUPO CERTO

D. Organista, A. Dias, A. Mineiro, A. Carvalheira-Santos, N. Lousada

Centro de Referência de Tratamento de Hipertensão Pulmonar (HP), Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Perante a evidência hemodinâmica de hipertensão pulmonar pré-capilar, o diagnóstico etiológico é múltiplo e por vezes difícil de estabelecer, pela concomitância de patologias presentes. A história clínica detalhada e rigorosa é fundamental.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher, 62 anos, ex-fumadora desde há 2 anos (carga tabágica 60 UMA) com os diagnósticos de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) com evidência de enfisema centrilobular e panacinar em TC tórax. Funcionalmente com obstrução ligeira (FEV1 1,49 L 81%) e diminuição acentuada da DLCO (DLCO 27,5%, DLCO/VA 38,2%). Apresentava insuficiência respiratória parcial crónica sob oxigenoterapia de longa duração (OLD) com O₂ a 4L/m no repouso e 15 L/m no esforço. Referenciada à consulta de Hipertensão Pulmonar (HTP) do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) por ecocardiograma sugestivo de HTP com PSAP estimada de 67 mmHg. Clinicamente a doente apresentava-se em classe funcional III percorrendo uma distância de 240m na prova de marcha de 6 minutos, com SpO₂ mínima de 81% com O₂ a 15 L/m. Realizou angioTC torácica e cintigrafia de ventilação/perfusão que excluíram tromboembolismo pulmonar e o estudo cardio-respiratório do sono foi normal. O cateterismo cardíaco direito revelou uma pressão média na artéria pulmonar (PmAP) de 46 mmHg, pressão de encravamento capilar pulmonar (PECP) de 8 mmHg, gradiente transpulmonar diastólico (GTPd) de 24 mmHg, resistência vascular pulmonar (RVP) de 21,8 uWood e índice cardíaco (IC) de 1,74 L/m/m². Verificava-se assim a presença de hipertensão pulmonar pré-capilar desproporcional ao grau de obstrução brônquica no contexto de DPOC. Constatou-se então que a doente tinha história de consumo de um fármaco anorexígeno, o clobenzorex, durante 1 ano aos 20 anos de idade e admitiu-se que a HTP seria classificável quanto à etiologia como Grupo 1 e não como Grupo 3. A doente negava queixas sugestivas de doença do tecido conjuntivo e a serologia do VIH 1/2 foi negativa. Iniciou

terapêutica específica dupla com ambrisentam e sildenafil com resposta clínica e hemodinâmica insuficientes (cateterismo cardíaco direito aos 10 meses de terapêutica específica dupla: PmAP 38 mmHg, PECP 4 mmHg, GTPd 18 mmHg, RVP 9,2 uWood, IC 2,4 L/m/m²), pelo que se associou posteriormente o selexipag cuja dose foi sendo titulada até 3.200 mg/dia. Apesar da terapêutica tripla, a doente mantém-se em classe funcional II-III e com necessidade de débitos elevados de OLD, pelo que já foi integrada na lista de transplante pulmonar. Neste contexto, foi ainda incluída num estudo clínico de fase III, controlado por placebo, realizado em dupla ocultação e aleatorizado, para determinar a eficácia, segurança e tolerabilidade de óxido nítrico inalado administrado por impulsos versus placebo em indivíduos sintomáticos com hipertensão arterial pulmonar, que se encontra em fase inicial.

Discussão: No caso desta doente, a concomitância da doença respiratória condicionou o atraso do diagnóstico correcto e consequentemente o início da terapêutica específica, impactando negativamente no prognóstico. A associação entre a hipertensão arterial pulmonar e os supressores do apetite anfetamina-like como o clobenzorex está descrita desde os anos 60, pelo que a história do consumo destes fármacos deve ser activamente pesquisada nestes doentes.

Palavras chave: Hipertensão arterial pulmonar. Anorexígenos.

PE 039. CUIDADOS RESPIRATÓRIOS: DO HOSPITAL PEDIÁTRICO PARA O HOSPITAL DE ADULTOS

M.I. Matias, M.J. Pereira, M.J. Matos

CHUC.

Introdução: O progresso das terapêuticas médicas, nomeadamente nos cuidados respiratórios domiciliários e no apoio aos familiares na prestação de cuidados de saúde, permitiu um aumento da esperança de vida em várias patologias crónicas diagnosticadas em idade pediátrica. Quando chegam à idade adulta, estes jovens doentes e as suas famílias transitam dos serviços de saúde centrados na criança para outros orientados para adultos. Isso implica geralmente mudança de hospital e de médico assistente, bem como de toda uma equipa de profissionais. Neste processo é fundamental a transmissão de informação clínica de forma a assegurar a coordenação e a continuidade de cuidados. Os autores pretendem caracterizar os doentes transferidos da consulta de Pneumologia do Hospital Pediátrico para a consulta de Insuficiência respiratória crónica/patologia do sono dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) nos últimos 5 anos.

Métodos: Foram consultados os relatórios dos doentes transferidos da consulta de Pneumologia do Hospital Pediátrico para a consulta de Insuficiência respiratória crónica/patologia do sono dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) no período de 1/01/2013 a 1/01/2018 e que ainda mantêm seguimento nesta.

Resultados: No período considerado foram transferidos 20 doentes. Os diagnósticos identificados foram de doença neuromuscular em 7 doentes (35%), doenças genéticas diversas em 9 doentes (45%), doença metabólica em 3 doentes (15%) e sequelas graves de meningite em 1 doente (5%). Foram descritas alterações cognitivas graves em 8 doentes (40%); 12 doentes (60%) possuíam dificuldades graves de mobilidade, sendo que, entre outras alterações, 11 doentes (55%) sofriam de cifose. A maioria (55%) possuía alterações cardíacas. O diagnóstico de apneia obstrutiva do sono estava presente em metade dos doentes, para a qual cumpriam ventilação domiciliária por modo de CPAP ou BPAP. Apenas 1 doente fazia oxigenoterapia de longa duração.

Conclusões: Foram identificados jovens adultos com necessidades especiais de cuidados de saúde, com patologias raras e menos familiares ao Pneumologista. A dependência de dispositivos domiciliários era frequente e com tendência a aumentar perante a progressão da doença. Pelas limitações motoras e dificuldades cognitivas muitas vezes existentes, a compreensão da situação clínica e adesão terapêutica estão frequentemente dependentes de

familiares, cuja relação com o médico é essencial. O perfil destes doentes é complexo, exigindo esforço e dedicação por parte do Pneumologista assistente, nomeadamente na criação de uma equipa multidisciplinar, constituindo um desafio relevante.

Palavras chave: Cuidados respiratórios. VNI na criança. VNI no adulto jovem. Transição do hospital pediátrico para hospital adulto.

PE 040. TRANSIÇÃO DOS DOENTES QUE INICIARAM VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NA INFÂNCIA PARA OS CUIDADOS DE ADULTOS: UM DESAFIO ACTUAL

M. Mota¹, E. Matos², A.B. Rodrigues¹, A. Saianda³, L. Pereira^{3,4}, R. Ferreira^{3,4}, S. Moreira⁵, T. Bandeira^{3,4}

¹Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria; ³Unidade de Pneumologia Pediátrica, Departamento de Pediatria; ²Departamento de Pneumologia, Hospital Santa Maria, CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa. ²Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. EPE, Amadora. ⁴Clinica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Introdução: A ventilação domiciliária (VD), juntamente com outros cuidados de saúde e avanços científicos, permitiu que um maior número de crianças com doenças que limitam a vida e condições crónicas complexas atinjam a idade adulta. Estas crianças representam um grande desafio pela tecnologia sofisticada, apoio financeiro e necessidade de cuidados médicos contínuos envolvidos. O objetivo deste estudo é caracterizar crianças que iniciaram VD na Unidade de Pneumologia Pediátrica, com idade superior a 17 anos, e avaliar a sua evolução e outcomes a curto prazo na transição para os cuidados de adultos.

Métodos: Estudo retrospectivo por consulta dos processos clínicos identificados nas bases de registo de doentes com idade superior a 17 anos que iniciaram VD [CPAP, binível (bVNI) ou invasiva (VI)] nos últimos 20 anos na Unidade de Pneumologia de um Hospital Terciário. Classificaram-se as situações com necessidade de ventilação em doenças respiratórias (dR) músculo-esqueléticas (dME), do sistema nervoso central (dSNC) e síndromes genéticas (SG). Análise descritiva (SPSS, vs20, IBM).

Resultados: Trinta e um pacientes de 81 (38,3%) que atingiram a idade adulta e estavam incluídos no programa de ventilação domiciliária pediátrica foram transferidos com sucesso para a Unidade de Ventilação de adultos. A idade mediana de transição foi 21,5 anos (18-33 anos). Destes 23 (74,2%) eram do sexo masculino. 16 (51,6%) doentes tinham dME (7 doentes com distrofia muscular de Duchenne, 3 com atrofia muscular espinhal tipo 2, 2 com miopatia nemalínica, 1 com distrofia miotónica, 1 com miopatia tipo central Core, 1 com cifoescoliose e 1 com osteodistrofia hereditária de Albright), 9 doentes (29%) com dR, maioritariamente doenças restritivas, 4 doentes com síndrome Prader Willi, 1 síndrome Klinefelter/Smith Magenis, 1 paralisia cerebral, 2 obesos e 1 bronquiólite obliterante. 4 (12,9%) com SG e 2 (6,5%) com dSNC. Atualmente, o bVNI é utilizado em 23 (74,2%) doentes, CPAP em 4 (12,9%) e VI em 3 (9,7%). A VD noturna foi prescrita em 23 (74,2%) doentes e 4 (12,9%) são doentes com elevada dependência. O tempo mediano de utilização da VD desde a infância foi de 9 anos (2-21 anos). Na evolução, após a transição para os cuidados de adultos, 8 (25,8%) interromperam a ventilação, 4 pacientes por óbito (1 distrofia muscular de Duchenne, 1 miopatia nemalínica, 2 distrofias musculares), 2 por não adesão, 1 por melhoria e 1 por perda de seguimento.

Conclusões: Apesar dos desafios que representa, observou-se que é possível manter a ventilação crónica domiciliária por longos períodos. Dada a maior sobrevivência destes doentes é mandatório um programa de transição estruturado para os cuidados de adultos. Devem ser estudadas as preferências, satisfação e lacunas de conhecimento para esses programas.

Palavras chave: Ventilação crónica domiciliária. Crianças. Adultos. Transição. Cuidados de adultos.

PE 041. PNEUMOTÓRAX COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE COP

R. Viana, J.C. Costa, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

Introdução: A pneumonia organizativa criptogénica (COP) é uma patologia incomum, com epidemiologia mal definida e apresentação clínica inespecífica, sendo frequentemente confundida com outras patologias. A maioria dos casos apresenta boa resposta a corticoterapia, apesar do risco de recidiva. O presente caso clínico é sobre um doente com pneumotórax espontâneo secundário como forma de apresentação de COP.

Caso clínico: LM, 48 anos, fumador (45 UMA), com antecedentes de enfisema, tromboembolismo pulmonar e pneumotórax espontâneo secundário direito, previamente drenado (3 anos antes). Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, sendo diagnosticado pneumotórax espontâneo secundário esquerdo. A inserção de dreno torácico teve como complicação um hemotórax de pequeno volume. Foi realizada TC torácica de controlo, demonstrando enfisema nos lobos superiores e consolidação parenquimatosa ápico-posterior esquerda, na língula e em ambas as bases, com atelectasia, broncograma aéreo e espessamento pleural associados. Apesar da resolução do pneumotórax, o estado clínico do doente deteriorou-se progressivamente, apresentando febre, expectoração purulenta e insuficiência respiratória parcial, sem resposta a 3 cursos de antibioterapia de largo espectro. Foi realizada angio-TC, sendo excluído tromboembolismo pulmonar, evidenciando as alterações já descritas. Foi efetuada broncoscopia rígida com biópsias transbrônquicas, mostrando infiltrado fibroblástico no espaço intersticial, com células inflamatórias (polimorfonucleares, linfócitos e macrófagos). A suspeita de COP surgiu devido ao quadro clínico, manifestações radiológicas e pela ausência de resposta à antibioterapia. Foram excluídas causas associadas: exames microbiológicos negativos, sem exposição a estupefacientes, provas de função respiratória e estudo analítico sem alterações (ANA, ANCA, RF, complemento e imunoglobulinas normais). A realização de biópsia cirúrgica não foi considerada antes de se efectuar prova terapêutica, dada a deterioração clínica progressiva do doente. Iniciada terapêutica com 1 mg/Kg/dia de prednisolona, mostrando melhoria gradual e significativa dos sintomas. Foi realizada TC torácica de reavaliação aos 2 meses de corticoterapia, que não revelou alterações significativas para além do enfisema já descrito anteriormente. Após 1 ano de corticoterapia com desmame sucessivo, o doente apresentava-se assintomático e sem achados imagiológicos.

Discussão: O pneumotórax é uma complicação e forma rara de apresentação da COP. Apenas 9 casos foram descritos até ao momento. O presente caso clínico ilustra a importância de considerar patologias menos frequentes em casos de deterioração clínica e achados imagiológicos sugestivos. A pneumonia organizativa deve ser incluída no diagnóstico diferencial destes doentes, visto que a instituição de corticoterapia tem excelentes resultados.

Palavras chave: COP. Pneumotórax. Corticoterapia.

PE 042. UMA CAUSA RARA DE PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA

A.L. Fernandes, A. Ferro, I. Chora, A.I. Vasconcelos, B. Seabra, I. Neves

Hospital Pedro Hispano, Matosinhos.

Introdução: A pneumonia organizativa (PO) caracteriza-se pelo preenchimento dos bronquíolos terminais e alvéolos por tecido de

granulação. Existem múltiplas causas descritas de PO secundária, como infeções, doenças do tecido conjuntivo ou fármacos.

Caso clínico: Mulher de 64 anos, não-fumadora, reformada (professora) com antecedentes de hipertensão arterial, valvulopatia com válvula mecânica mitral e sinusite crónica. Sem exposição ou história familiar relevante. Admitida por duas vezes no Serviço de Urgência (SU) com quadro de febre, tosse pouco produtiva e hipersudorese noturna, tendo sido medicada com antibioterapia, com melhoria clínica parcial. Em fevereiro de 2017, foi readmitida no SU pelo mesmo quadro clínico, referindo queixas de astenia e perda ponderal (cerca de 7% do peso corporal) nos últimos 3 meses, tendo sido internada para estudo. Estudo analítico mostrou PCR 249,7 mg/L, VS 106 mm/h mas sem leucocitose ou neutrofilia. Na telerradiografia do tórax identificaram-se infiltrados heterogêneos bilaterais. Hemoculturas e serologias víricas foram negativas. O estudo auto-imune não revelou alterações. A endocardite infecciosa foi excluída. A tomografia computadorizada do tórax mostrou micronódulos pulmonares e lesões em *tree-in-bud*, e áreas de consolidação em vidro despolido com distribuição bilateral, periférica e basal. No exame cultural de expectoração foi isolado um *Enterobacter cloacae complex*, tendo sido medicada com piperacilina e tazobactam. Pela persistência das lesões pulmonares, realizou broncofibroscopia que não identificou alterações endoscópicas. O lavado broncoalveolar (LBA) revelou uma alveolite neutrofílica (33,2%) e linfocítica (31,2%). Os exames microbiológicos diretos do LB/LBA foram negativos e a citologia foi negativa para células malignas. Foi submetida a biópsia pulmonar transtorácica, cujo exame histológico revelou pneumonia organizativa. Foi iniciada corticoterapia sistémica (0,5 mg/kg) e a doente foi encaminhada para a consulta externa de Pneumologia. Após 2 meses de corticoterapia, verificou-se agravamento imagiológico e foi conhecido o isolamento de *Mycobacterium intracellulare complex* (MAC) no exame cultural do LBA. Assumido o diagnóstico de pneumonia organizativa secundária a infeção pulmonar por MAC e iniciado tratamento com rifampicina, etambutol e claritromicina e suspensão corticoterapia.

Discussão: Os autores descrevem este caso pela sua raridade e para ilustrar a importância da investigação das diversas causas secundárias na pneumonia organizativa, de forma, a obter uma resposta eficaz ao tratamento instituído.

Palavras chave: *Pneumonia organizativa. Mycobacterium avium complex.*

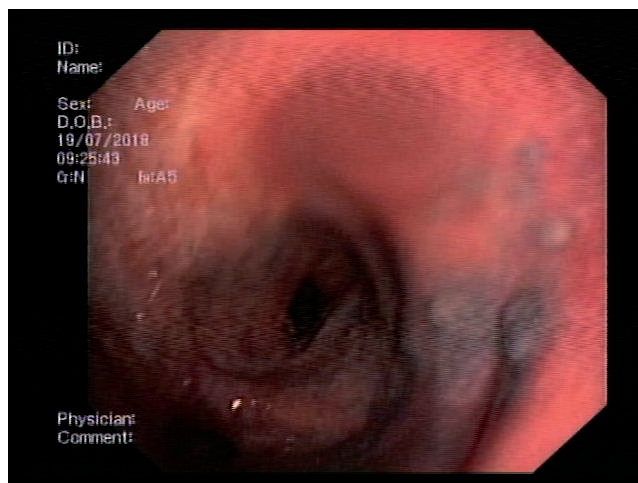
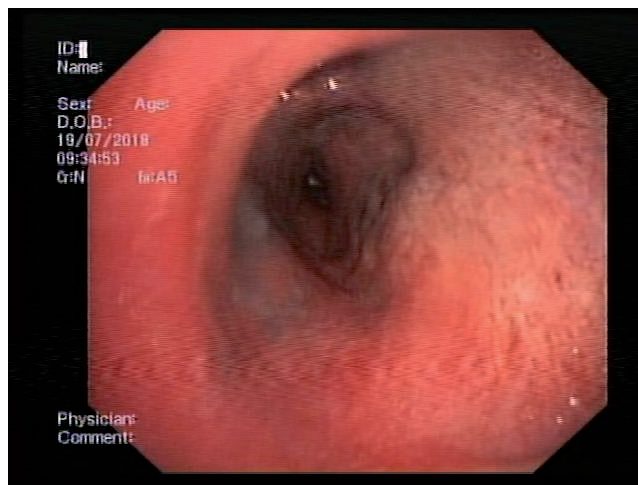
PE 043. SILICOSE COM ENVOLVIMENTO ENDOBRÔNQUICO - CASO CLÍNICO

M. Afonso, S. Heleno, J. Silva, A. Vale, A. Loureiro, A. Fernandes
Serviço de Pneumologia, CHTMAD.

Introdução: A silicose pulmonar crónica é a patologia mais frequente causada pela exposição a sílica. O diagnóstico é estabelecido através da história de exposição e da presença de alterações imagiológicas, nomeadamente micronodulação e adenopatias calcificadas. A tradução endobrônquica é uma expressão rara desta patologia.

Caso clínico: Apresentamos um caso clínico de um doente do sexo masculino, 58 anos, não fumador e autónomo. Trabalhou como cantiteiro, com exposição a sílica e sem utilização de protecção respiratória. Antecedentes não-respiratórios de lipomatose e refluxo gastro-esofágico com esofagite grau I. Diagnóstico conhecido de silicose desde 2005, à data com queixas de dispneia para médios esforços e tosse ocasional. Imagiologicamente tinha nódulos pulmonares infracentimétricos de baixa densidade e adenopatias mediastínicas calcificadas. Sem repercussão funcional. Endoscopicamente apresentava mucosa brônquica globalmente ruborizada. Manteve exposição, com progressão das alterações imagiológicas. Em maio/2011, por hemoptises, realizou tomografia computadorizada de alta resolução (TC-AR), em que se destaca importante alteração imagiológica, com a presença de múltiplas lesões nodulares e micronodulares bilateralmente, e

de adenomegalias mediastínicas e hilares, algumas calcificadas. Também se identificou opacidade sugestiva de atelectasia no lobo médio (LM). Realizou broncofibroscopia (BF) onde se observou edema global da mucosa, mais evidente no B1+2 esquerdos. Em janeiro/2012 repetiu BF, que mostrou hipertrofia glandular, mucosa edemaciada e estenose do brônquio lobar médio (BLM). Realizou lavado broncoalveolar, com evidência de partículas cristalinas multirefringentes (provavelmente correspondendo a sílica), com exame microbiológico negativo e sem evidência de células neoplásicas. Em 2013 passou a utilizar protecção de via aérea, e cessou exposição em 2016. Desde 2013 manteve estabilidade imagiológica. Clinicamente com progressiva susceptibilidade para infeções víricas. Em julho/2018 apresentou agravamento gradual do estado geral e da sintomatologia respiratória, nomeadamente tosse seca e dispneia para esforços moderados/ligeiros. Em TC-AR apresentava aumento dimensional das lesões parenquimatosas, pelo que realizou nova BF com o intuito de excluir infeção e/ou neoplasia. Na BF detectaram-se múltiplas lesões vegetantes, de cor acinzentada a nível do brônquio principal direito, brônquio intermediário e brônquio lobar superior esquerdo, local onde se realizaram biópsias. Mucosa globalmente ruborizada. Mantinha estenose em fenda do BLM, impedindo a passagem do BF. Exame microbiológico com flora normal, com exame micobacteriológico directo negativo. O exame histológico mostrou mucosa brônquica revestida por epitélio cilíndrico ciliado sem atipia e de córion subjacente ocupado por agregados nodulares de histiócitos com detritos citoplasmáticos, acompanhados de discreta fibrose e vasos ectáticos de tipo capilar, aspectos compatíveis com nódulos silicóticos. Sem identificação de tecido de granulação. Não foi possível pesquisar cristais birrefringentes.



Discussão: Apresentamos este caso de silicose crônica pela sua evolução para um envolvimento atípico e raro, com poucos casos descritos na literatura. Alguns desses casos apresentam concomitantemente síndrome do lobo médio, secundário às alterações endobrônquicas da silicose. Destaca-se também como uma hipótese de diagnóstico rara nesta situação clínica, onde a etiologia mais provável seria infecciosa ou neoplásica.

Palavras chave: Silicose. Nódulos endobronquiais.

PE 044. QUANDO OS NÓDULOS ENGANAM - DA SUSPEITA DE NEOPLASIA AO DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSE PULMONAR

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

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

Introdução: A sarcoidose é uma doença inflamatória granulomatosa sistêmica com atingimento pulmonar na maior parte dos casos. Apresenta-se mais frequentemente na forma de múltiplos pequenos nódulos, no entanto, em 15% a 25% dos casos pode originar nódulos de grandes dimensões que mimetizam neoplasias. Nos estadios iniciais também podem surgir opacidades densas irregulares na periferia pulmonar rodeadas por vidro despolido.

Caso clínico: Mulher, 69 anos, não fumadora, encaminhada a consulta de diagnóstico pneumológico rápido por nódulo pulmonar espiculado e derrame pleural direito identificados em TC abdominopélvico realizado no contexto de lombalgia e hemoglobínúria. Doente referia cansaço e dispneia para médios esforços, tosse seca e perda ponderal não quantificada, com 1 mês de evolução. Ao

exame objetivo, eupneica em repouso, saturação periférica de oxigênio de 96%, murmúrio vesicular mantido e simétrico, sem ruídos adventícios. Antecedentes de gamapatia monoclonal IgG K, hipertensão arterial, dislipidemia, litíase renal, colelitíase, angioma hepático, histerectomia e anexectomia por mioma uterino. Realizada TC torácica com identificação ao nível do lobo inferior direito (LID) de nódulo espiculado justadiafragmático de 22,5 mm e área densa irregular de 31,5 mm no segmento basal posterior (fig. 1). No lobo superior esquerdo (LSE) observados dois nódulos mais pequenos com padrão em vidro despolido adjacente (fig. 2), sem identificação de adenopatias e já sem derrame pleural. Pela forte suspeita de neoplasia pulmonar, primitiva ou secundária, foi realizada PET/TC que revelou hiper captação de F-18-FDG no nódulo justadiafragmático do LID (SUVmax 8,84) e no nódulo maior do LSE (SUVmax 3,42), corroborando a hipótese de lesão maligna. Foi então realizada biópsia aspirativa transtorácica do nódulo do LID, mas a análise anatomopatológica revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com áreas de necrose e fibrose. Foram excluídos aspetos suspeitos de neoplasia e sugerido diagnóstico diferencial com tuberculose e sarcoidose. Não foi observada a presença de microrganismos, nomeadamente fungos ou BAAR. Realizada videobroncofibroscopia com lavado broncoalveolar do brônquio do LID, com 100 células/uL, alveolite linfocítica ligeira (23%) e razão CD4/CD8 de 8,1. A pesquisa de BAAR, ADN de *Mycobacterium tuberculosis* e culturas em meio líquido e sólido de Lowenstein-Jensen foram negativas. O doseamento sérico da enzima conversora de angiotensina foi normal (51,6 UI/L). A combinação destes dados levou ao diagnóstico de Sarcoidose pulmonar, sem envolvimento ganglionar. Não foi observada evidência de envolvimento de outros órgãos pela doença. Foi introduzida corticoterapia oral, na dose inicial de 60 mg de deflazacorte, com redução mensal de 15 mg. A doente mantém-se atualmente estável e aguarda reavaliação imagiológica.

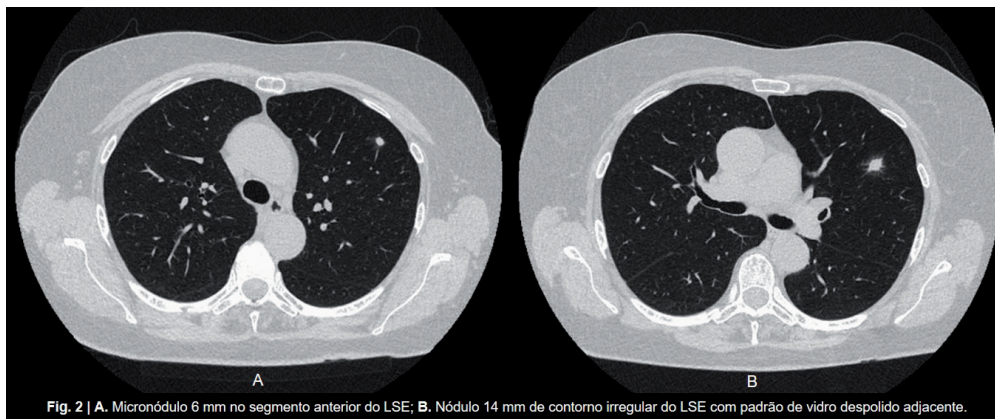
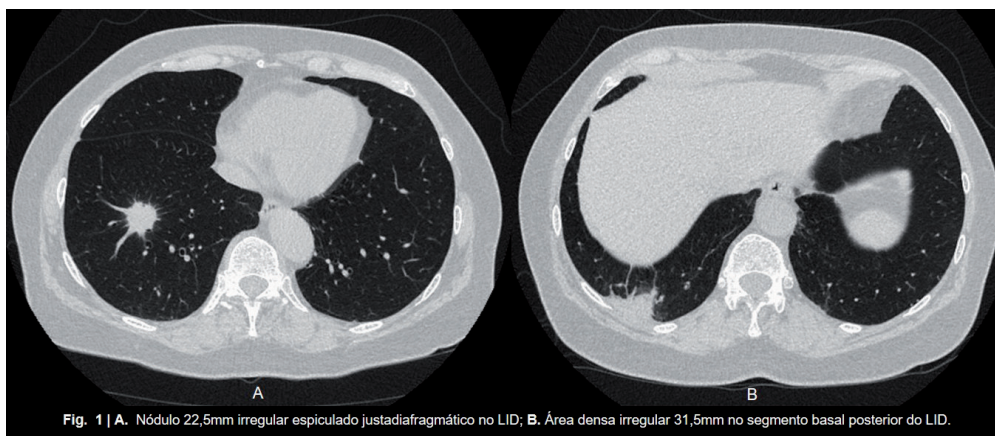


Figura PE 044

Discussão: As características clínicas e imagiológicas permitem delimitar o diagnóstico diferencial dos nódulos pulmonares, no entanto, é necessária a caracterização histológica para chegar a um diagnóstico definitivo. Apresentamos este caso clínico pela apresentação pseudotumoral de sarcoidose que despoletou a marcha diagnóstica e inevitável preocupação da equipa médica e da doente. A caracterização metabólica por PET permitiu seleccionar o local ideal para a biópsia. A presença de granulomas bem formados, razão CD4/CD8 muito elevada e exclusão de tuberculose foram fatores a favor do diagnóstico de sarcoidose.

Palavras chave: Nódulos pulmonares. Sarcoidose. Biópsia transtorácica. Lavado broncoalveolar.

PE 045. HEMOPTISES: UMA ABORDAGEM DIFÍCIL NO LINFANGIOMA DO TIMO

N. Caires¹, S.C. Silva¹, R. Rosa¹, R. Gerardo¹, A.R. Costa², I. Bravio², L. Semedo¹, J. Cardoso¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, NOVA Medical School. ²Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central.

Introdução: As principais causas de hemoptises nos adultos são infeções respiratórias agudas ou crónicas, bronquiectasias e neoplasia pulmonar. Em casos raros podem resultar de malformações congénitas arterio-venosas ou linfáticas. Na maioria dos casos, a abordagem consiste em terapêutica médica.

Caso clínico: Mulher de 40 anos, ex-fumadora em contexto social, com história de linfangioma do timo com quilopericárdio recidivante submetida a timectomia e laqueação do canal torácico aos 10 anos de idade. Referenciada por quadro de cerca de 3 anos de evolução de hemoptises recorrentes com agravamento progressivo, não associado a infeções respiratórias ou sintomas constitucionais. Referia ainda pieira, dispneia de esforço e dispneia paroxística nocturna. Ao exame físico, a destacar, oximetria de pulso com saturação periférica de oxigénio de 94% em ar ambiente, murmúrio vesicular diminuído e tons cardíacos hipofonéticos. Do estudo complementar há a destacar, serologias virais, assim como exame directo e cultural para pesquisa de micobactérias na expectoração, negativos; Tomografia Computorizada (TC) torácica com densificação peri-broncovascular no parênquima pulmonar, sugerindo processo linfangiomatoso, estenose da emergência brônquica por espessamento da bainha broncovascular central, artérias brônquicas anómalas à direita e calcificação do pericárdio aparentemente sequelar; PET-TC sem captações metabolicamente activas; Broncofibroscopia com edema difuso da mucosa, sem foco de hemorragia. Estudo funcional respiratório compatível com distúrbio ventilatório misto (FEV1 23%) e redução da DLCO (24%). Foi medicada com anti-fibrinolíticos, anti-tússicos, broncodilatadores e corticosteroides inalados sem melhoria clínica. Na sequência de hemoptises de difícil controlo realizou angiografia com embolização das artérias brônquicas anómalas com bom resultado e no contexto de uma pericardite constrictiva aguda foi submetida a pericardiectomia. A histologia da peça operatória mostrou recidiva de linfangioma mediastínico com envolvimento do pericárdio e do lobo médio. Por persistência de hemoptises recorrentes iniciou dieta pobre em triglicéridos de cadeia longa com pouca adesão. Encontra-se actualmente medicada com corticoterapia sistémica em baixa dose e octreotido intramuscular mensal tendo atingido estabilidade clínica.

Discussão: Os linfangiomas resultam de uma alteração congénita do desenvolvimento linfático. São mais comuns na infância e localizam-se tipicamente a nível cervical. No estadio inicial e localizado, a ressecção radical é habitualmente curativa, sendo a recorrência muito rara. Nas formas difusas do mediastino, não há terapêutica estabelecida. A utilização de análogos de somatostatina tem como objectivo a inibição da secreção linfática através de receptores

específicos no vaso linfático e diminuição do fluxo, podendo contribuir para a estabilização desta doença.

Palavras chave: Linfangioma do timo recidivante. Hemoptises. Octreótido.

PE 046. DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR COMO MANIFESTAÇÃO DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

A. Magalhães, I. Moreira, R. Coelho, A. Borba, J. Cardoso

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)-Hospital de Santa Marta, Nova Medical School-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Caso clínico: Apresentam-se os casos de duas doentes com pneumonia intersticial linfocítica (LIP) associada a síndrome da imunodeficiência comum variável (SICV). O primeiro caso é de uma mulher de 48 anos de idade, com história prévia de hipertensão arterial, não fumadora e sem fatores de exposição relevantes. Referenciada à consulta de Pneumologia por infeções respiratórias de repetição e dispneia para médios esforços. Da avaliação complementar a destacar: 1) Avaliação analítica: défice de IgG e IgA; 2) PFR: restrição ligeira e diminuição da DLCO (53%); 3) PM6M: distância percorrida 81% do previsto, sO2 mínima 86%; 4) TC-tórax: densificações micronodulares bronquiocentradas bilaterais, com componente de pequenas consolidações com broncograma aéreo. Adenopatias hilares, paratraqueais e subcarinais proeminentes; 5) Broncofibroscopia sem alterações endoscópicas, alveolite linfocitária (52%); 6) Biópsia pulmonar cirúrgica compatível com LIP. Foi encaminhada para consulta de hematologia tendo-se confirmado o diagnóstico de SICV. Iniciou tratamento com prednisolona 40 mg/dia e fez vacinação anti-pneumocócica. Após 5 meses de terapêutica verificou-se melhoria clínica, funcional e imagiológica permitindo o desmame da dose de corticóide sistémico. Encontra-se em seguimento em consulta de Pneumologia há 4 anos com necessidade de dose de manutenção de 10 mg/dia de prednisolona por recorrência da doença intersticial com doses menores. Actualmente com aumento da frequência de exacerbações infecciosas pelo que está em avaliação na consulta de Hematologia para terapêutica de substituição com imunoglobulinas. O segundo caso é de uma doente do sexo feminino, de 41 anos de idade, com o diagnóstico de asma desde a infância. Recorre a consulta de Pneumologia por quadro de dispneia de agravamento progressivo e infeções respiratórias de repetição. Do estudo realizado a destacar: 1) Avaliação analítica: défice de IgG e IgA; 2) PFR dentro na normalidade de mas com redução da DLCO (51%); 3) PM6M: distância percorrida 61% do previsto, sO2 mínima 95% 3) TC-tórax: densificações em vidro despolido multifocais peri-broncovasculares. 4) Broncofibroscopia inconclusiva; 5) Biópsia pulmonar cirúrgica: compatível com LIP. Foi iniciada imunossupressão com prednisolona 10 mg/dia e azatioprina 25 mg/dia e fez vacinação anti-pneumocócica. Encaminhada para a consulta de Hematologia onde foi confirmado o diagnóstico de SICV e iniciada imunoglobulina humana mensal. Verificou-se melhoria da dispneia e tolerância aos esforços bem como melhoria radiológica permitindo suspensão de azatioprina. Não houve possibilidade de desmame da dose de prednisolona nos 7 anos de seguimento por recorrência da doença intersticial pulmonar, à semelhança do primeiro caso. Manteve infeções respiratórias de repetição, a destacar um internamento prolongado por pneumotórax espontâneo, aspergilose pulmonar invasiva, pneumonia nosocomial com choque séptico e necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Discussão: A LIP é a causa mais comum de doença intersticial pulmonar nos doentes com SICV podendo chegar a afetar 10 a 30% destes. Apesar da ausência de estudos de grandes dimensões sobre esta associação, alguns trabalhos apontam para um importante aumento da morbidade e redução da sobrevida em comparação com os doentes com SICV sem LIP. As complicações infecciosas constituem um desafio na gestão destes doentes podendo contribuir para

a dificuldade na remissão total e recorrência da doença intersticial pulmonar obrigando a um follow up rigoroso.

Palavras chave: Doença intersticial pulmonar. Síndrome da imunodeficiência comum variável. Pneumonia intersticial linfocítica.

PE 047. HIPEREOSINOFILIA: INDUZIDA POR FÁRMACOS, VASCULITE OU AMBAS? - CASO CLÍNICO

S. Lucas, H. Ramos, C. Guerreiro, U. Brito

Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: As causas de hipereosinofilia (HE) são numerosas e são convencionalmente divididas em três categorias: reativa, primária e idiopática. A HE periférica deve desencadear uma pesquisa da causa subjacente, contudo, por vezes, essa identificação pode ser difícil. A HE pode causar complicações graves e potencialmente fatais.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso clínico de um homem de 48 anos, ex-fumador de 5 unidades/ano, com história de rinossinusite alérgica, asma brônquica e bronquiectasia pós-tuberculose. Em maio de 2017 apresentou hemoptises que motivaram internamento hospitalar. O tratamento para provável tuberculose pulmonar com HRZE foi iniciado após identificação de *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) no teste de amplificação de ácidos nucleicos (TAAN) das secreções brônquicas (exame direto e cultural negativo). Após início da terapêutica antibacilar verificou-se desenvolvimento de HE periférica ligeira, não existente previamente. Após a transição para a fase de manutenção com HRE (agosto de 2017), o doente apresentou deterioração clínica e radiológica com diarreia, dor abdominal e parestesias dos membros que levaram a novo internamento hospitalar. Analiticamente apresentava HE grave ($26,1 \times 10^9/L$) que motivou a interrupção da terapêutica antibacilar, por suspeita de efeito adverso, e o início de corticoterapia. O atingimento de órgão alvo com polineuropatia periférica intensa foi confirmado por eletromiografia e tratado com piridoxina e carbamazepina. Verificou-se, também, envolvimento cardíaco assintomático com elevação da troponina I, prolongamento do intervalo QT embora com ecocardiograma normal. Após a alta hospitalar, o doente permaneceu sob vigilância com manutenção da HE periférica ($> 1,0 \times 10^9/L$), apesar da interrupção previa dos antibacilares. Assim, iniciou-se marcha diagnóstica para exclusão de outras causas possíveis. Da investigação realizada verificou-se: exame parasitológico das fezes negativo; serologias negativas (HIV, sífilis, HBV, HCV, CMV); estudo auto-imune negativo, exceto ANCA-proteinase 3; IgE total 116 UI/ml; vitamina B12 normal; fenotipagem do sangue periférico normal; pesquisa de FIP11-PDGFRa negativo. Do restante estudo de atingimento de órgão alvo realizado verificou-se radiografias torácicas sequenciais com evidência de infiltrados migratórios; videobroncofibroscopia sem lesões endobrônquicas com exame direto, cultural e TAAN para Mt negativo; estudo funcional respiratório com obstrução grave e broncodilatação positiva; endoscopia digestiva alta com esôfago de Barrett e úlcera duodenal (histologia com ligeira erosão superficial sem outras alterações, *Helicobacter pylori* negativo); exame sumário de urina normal. O diagnóstico de provável granulomatose eosinofílica com poliangeíte foi admitido após englobar a clínica, história pregressa (rinossinusite, asma brônquica), presença de infiltrados pulmonares migratórios, manutenção da HE sanguínea e exclusão de outras etiologias. O doente realizou biópsia nasal que revelou congestão vascular sem outras alterações histológicas. Atualmente, o doente mantém-se em vigilância e sob terapêutica com corticosteroides.

Discussão: Os autores descrevem esse caso pelo seu diagnóstico difícil, inicialmente mascarado pela possibilidade de efeito adverso aos antibacilares. O doente apresentou melhoria com corticoterapia mantendo, contudo, atingimento de órgão alvo.

Palavras chave: Hipereosinofilia. Vasculite. Granulomatose eosinofílica com poliangeíte.

PE 048. DEMOGRAFIA, COMORBILIDADES E DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

M.F. Guia, J.P. Boléo-Tomé, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE.

Introdução: Portugal apresentou, em 2017, uma taxa de incidência de tuberculose (TB) de 15,4/100.000 habitantes, sendo que 57,3% dos casos foram notificados nos distritos do Porto e Lisboa.

Objectivos: Realizar uma análise a nível de dados demográficos, comorbilidades e produtos usados para o diagnóstico de TB em doentes internados no Serviço de Pneumologia de um hospital que serve uma das zonas de maior incidência do país.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos e laboratoriais de doentes internados com diagnóstico de TB num Serviço de Pneumologia num período de 5 anos.

Resultados: Foram incluídos 68 doentes, a maioria dos quais (69%) do sexo masculino, com uma média de idades de 44 anos (mínima 18 e máxima 87). As freguesias em que foram identificados mais casos foram Águas Livres (16%), Rio de Mouro (12%), Algueirão-Mem Martins (10%), Mina de Água (10%) e Cacém-São Marcos (9%). Foram incluídos 29 doentes (43%) provenientes de 7 outros países (8 dos quais a residir em Portugal há menos de 2 anos), sendo que da amostra total 16% eram originários de Angola, 12% de Cabo Verde e 9% da Guiné-Bissau. Em termos profissionais, 19% dos doentes encontravam-se desempregados, 15% reformados, 10% trabalhavam na construção civil, 6% na restauração e 6% eram lojistas. Quase um terço (31%) dos doentes eram fumadores ativos (10% eram ex-fumadores) e 21% consumiam mais de duas unidades de álcool por dia. Havia 2 casos de consumo atual de canabinóides e 2 ex-toxicodependentes (1 de heroína e outro de cocaína). Outras comorbilidades identificadas foram a DPOC (7 casos, 10%), diabetes tipo 2 não insulino-tratada (5 casos), doença renal crónica (3 casos), neoplasia (2 casos), um caso de doença de Crohn e um de infeção pelo VIH. Verificou-se um óbito, por pneumonia nosocomial. Quase todos os doentes apresentaram envolvimento pulmonar, 2 apenas envolvimento pleural e 12 (18%) apresentaram envolvimento pleuro-pulmonar. Verificaram-se 3 casos de envolvimento endobrônquico e uma suspeita de envolvimento laríngeo. O exame de expetoração permitiu estabelecer o diagnóstico em 56% dos casos (exame cultural positivo em todos, 84% com exame direto positivo). Em 32% dos casos o diagnóstico foi confirmado por secreções brônquicas colhidas por broncofibroscopia. Foram feitas biópsias brônquicas em 3 doentes, um com exame direto e cultural positivos, 2 com histologia sugestiva. Foi realizada toracocentese em 10 doentes (exame direto e cultural negativos), 9 das quais com valor de adenosina-deaminase superior a 40 U/L (valor médio 87 U/L). Foram efetuadas biópsias pleurais em 6 doentes, 5 correspondendo a pleurite granulomatosa, 2 das quais com exame cultural positivo. A nível de perfil de sensibilidade, 85% dos casos foram multi-sensíveis, verificando-se 2 casos de resistência à Isoniazida e um de tuberculose multi-resistente.

Conclusões: A população estudada apresenta certas especificidades, como uma elevada taxa de imigrantes e maior percentagem de desemprego e etanolismo que a média nacional. Mais de metade dos doentes eram bacilíferos, tendo sido necessário recorrer a broncofibroscopia em cerca de um terço dos casos.

Palavras chave: Tuberculose. Epidemiologia. Micobacteriologia.

PE 049. TUBERCULOSE À FLOR DA PELE: CASO CLÍNICO

M.I. Costa, T. Oliveira, J.P. Braga

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: Apesar das formas eficazes de diagnóstico e tratamento, a tuberculose continua a representar um problema de saúde pública global. Na maioria dos casos a doença cursa com atingimento pulmonar, mas pode propagar-se a praticamente qualquer órgão

potenciando uma diversidade de sintomas e manifestações clínicas. As tuberculides são lesões cutâneas, raras, fruto de uma reação de hipersensibilidade tardia à tuberculina e que podem ter uma multiplicidade de apresentações desde pápulas induradas até lesões inflamatórias necróticas. O seu diagnóstico baseia-se na clínica dermatológica e nos achados anatomopatológicos, uma vez que o exame cultural, a deteção molecular ou a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes na biópsia cutânea são comumente negativas. O seguinte caso clínico narra a evolução dum doente com tuberculose pulmonar e lesões cutâneas compatíveis com tuberculide.

Caso clínico: Homem, 60 anos, asiático, não fumador e com antecedentes de diabetes mellitus e HTA. Assintomático em maio de 2017, realiza radiografia de tórax onde é identificado infiltrado pulmonar no ápice direito, sugestivo de tuberculose. Nessa altura não é realizada qualquer investigação diagnóstica. Em maio de 2018, recorre a consulta de pneumologia por quadro arrastado de tosse não produtiva e emagrecimento. Repetida radiografia torácica, documentando agravamento do infiltrado pulmonar. Adicionalmente, descreve aparecimento, há cerca de 6 meses, de lesões cutâneas pruriginosas, com distribuição preferencial no tronco e membros, já avaliadas por dermatologia e persistentes apesar de múltiplas terapêuticas tópicas dirigidas. Por alta suspeita de tuberculose colhe amostra de secreções para baciloscopia que é negativa. Prosseguida marcha diagnóstica com realização de broncofibroscopia a evidenciar mucosa edemaciada e presença de secreções purulentas no lobo superior direito tendo-se colhido amostras. Relativamente às lesões cutâneas, caso discutido com dermatologia que descreve rash eritematovioláceo liquenóide pruriginoso e pápulas violáceas tendo realizado biópsia para estudo complementar. Obtida positividade na deteção molecular de complexo *Mycobacterium tuberculosis* no lavado broncoalveolar. Estudo anatomopatológico de amostra cutânea a evidenciar infiltrado histiocitário e histoquímica a excluir presença de microrganismos. Doente orientado para o centro de diagnóstico pneumológico onde iniciou terapêutica antibacilar. Evolução favorável com melhoria da sintomatologia geral, das queixas respiratórias e regressão manifesta das lesões cutâneas.

Discussão: A tuberculose tem uma ampla variedade de apresentações podendo cursar com quadros mais ou menos acentuados, geralmente com uma evolução arrastada. O atingimento pulmonar é o mais comum, fazendo com que os sintomas respiratórios dominem a clínica, no entanto, outras manifestações podem estar presentes e devem ser exploradas. As tuberculides são lesões raras que ocorrem em menos de 5% dos casos de tuberculose ativa, de patogénese não esclarecida, mas que comumente se consideram resultado de reações cutâneas de hipersensibilidade ao *M. tuberculosis* presentes em pacientes com altos níveis de imunidade ao agente. Como observado neste caso, a não identificação de bacilos na biópsia cutânea é comum, mas, na presença de doença ativa com identificação extracutânea de *M. tuberculosis*, a evidência histopatológica de granulomas e a melhoria das lesões com a terapêutica antibacilar sustentam o seu diagnóstico. Sob tratamento adequado, a doença tem uma evolução favorável e cura.

Palavras chave: Tuberculose. Tuberculides. Reação de hipersensibilidade.

PE 050. CANDIDA LUSITANIAE - UM VERDADEIRO CAVALO DE TRÓIA

C. Pereira¹, A. Fernandes², C. Carvalho¹, A. Machado¹, F. Ferro¹, J. Lopes³, C. Lopes⁴, P. Azevedo⁴

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ²Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

³Serviço de Medicina Interna, Hospital Distrital de Santarém.

⁴Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR), Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: As espécies de *Candida* são isoladas com frequência em doentes com fibrose quística, no entanto, o seu papel na doença

permanece indefinido. Previamente considerada como tendo uma virulência mínima devido à sua capacidade comensal, na última década tem-se assistido ao aumento do reconhecimento da infecção por *Candida* entre doentes com fibrose quística. A *Candida lusitanae* é um microrganismo oportunista raro, mas quando é isolado está associado a doença grave e, frequentemente, fatal.

Caso clínico: Mulher de 47 anos, não fumadora, com o diagnóstico de fibrose quística desde os 43 anos (F508del/V232D) cujo envolvimento pulmonar se traduz por múltiplas bronquiectasias difusas, preferencialmente localizadas no lobo superior direito e lobo médio com colonização intermitente por *PSAE* e *Mycobacterium avium*. Apresentava um quadro com uma semana de evolução caracterizado por febre, aumento do volume e purulência da expetoração, acompanhado de dispneia para médios esforços motivo pelo qual foi internada. Foram colhidas hemoculturas e expetoração para exame microbiológico e foi medicada com meropenem e amicacina. Observou-se agravamento progressivo do quadro clínico com febre persistente, taquicárdica, polipneica e agravamento da hipoxémia com necessidade crescente de aporte de O₂ (paO₂ 60 com FiO₂ 60%) tendo sido admitida na UCIR com início de oxigenoterapia de alto fluxo. Fez TAC torácica com evidência de “consolidação do parênquima pulmonar no lobo inferior esquerdo, identificando-se outras áreas de densificação do parênquima pulmonar nos diferentes lobos com padrão “tree in bud”” e foi realizada Broncofibroscopia com técnicas subsidiárias para colheita de produtos para microbiologia, com evidência de lesões nodulares esbranquiçadas por toda a extensão da parede posterior da traqueia e secreções purulentas mais abundantes na árvore brônquica esquerda e isolamento de *Candida lusitanae* nas secreções brônquicas, no lavado broncoalveolar e nas biópsias brônquicas. Face ao diagnóstico de candidíase invasiva a *Candida lusitanae*, iniciou terapêutica com fluconazol com franca melhoria clínica e radiológica, diminuição da necessidade de aporte de oxigenoterapia, permitindo a conversão de oxigenoterapia de alto fluxo para oxigenoterapia convencional com um débito de 3 L/min. À data de alta encontrava-se na 7ª semana de terapêutica com fluconazol, bem tolerada após uma fase inicial com toxicidade hepática que reverteu com uma curta interrupção da terapêutica.

Discussão: Apesar da *Candida* ser uma espécie comensal, infecções graves e potencialmente fatais por estes microrganismos têm vindo a aumentar nas últimas décadas. A *Candida lusitanae* deve ser considerada um agente oportunista quando isolada num contexto clínico adequado. Alguns factores de risco comuns em doentes com infecção por este agente são: neoplasia subjacente, administração prolongada de antibioterapia, hospitalização prolongada, catéteres intravasculares, terapêutica com citotóxicos ou corticosteróides ou granulocitopenia.

Palavras chave: Candida. Candidíase invasiva. Fibrose quística. Oxigenoterapia de alto fluxo. Fluconazol.

PE 051. TUBERCULOSE PLEURAL EM ANÁLISE: REAL LIFE STUDY

M.C. Silva, A. Alves, D. Reis, C. Ribeiro, A. Oliveira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Introdução: A tuberculose continua a ser uma das principais causas de derrame pleural em Portugal. O diagnóstico definitivo de tuberculose pleural depende do isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) no líquido pleural ou nas amostras de biópsia pleural. O conhecimento atual salienta que valores elevados de adenosina diaminase (ADA) e de linfócitos no líquido pleural, bem como a demonstração de granulomas necrotizantes na pleura, suportam a evidência de tuberculose pleural, sendo lícito o início de terapêutica antibacilar.

Objectivos: Análise descritiva dos casos de tuberculose pleural na nossa população.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo que inclui todos os doentes com diagnóstico final de tuberculose após investigação de derrame pleural inaugural, avaliados no hospital de dia de pneumologia durante um período de 5 anos.

Resultados: Foram incluídos no estudo 21 doentes com diagnóstico de tuberculose. A idade média foi de 48,4 (\pm 26,2 anos) e 85,7% dos doentes eram do género masculino. 28,6% dos doentes apresentavam estados de imunossupressão. Radiografia torácica: 76,2% dos doentes com derrame livre; 52,4% dos doentes com derrame à esquerda; 95,2% dos doentes com derrame de pequeno a moderado volume. Toracocentese: todos os derrames eram do tipo exudativo. O valor médio da ADA no líquido pleural foi 148,8 (\pm 42,9). Todos os doentes apresentaram linfocitose no líquido pleural superior a 50%; 57,1% dos doentes apresentaram teste de amplificação dos ácidos nucleicos (TAAN) e/ou exame cultural do líquido pleural positivos. Biópsia pleural: foi realizada em 15 doentes (71,4%) sendo que 14 destes (93,3%) apresentaram histologia com granulomas necrotizantes. 10 doentes (46,5%) apresentaram TAAN e/ou exame cultural positivo na biópsia. Amostras respiratórias: todos os doentes realizaram, por rotina, colheita de expetoração para análise. 7 doentes (33,3%) realizaram broncofibroscopia; 28,6% dos doentes apresentaram TAAN ou cultural positivo na amostra respiratória. Em 4 doentes (19%), o diagnóstico não foi confirmado por cultura ou TAAN. Nenhum doente com confirmação por cultura apresentou resistência aos antibióticos de primeira linha.

Conclusões: A toracocentese e a biópsia pleural em conjunto permitiram o diagnóstico cultural em 81%. Seis doentes (28,6%) apresentaram tuberculose pleuropulmonar e um doente (4,8%) apresentou tuberculose disseminada. Valores de ADA superiores a 70 estavam presentes em 85,7% dos doentes. Todos os doentes com diagnóstico presuntivo (sem confirmação micobacteriológica) tinham histologia com granulomas necrotizantes e valores de ADA elevados.

Palavras chave: Tuberculose pleural. Derrame pleural. Toracocentese. Biópsia pleural.

PE 052. (STOP) ABANDONO DO TRATAMENTO: DETERMINANTES NOS DOENTES COM TUBERCULOSE, NO DISTRITO DE COIMBRA, 2005-2011

R. Eufrásio, C. Alcobia, L. Rodrigues

Unidade de Saúde Pública, ACeS Baixo Vouga.

Introdução: Os doentes com tuberculose que não completam o tratamento têm maior probabilidade de desenvolver tuberculose multirresistente, contribuindo para reservatórios da doença e para a continuidade da sua transmissão na comunidade. Esta preocupação crescente motivou o desenvolvimento de estudo para identificar os fatores de risco para abandono do tratamento entre os doentes com tuberculose, no Distrito de Coimbra entre 2005 e 2011.

Métodos: Realizou-se um estudo caso-controlo. Compararam-se 21 doentes que abandonaram o tratamento (casos), com 417 que o concluíram (controles). Caracterizaram-se por variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais, mediante estatística descritiva. Para a identificação dos principais fatores de risco no abandono do tratamento, as variáveis categóricas e numéricas foram comparadas através do teste qui-quadrado/exato de Fisher e t de Student, respetivamente. As variáveis selecionadas foram incluídas num modelo de regressão logística múltipla.

Resultados: Considerando os doentes que abandonaram o tratamento, a sua idade média era de 37 (\pm 14,4); a maioria (71,4%) era do sexo masculino; e 71,4% apresentavam doença pulmonar. Consumos aditivos de drogas, álcool e tabaco eram comuns (23,8%, 42,9% e 42,9% respetivamente). Doenças crónicas incluíam hepatite C e B (19% e 14,3%), silicose (4,8%) e doença mental (9,5%). Nenhum dos casos apresentava história de reclusão, diabetes, doença pulmonar

obstrutiva crónica ou insuficiência renal. A análise univariável concluiu que o abandono era mais provável entre imigrantes (OR: 3,64; IC95% 1,25-10,55; $p = 0,03$); desempregados (OR: 2,98; IC95% 1,09-8,08; $p = 0,04$); antecedentes comportamentos aditivos com drogas (OR: 7,83; IC95% 2,55-24,04; $p < 0,01$) e álcool (OR: 3,02; IC95% 1,23-7,40; $p = 0,02$); e infeção por vírus da hepatite C e B. A análise de regressão logística múltipla identificou os imigrantes (aOR: 3,51; IC95% 1,04-11,84; $p = 0,04$), como o principal fator de risco para o abandono do tratamento.

Conclusões: Apesar das tendências demográficas da tuberculose se terem alterado, as características dos doentes que abandonam o tratamento permanecem relativamente estáveis. No Distrito de Coimbra, a sua probabilidade está fortemente associada a problemas sociais e de saúde tais como imigração e comportamentos aditivos (álcool e drogas). É extremamente importante que as equipas médicas estejam particularmente atentas a estes doentes, considerando medidas adicionais de apoio a doentes com fatores de risco para abandono, priorizando-os para seguimento intensivo. Os resultados enfatizam a necessidade para maior e melhor coordenação com demais serviços de saúde, como de saúde mental, comportamentos aditivos com substâncias e cessação tabágica. Igualmente, os profissionais de saúde deverão ter em conta, que as suas atitudes e práticas influenciam a adesão dos doentes ao tratamento. A tuberculose multirresistente com a sua prevalência crescente, e poucas ou nenhuma opções terapêuticas, torna necessário ponderar todas as estratégias disponíveis apropriadas para a prevenção e gestão destes casos de doença. Tais estratégias deverão considerar a possibilidade de medidas coercivas para os doentes recalcitrantes, para melhorar a respetiva adesão terapêutica, particularmente quando todas as outras medidas menos restritivas falham. Tal requer uma resposta legislativa efetiva, que deverá refletir ajustadamente a realidade globalizada do século XXI, e dos respetivos desafios de saúde pública.

Palavras chave: Tuberculose. Abandono do tratamento. Factores de risco.

PE 053. TUBERCULOSE LATENTE NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO DA VENDA NOVA (CDPVN)

T. Sá^{1,2}, M. Villar³

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospital de Lisboa Central, Lisboa. ²NOVA Medical School Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. ³CDP da Venda Nova, Amadora.

Introdução: O diagnóstico e tratamento da infeção latente por *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) reduz o risco de desenvolvimento de tuberculose activa, bem como a transmissão do Mt na comunidade. A crescente utilização, em diversas patologias, de terapêuticas biológicas (anti-TNFa ou anti-interleuquinas), que aumentam significativamente o risco de desenvolver tuberculose (TB) activa por reactivação duma tuberculose infeção latente (TBIL), veio reforçar a importância do diagnóstico e tratamento desta.

Objectivos: Caracterizar a população, regimes terapêuticos e adesão dos doentes com TBIL assistidos no CDPVN nos últimos 10 anos.

Métodos: Análise retrospectiva dos dados demográficos e clínicos, introduzidos no Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TB), dos doentes com TBIL, assistidos no CDPVN nos anos de 2007 a 2016. Comparação entre dois grupos de doentes assistidos nos primeiros dois anos deste período (2007/2008) e nos últimos dois anos (2015/2016) para avaliar eventuais diferenças no diagnóstico, regimes terapêuticos e resultados nos extremos do período em análise.

Resultados: Durante o período em estudo, foram assistidos no CDPVN 1.080 doentes com TBIL, 52,3% mulheres, 20,1% estrangeiros. O diagnóstico foi obtido por rastreio de contactos em 685 (63,4%)

destes, de um total de 1170 casos fonte. Dos 140 doentes diagnosticados em 2005/2006, 60,7% eram mulheres e 17,1% estrangeiros, sendo o diagnóstico obtido por rastreio de contactos em 112 (80%) destes, (n casos fonte no período: 118, n total de rastreios: 1.579) enquanto que em 2015/2016, de um total de 271 doentes, 50,6% homens e 14,8% estrangeiros, apenas 128 (47,2%) foram diagnosticados neste contexto (n casos fonte no período: 247, n total de rastreios: 2.461). Após introdução do teste de libertação do interferão gama (IGRA) em 2009, este começou a ser utilizado, segundo as recomendações, e foi positivo no diagnóstico de 31 (11,4%) dos doentes no biénio de 2015/2016. Os regimes terapêuticos utilizados em 2007/2008 foram Isoniazida-rifampicina-pirazinamida durante dois meses (2HRZ) em 65% dos casos e Isoniazida durante 6 ou 9 meses (6-9H) em 35% doentes, enquanto que em 2015/2016, a grande maioria dos doentes (96,3%), foram tratados com Isoniazida apenas, de acordo com as mais recentes recomendações. Em 2007/2008 a taxa de abandonos da terapêutica foi de 10,7%, enquanto que em 2015/2016 foi de 19,2%.

Conclusões: O número de doentes com diagnóstico de TBIL, com indicação para tratamento, tem aumentado nos últimos 10 anos, estando este fenómeno em provável relação com o aumento significativo de doentes propostos para início de terapêutica biológica. Os regimes de tratamento da TBIL actualmente recomendados, apesar de mais seguros, poderão estar implicados na maior taxa de abandono terapêutico nos últimos anos, atendendo ao aumento do tempo de tratamento.

Palavras chave: Tuberculose. Infecção latente.

PE 054. NÃO ESQUEÇAM O TUBERCULOMA PULMONAR!

S.R. Sousa¹, M.J. Catarata, J.N. Caldeira¹, P.C. Roxo³, A. Figueiredo¹, F. Barata¹

¹Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral. ²Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ³Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

Introdução: Os tuberculomas são nódulos ou massas bem definidos causadas por *Mycobacterium tuberculosis*. O tuberculoma pulmonar é um achado radiológico comum durante a vida, mas o seu diagnóstico diferencial permanece um desafio clínico.

Objectivos: Este estudo teve como objetivo descrever as comorbidades, as características clínicas e achados radiológicos de doentes com tuberculoma pulmonar.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados clínicos de 44 doentes admitidos no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Coimbra entre 2007 e 2017 com tuberculoma pulmonar confirmado histopatologicamente.

Resultados: Obtivemos uma amostra total de 451 doentes com o diagnóstico de tuberculose pulmonar tratados no CDP de Coimbra. Do total destes casos, 44 (9,8%) apresentaram-se como tuberculomas pulmonares. Os doentes tinham uma idade média de 60,4 ± 14,6 anos e 61,4% eram do sexo masculino. Dezoito doentes (40,9%) tinham história prévia de neoplasia (5 do pulmão), 8 (20%) de doença pulmonar estrutural, 6 (13,3%) de DPOC, 6 (13,3%) de terapêutica imunossupressora, 9 (20,5%) de diabetes mellitus e 4 (9,1%) tinham história prévia de tuberculose. Em 39 casos (88,6%) os tuberculomas foram descobertos acidentalmente após a realização de uma radiografia de tórax de rotina ou tomografia computadorizada de tórax. O tamanho médio dos tuberculomas foi de 1,9 ± 1,2 cm. Em 61,4% dos casos a localização era num dos lobos superiores (incluindo língua), em 11,8% casos no lobo médio e em 26,8% no lobos inferiores. Em 9 casos (20,5%) havia mais de um nódulo, sendo que num dos casos o total era de 4 e, em 7 dos casos (16%), estavam associados a adenomegalias. Apenas 5 doentes (11,4%) apresentavam manifestações clínicas de dor torácica, tosse ou fadiga, o

que motivou investigação diagnóstica e realização de exames de imagem. Em 25 doentes houve a suspeita de cancro do pulmão ou metastização com base nos antecedentes patológicos e achados imagiológicos: margem irregular ou espiculada ou cauda pleural em 13 doentes (29,6%), calcificação em 9 (20,5%), cavitação em um (2,3%) e nódulos satélites em 2 (4,6%)

Conclusões: O presente estudo realça a importância da etiologia tuberculosa de nódulos pulmonares, que embora menos comum, não deve ser subvalorizada, particularmente em países com alta incidência de infecção por micobactérias.

Palavras chave: Tuberculose. Tuberculoma. Nódulos pulmonares.

PE 055. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO IMPACTO PSICOLÓGICO DA TUBERCULOSE E SEU TRATAMENTO

D. Vaz, J. Dias, M. Pinto, R. Duarte

Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia. Centro de Diagnóstico Pneumológico de Viseu.

Introdução: A tuberculose e o seu tratamento prolongado têm um impacto previsível na dinâmica psicológica e social dos pacientes. Esse impacto geralmente não é avaliado na prática clínica diária. Os autores apresentam um estudo qualitativo que procurou caracterizar o impacto psicológico da tuberculose e identificar fatores associados à adesão ao tratamento, de acordo com a perspectiva do doente.

Métodos: Os autores apresentam um estudo qualitativo que recrutou doentes com tuberculose de dois centros médicos em Portugal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o objetivo de avaliar o impacto psicossocial da doença e o seu tratamento administrado como terapêutica diretamente observada (TOD). Os dados obtidos foram organizados em categorias e subcategorias, e procedeu-se a uma análise quantitativa das frequências descritivas das respostas da população.

Resultados: O estudo incluiu 18 pacientes (idade média de 51,7 ± 15,8 anos), predominantemente do sexo masculino (83,3%) com tuberculose pulmonar. A maioria (72,2%) apresentou humor depressivo, agressividade e ansiedade desde o momento do diagnóstico; e considerou que a doença e o tratamento perturbaram as rotinas diárias e o seu relacionamento com familiares e amigos. A maioria dos doentes (77,8%) afirmou que o apoio emocional da família e dos amigos não foi de encontro às suas expectativas. O determinante negativo de adesão à terapêutica mais frequente, segundo a perspectiva do paciente, foi o apoio familiar inadequado (44,4%).

Conclusões: A tuberculose como doença e o seu tratamento associaram-se a um impacto negativo no quotidiano do paciente e na dinâmica relacional com familiares e amigos. Esta perspectiva dos doentes foi predominantemente resultado de um apoio emocional inadequado de familiares e amigos.

Palavras chave: Impacto psicológico. Tuberculose. Adesão.

PE 056. TUBERCULOSE PULMONAR NA ERA PRÉ-ANTIBACILARES - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Pereira, C. Antunes, E. Brysch, F. Paula, F. Froes, F. Félix

CHLN-Hospital Pulido Valente.

Introdução: A tuberculose acompanha a história da humanidade desde há muitos anos, tendo sido vista como um “inimigo mortal” durante muito tempo e um dos maiores flagelos da humanidade. Como tal, a descoberta do seu tratamento teve um profundo e significativo impacto nos indivíduos e na sociedade. O principal avanço no desenvolvimento do tratamento da tuberculose deu-se com a descoberta da sua causa por Robert Koch em 1882, hoje co-

nhecido como bacilo de Koch. Desde então, foram vários os avanços no conhecimento da tuberculose. Durante o tempo dos sanatórios e antes do descobrimento dos antibióticos, o tratamento cirúrgico da tuberculose através da colapsoterapia, aliado ao repouso, era a única arma terapêutica disponível para a tuberculose pulmonar.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente do género masculino, com 79 anos de idade, não fumador. Com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar, tendo sido submetido a cirurgia em 1962, por colapsoterapia com bolas de lucite. Em 2017, o doente recorreu a consulta por aparecimento de tumefação axilar, nodular, acompanhada de agravamento da dispneia para médios esforços. No contexto da investigação etiológica foi solicitada realização de TC-tórax que revelou em localização externa à grelha costal, uma imagem de conteúdo líquido e com lesão nodular. Dado o contexto e antecedentes pessoais do doente, aliados aos achados de exame de imagem, constatou-se trataram-se de bolas de lucite, utilizadas na cirurgia de tratamento de tuberculose pulmonar a que foi submetido, com migração para a parede e fístula pleuro-cutânea. Foi posteriormente referenciado para a Cirurgia Torácica, para eventual cirurgia de remoção de bolas de lucite. É então proposto para cirurgia tendo sido efectuada toracoplastia de 7 arcos costais e 1/3 inferior de omoplata homolateral, com remoção de material de colapsoterapia (21 bolas de lucite) e drenagem de fístula pleuro-cutânea à esquerda.

Discussão: Ao longo da história têm sido feitos avanços importantes na área do diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose, que têm contribuído para uma redução da incidência e sobretudo da mortalidade por tuberculose a nível mundial. Este caso apresenta uma complicação rara e tardia de um tratamento anterior ao desenvolvimento dos antibióticos e que as novas gerações de médicos já não conheceram. Realça, ainda, a importância do conhecimento da evolução histórica do tratamento e os avanços tecnológicos que contribuíram para um aumento da sobrevida e da qualidade de vida e, desejavelmente, para a cura dos doentes com tuberculose.

Palavras chave: Tuberculose. Colapsoterapia.

PE 057. EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A DOENTES BACILÍFEROS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS ÚLTIMOS 4 ANOS

J. Raposo¹, L. Parreira¹, G. Navarro¹, D. França¹, O. Shapovalova¹, L. Mendonça-Galaio¹, E. Sacadura-Leite²

¹Serviço de Saúde Ocupacional, Centro Hospitalar Lisboa Norte (SSO-CHLN). ²Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (ENSP, UNL).

Introdução: A tuberculose ainda é um dos principais riscos biológicos para profissionais de saúde (PS) em Portugal. Como forma de prevenção da tuberculose ativa, é importante a identificação e subsequente vigilância clínica de PS com exposição ocupacional não protegida a doentes bacilíferos internados sem medidas de proteção respiratória, sendo assim possível a deteção e tratamento de novas infeções.

Objetivos: Caracterização clínica, demográfica e profissional dos PS com exposição ocupacional não protegida ao BK nos últimos 4 anos, bem como descrição da vigilância e dos diagnósticos apurados.

Métodos: Consulta dos registos de exposições não protegidas de PS a doentes bacilíferos comunicadas ao SSO-CHLN nos últimos 4 anos, com subsequente análise descritiva das variáveis clínicas, epidemiológicas e profissionais relevantes.

Resultados: No referido período foram notificados ao SSO 34 casos de doentes bacilíferos, com os quais 562 PS contactaram sem proteção respiratória adequada (média 17,1 PS/doente). Dos PS potencialmente expostos, 412 compareceram à primeira avaliação (37,5

± 10,56 anos; 83,5% mulheres), com uma inuração média de 11,6 ± 8,09 mm na prova tuberculínica (PT), 67,1% dos quais com PT ≥ 10 mm e 46,4% com PT ≥ 15 mm. Por apresentarem já PT ≥ 10 mm decorrente de uma exposição anterior, 134 PS realizaram IGRA, 32,8% de resultados positivos. Destes, 5 foram encaminhados para o CDP. Apenas compareceram 163 PS à convocatória realizada às 9 semanas após a exposição, encaminhando-se para o CDP de 10 novos diagnósticos de tuberculose latente (viragem tuberculínica com IGRA positivo) e tendo os demais 153 (93,9%) tido alta sem evidência de inoculação por BK. Salienta-se que num total de 25 viragens tuberculínicas o IGRA manteve-se negativo em 72% destas. **Conclusões:** Pela identificação de contactos, vigilância ativa e profilaxia medicamentosa aos PS com diagnóstico de TB latente contribuiu-se para a diminuição do reservatório de BK e casos de TB ativa entre os PS.

Palavras chave: Profissionais de saúde. Tuberculose pulmonar. Exposição não-protetida. Vigilância de contactos. Prova tuberculínica. IGRA.

PE 058. RASTREIO DE TUBERCULOSE EM INSTITUIÇÕES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL: A REALIDADE DE UM SERVIÇO

J.N. Caldeira¹, J.C. Costa¹, S.R. Sousa¹, J.N. Machado¹, P.C. Roxo²

¹Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral. ²Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

Introdução: O diagnóstico e o tratamento da tuberculose infeção latente (TIL) reduzem significativamente o risco de desenvolvimento de tuberculose (TB) ativa e o de transmissão da doença na comunidade. O rastreio consiste na exclusão doença ativa e na avaliação da resposta imunológica ao *Mycobacterium tuberculosis*. Certos indivíduos, como os utilizadores de drogas injetáveis, aqueles que trabalhem na prostituição, ou aqueles infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), têm risco aumentado de progressão de TIL para doença ativa. Neles é particularmente importante o diagnóstico de TIL. As instituições de solidariedade social, ao fornecerem abrigo e apoio aqueles utentes, têm um importante papel na comunidade. Neste contexto, o Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra (CDPC) conduz, desde 2009, um protocolo de rastreio de tuberculose a utentes e funcionários destas instituições.

Objetivos: Análise dos resultados do rastreio de tuberculose, do CDPC, em instituições de solidariedade social, desde a sua implementação em 2009.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos utentes e funcionários das instituições de solidariedade social convidados a rastreio, desde a sua implementação. Efetuada análise a dados demográficos e clínicos. A análise estatística foi realizada através do Microsoft® Excel 2016 e do IBM® SPSS® Statistics 25.

Resultados: Do total de 647 utentes convidados a rastreio, de 9 instituições diferentes, 630 (97,4%) concluíram-no, dos quais 371 (58,9%) foram homens e 259 (41,1%) foram mulheres. Em 81% (n = 510) dos utentes o rastreio foi negativo, em 18,2% (n = 115) diagnosticou-se TIL e em 0,8% (n = 5) foi diagnosticada TB ativa. Da população TIL, 106 indivíduos aceitaram iniciar tratamento, 30 dos quais com isoniazida (H) durante 6 ou 9 meses, e 76 com a associação de isoniazida e rifampicina (HR) durante 3 meses. No braço HR, 89,5% dos utentes terminaram tratamento, comparativamente aos 63,3% do braço H. Existiu uma associação estatisticamente significativa entre o esquema terapêutico instituído e o completar, ou não, o tratamento (p = 0,006; OR HR/H 5,1).

Conclusões: A maioria dos utentes teve rastreio negativo. De entre aqueles com rastreio positivo, a maioria foi diagnosticada com TIL. Nesta população, a *compliance* terapêutica foi superior com o esquema HR. O rastreio da TB em instituições de solidariedade social constitui um progresso na abordagem da tuberculose. A escolha do

esquema terapêutico deve ter em conta a eficácia, a adesão e os efeitos colaterais associados. Um esquema mais curto poderá trazer maior adesão.

Palavras chave: Tuberculose. Tuberculose infecção latente. Tratamento. Preventivo.

PE 059. ATRASO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DA TUBERCULOSE NA GUINÉ-BISSAU

J. Silva, E. Marcelino, D. Mendes, D. Oncunho, D. Camacho, N. Baticam, R. Duarte

CHTMAD, Vila Real. Huambo, Angola. Hospital Raoul Follereau, Guiné-Bissau. Centro de Referência Nacional para a Tuberculose Multi-Resistente.

Introdução: De acordo com o Relatório Anual do Plano de Luta contra a Tuberculose na Guiné-Bissau, a notificação do diagnóstico de Tuberculose é de 135/100,000 habitantes e a cidade de Bissau tem a maior proporção de diagnósticos (68,2%).

Objectivos: Análise das causas para o atraso do diagnóstico e tratamento da tuberculose na Guiné-Bissau.

Métodos: Realização de um questionário a doentes internados em dezembro de 2017 num hospital de referência no tratamento da tuberculose na Guiné-Bissau.

Resultados: Dos 68 doentes entrevistados, 55,9% (n = 38) eram do género masculino e a idade média era de $33,7 \pm 1,3$ anos e 19,1% eram analfabetos. Residiam em Bissau 52,9% destes e o número de pessoas que constituíam o agregado familiar tinha uma média de 9 pessoas, sendo que 5,9% não tinha janelas em casa. O rendimento familiar era inferior ao salário mínimo em 7,4% dos doentes. Os sintomas iniciais incluíam febre (80,6%), tosse (71,6%) e sudorese noturna (67,2%). A unidade de saúde mais próxima encontrava-se a uma distância de até 10 km para 47,1% dos doentes e 66,2% deslocavam-se a pé. A serologia HIV foi positiva em 28,8% dos doentes, mas o Gene-Expert só foi realizado em 8,8% dos casos. O tempo médio para a procura de apoio num centro oficial de saúde foi de $27,8 \pm 5,8$ dias após os sintomas iniciais e 54,4% tiveram pelo menos 4 consultas antes do diagnóstico. O atraso no início do tratamento foi de $131,5 \pm 15,2$ dias. O maior atraso na procura de observação médica por parte dos doentes esteve associado a uma distância superior a 10 km (p = 0,021), analfabetismo (p = 0,04) e rendimento familiar inferior ao salário mínimo (p = 0,035). O Status HIV esteve associado a maior atraso no início do tratamento (p = 0,039).

Conclusões: Ainda existe um grande atraso no diagnóstico da tuberculose na Guiné-Bissau. É importante que se eduque a população sobre a tuberculose e acima de tudo, existe uma necessidade urgente na realização de projectos de rastreio que possam acelerar o diagnóstico e travar a cadeia de transmissão.

Palavras chave: Tuberculose. Atraso diagnóstico. Atraso terapêutico.

PE 060. TUBERCULOSE PLEURAL MULTIRRESISTENTE - UM CASO CLÍNICO

M. Afonso, A.C. Pimenta, I. Rodrigues, R. Noya, B. Conde, A. Silva
Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro-Vila Real.

Introdução: A multirresistência (MR) do *Mycobacterium tuberculosis* é uma realidade emergente e preocupante em Portugal, constituindo uma relevante questão de saúde pública, que exige gestão diligente e adequada.

Caso clínico: Homem de 45 anos, autónomo, habitualmente residente em Angola e com múltiplas viagens à América do Sul. Antecedentes de malária, diagnosticada e tratada em Angola cerca de 3 meses

antes, sem outros antecedentes patológicos conhecidos. Hábitos étlicos passados de ~90 g de álcool/dia. Recorreu aos Cuidados de Saúde Primários por sintomas das vias aéreas superiores e realizou radiografia de tórax, que evidenciou derrame pleural direito de moderado volume, pelo que foi referenciado ao Serviço de Urgência; nesta observação, o doente apresentava-se assintomático do ponto de vista respiratório, sem sintomas constitucionais e ao exame objetivo destacavam-se apenas peças dentárias em mau estado e abolição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito. A toracocentese diagnóstica evidenciou um exsudado, 100% de mononucleares, ADA < 1 U/L, glucose 90 mg/dL, análise anatomopatológica negativa para células malignas e análise microbiológica sem isolamentos. Foi medicado empiricamente e reavaliado após 10 dias, com clínica e radiografia de tórax sobreponíveis. Realizou TC de tórax, que evidenciou adenopatias pré-traqueais e hilares, espessamento pleural ipsilateral, 2 nódulos subpleurais do lobo inferior direito e atelectasia, associada ao derrame; nova toracocentese diagnóstica revelou ADA 101 U/L e glucose 67 mg/dL e a pleuroscopia mostrou aderências e aspeto inflamatório dos folhetos, sem lesões suspeitas de malignidade. O exame microbiológico direto da biópsia pleural foi negativo para micobactérias, a anatomopatologia identificou apenas infiltrados inflamatórios e o cultural foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, com teste molecular de MR com mutação do gene *rpoB*. Na presunção de MR, o doente foi admitido eletivamente, realizou colheitas de expetoração e broncofibroscopia para exclusão de envolvimento pulmonar e instituiu-se tratamento antibacilar, de acordo com as normas internacionais. Após confirmação de MR pelo INSA (mutações do gene *KatG* e TSA) o esquema terapêutico sugerido foi Z + Am + Lzd + Mfx + etionamida + cicloserina. Após o resultado do TSA de 2ª linha, foi necessário proceder ao aumento da dose de Mfx. O internamento prolongou-se até à exclusão de envolvimento pulmonar por exame cultural e para gestão da toxicidade hematológica, cutânea e articular, resolvidas com ajuste de dose.

Discussão: Apesar dos esforços investidos nesta problemática, a MR permanece uma ameaça. Define-se como MR a resistênciã *in vitro* a isoniazida e rifampicina simultaneamente; mutações dos genes *rpoB* e *KatG* são muito sugestivas de MR, neste caso confirmada com TSA. A tuberculose pleural representa ~3,8% dos casos de tuberculose. A interseção das duas condições constitui um desafio diagnóstico e terapêutico, exigindo consonante atuação das autoridades, do clínico e do doente, de forma a otimizar os *outcomes* individuais e de saúde pública.

Palavras chave: Tuberculose pleural. Multirresistência. Mutação gene *rpoB*. Mutação gene *katG*.

PE 061. LINFOMA DE BURKITT COM APRESENTAÇÃO PULMONAR: UM CASO ATÍPICO

T.S. Marques, P. Americano, D. Neves, H.C. Ramos, B. Santos, F. Nascimento, I. Ruivo, U. Brito

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve-Faro.

Introdução: O linfoma de Burkitt (LB) é uma neoplasia agressiva e de rápida evolução. É raramente encontrado em adultos e é mais frequente no sexo masculino. Tem três formas de apresentação clínica: endémica, esporádica e associada ao vírus da imunodeficiência humana (VIH). Na Europa, apesar de rara, a forma esporádica é a mais prevalente e apresenta-se tipicamente por manifestações abdominais.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 18 anos, estudante. Previamente saudável, medicada apenas com anticoncepcivo oral. Recorreu aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com cansaço, febre, tosse e expetoração purulenta. Foi medicada para Pneumonia com amoxicilina e ácido clavulânico (7 dias) e deflazacorte. Seis semanas depois, sem melhoria completa do quadro e por suspeita de patologia alérgica, é medicada novamente com deflazacorte. Às oito semanas tem reaparecimento de tosse e expetoração com cansaço e dor

torácica na região posterior no hemitórax esquerdo com características pleuríticas. A radiografia de tórax revelou uma hipotransparência nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo com broncograma aéreo e pequena câmara de derrame pleural. Foi encaminhada para o Serviço de Urgência (SU). À apresentação encontrava-se apirética e com saturação periférica de oxigénio de 98% em ar ambiente. O murmúrio vesicular encontrava-se diminuído nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo, com aumento das vibrações vocais no andar médio e um bordo hepático 3 cm abaixo da grelha costal. Sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente a destacar aumento dos parâmetros inflamatórios (Leucócitos 16,0 K/uL e proteína C-reativa 116 mg/L). Assumiu-se pneumonia adquirida na Comunidade complicada de derrame pleural. Foi internada e medicada com Levofloxacina (10 dias). Apesar de melhoria sintomática, ao quarto dia, a radiografia de controlo revelou imagem sugestiva de atelectasia quase total do pulmão esquerdo. Serologias de VIH e agentes respiratórios atípicos negativas. A tomografia computadorizada (TC) revelou lesão infiltrativa no lobo médio, com envolvimento da artéria pulmonar homolateral, adenopatias mediastínicas de natureza reativa e hepatomegalia. Foi realizada broncofibroscopia (BF) que revelou lesão oclusiva do lúmen na divisão do brônquio principal esquerdo. O resultado histológico permitiu a confirmação de LB.

Discussão: Este caso demonstra que o LB, apesar de raro, poderá ter uma forma de apresentação bastante atípica, acometendo adultos do sexo feminino, com manifestações predominantemente respiratórias. É fundamental considerar a possibilidade de manifestações atípicas no LB dado que o prognóstico depende do diagnóstico e instituição terapêutica precoces.

Palavras chave: Linfoma de Burkitt.

PE 062. NÓDULOS PULMONARES: INCERTEZAS E PROBABILIDADES

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

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

Introdução: O cancro do pulmão é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo imperativo o seu diagnóstico e tratamento precoces. Os nódulos pulmonares são achados radiológicos comuns, que desencadeiam o grande desafio de estabelecer com segurança se são malignos ou benignos para uma correta abordagem terapêutica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem, 62 anos, ex-fumador (30 UMA), com antecedentes de dislipidemia e HTA. Na consulta de cardiologia realizou Angio-TC artérias coronárias que evidenciou nódulo pulmonar no lobo superior esquerdo (LSE) e outro no lobo médio (LM). Para sua caracterização realizou TC-tórax: nódulo heterogéneo, espiculado (38,7 mm) no LSE, nódulo (5 mm) no LM e enfisema centrilobular. Prosseguiu investigação em consulta de Pneumologia, onde negava sintomatologia constitucional/respiratória. Apresentava análises normais, excepto NSE e AFP aumentados. Ecografia abdominal e TC-CE sem alterações. Repetiu TC-tórax: “nódulo semi-sólido (38,7 mm) no LSE, predominantemente em vidro despolido, com aumento do componente sólido, tendo aspectos muitos sugestivos de adenocarcinoma minimamente invasivo/invasivo e nódulo no LM sobreponível”. Cintigrafia óssea com discreta captação temporal direita, mas excluída metastização. PET-TC: “massa pulmonar LSE sem captação significativa (SUV máx = 1,97) e nódulo de 5 mm no LM sem expressão metabólica; exame sem clara evidência de malignidade (atenção para reduzida sensibilidade na detecção de certos tipos histológicos)”. As PFR revelaram obstrução ligeira. Discutido o caso e imagens radiológicas em reunião multidisciplinar, sendo consensual a hipótese diagnóstica provável de adenocarcinoma do pulmão. O doente recusou bronco-

fibroscopia e biópsia transtorácica. Proposta abordagem cirúrgica direta assumindo-se estadio Ib, tendo sido observado em Consulta de Cirurgia Torácica. Optou por ser operado em instituição privada, tendo feito 2 ressecções atípicas no LSE e uma excisão ganglionar - sem evidência de malignidade no exame extemporâneo das amostras. Na reavaliação radiológica 2 meses após a cirurgia destaca-se: opacidade parenquimatosa adjacente à cisura, com extensão à pleura no LSE e derrame pleural homolateral compatíveis com alterações pós-cirúrgicas; opacidade parenquimatosa espiculada com calcificações no LSD e esboço nodular no LM. Três meses depois mantinha sobreponíveis as alterações radiológicas. Manteve vigilância, em consonância com a opinião da cirurgia torácica. Doze meses após a cirurgia repetiu TC torácica: “área mal circunscrita justa cisural no LSE, com broncograma aéreo, estendendo-se até ao hilo (recidiva?), imagem nodular, de contornos lobulados, em vidro despolido no LSD, com progressão relativamente ao estudo anterior (25 mm vs 20 mm) sugestiva de neoformação pulmonar e imagem semelhante (12 mm) no parênquima adjacente, mais expressiva do que no exame anterior. Nódulo do LM provável granuloma ou gânglio intrapulmonar sobreponível. Como conclusão, 2 nódulos do LSD sugestivos de neoformação do pulmão. Para investigação destas lesões, repetiu marcadores tumorais (todos normais) e PET-TC: alterações pulmonares bilaterais, com maior expressão estrutural e escassa actividade metabólica - natureza inespecífica (admite-se etiologia cicatricial), insuspeitas de malignidade. Mantém seguimento e vigilância em Consulta de Pneumologia.

Discussão: Realça-se a importância da obtenção de um diagnóstico histológico dos nódulos pulmonares suspeitos e a prossecução de um *follow-up* rigoroso. É fundamental tirar partido dos diferentes métodos diagnósticos disponíveis, complementando-os com a discussão dos casos em equipas multidisciplinares, para a obtenção de decisões estruturadas.

Palavras chave: Nódulos do pulmão. Diagnóstico. Equipa multidisciplinar.

PE 063. CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS: LINFOMA NÃO-HODGKIN COMO FACTOR DE RISCO

A.S. Machado, C. Costa

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) é uma neoplasia neuroendócrina com comportamento agressivo tanto pelo seu crescimento rápido, como por apresentar metastização precoce. Representa cerca de 13% de todas as neoplasias pulmonares e em cerca de 98% dos casos está associado ao tabagismo.

Caso clínico: Mulher de 68 anos, ex-fumadora (carga tabágica: 43 UMA) referenciada à consulta de Pneumologia por apresentar em TC de controlo realizada há 2 meses (abril 2018) nódulo pulmonar na região periférica do lobo superior direito (LSD) com 14 × 10 mm. Apresenta diagnósticos prévios de linfoma não Hodgkin (LNH) difuso de células B tratado com rituximab, ciclofosfamida-hidroxidaunomicina-vincristina-prednisolona (R-CHOP) em 2005 e em remissão completa; insuficiência renal crónica; anemia em estudo; hipotireoidismo; gastrite crónica; síndrome depressiva; dislipidemia e status pós tuberculose pulmonar na infância. Na consulta de Pneumologia, a doente refere apresentar cansaço para esforços moderados, sem perda de peso significativa ou outra sintomatologia de outros aparelhos/sistemas. Repetiu TC torácica (Junho 2018) tendo-se verificado aumento dimensional do nódulo pulmonar no LSD (17 mm), aparecimento ‘de novo’ de adenopatias mediastínicas e hilares direitas (a maior com 25 mm) e múltiplos nódulos sólidos hepáticos (o maior com 30 mm), sugestivos de depósitos secundários. Efectuou videobroncofibroscopia (julho 2018) que evidenciou redução franca do orifício de entrada do segmento anterior do brônquio do LSD, com alargamento do esporão do brônquio principal direito e entrada discretamente reduzida

do brônquio lobar médio por compressão extrínseca. Efetuou: lavado broncoalveolar e escovado brônquico que foram negativos para células neoplásicas; biópsias brônquicas positivas para CPPC; ecoendoscopia brônquica (EBUS) com punção de gânglios das estações 7 (13 mm) e 4R (20 mm), cuja anatomia patológica revelou metástases de CPPC. Por CPPC estadio IV (T1bN2M1c), a doente foi referenciada à Consulta de Oncologia Pneumológica.

Discussão: Ao longo dos últimos anos, graças à evolução terapêutica, nomeadamente com agentes alcalinizantes, tem-se verificado um aumento da sobrevivência dos doentes com neoplasia do foro hematológico. O LNH é a décima neoplasia mais frequente, estando associado ao desenvolvimento de neoplasias secundárias, provavelmente causadas pela quimioterapia e/ou radioterapia ou pela presença de pleotrofismo genético. Os autores pretendem com este caso não só evidenciar a importância das neoplasias hematológicas como possível factor de risco para neoplasias pulmonares e assim incentivar à sua pesquisa, como também da progressão rápida das neoplasias neuroendócrinas.

Palavras chave: *Carcinoma de pequenas células. Linfoma não Hodgkin. Factor de risco.*

PE 064. INIBIDORES DE TIROSINA CINASE EGRF NO ADENOCARCINOMA DO PULMÃO - UM CASO DE SUCESSO

C.A. Couto, V. Ribeiro, J. Duarte

Hospital Garcia de Orta.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma doente não fumadora de 42 anos, sem antecedentes pessoais de relevo e sem medicação habitual. Admitida no Serviço de Urgência por pieira, dispneia, toracalgia e tosse com expectoração mucosa, com 1 mês de evolução. Da investigação etiológica salientam-se: radiografia de tórax com condensações pulmonares bilaterais, estudo analítico com elevação dos parâmetros inflamatórios e gasometria indicativa de insuficiência respiratória parcial grave. Foi assumido o diagnóstico de pneumonia bilateral hipoxemiante adquirida na comunidade, medicada com antibioterapia empírica. Por não se ter verificado melhoria clínica e radiológica, realizou TC tórax que revelou condensação lobar extensa com broncograma aéreo no lobo inferior esquerdo e padrão de vidro despolido disperso no pulmão direito. Subsequentemente, foi submetida a broncofibroscopia que não revelou alterações endoscópicas, contudo o exame citológico das secreções brônquicas foi compatível com adenocarcinoma, de origem a esclarecer. O resultado histológico da biópsia aspirativa transtorácica (BATT) dirigida confirmou adenocarcinoma do pulmão e, após estadiamento, foi concluído tratar-se de estadio IV (envolvimento pulmonar bilateral). Foi iniciada quimioterapia (QT) com carboplatino + paclitaxel. Por agravamento clínico após 3º ciclo de QT, repetiu TC tórax, que revelou extensas condensações bilateralmente, sugestivas de progressão da doença. O estudo molecular (BATT) mostrou uma mutação no exão 19 do gene EGFR, respondedora a erlotinib, pelo que iniciou este fármaco em substituição de QT, com regressão da massa tumoral. Um ano após o diagnóstico, por progressão de doença, repetiu BATT que mostrou nova mutação tumoral a conferir resistência da neoplasia ao erlotinib, pelo que iniciou osimertinib. Actualmente, encontra-se assintomática do ponto de vista clínico, o que lhe permite ter uma vida profissional ativa. Na radiografia de tórax actual não apresenta condensações pulmonares.

Discussão: Este caso clínico pretende alertar para a relevância do tratamento dos inibidores tirosina-cinase no adenocarcinoma pulmonar, altamente eficazes mas cujo sucesso é dependente da mutação específica.

Palavras chave: *Adenocarcinoma pulmonar. EGFR. Erlotinib. Osimertinib.*

PE 065. ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Antunes, E. Brysch, L. Fernandes, M. Pereira, T. Cysneiros, C. Santos, D. Hasmucrai, A.S. Vilariça, P. Alves, E. Teixeira, R. Sotto Mayor, C. Barbara

Departamento do Tórax, CHLN.

Introdução: As neoplasias pulmonares evidenciam frequentemente uma histologia com células claras, sendo que esta aparência resulta da acumulação intracelular de glicogénio, na ausência de produção de muco. A maioria dos carcinomas de células claras são, na verdade, metástases de tumores do rim (carcinoma de células claras) ou do tracto genital feminino (ovário e endométrio). Carcinomas pulmonares inteiramente compostos por células claras, especialmente adenocarcinomas, são raros. Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma células claras primitivo do pulmão e a sua abordagem terapêutica.

Caso clínico: Homem, 60 anos, ex-fumador (CT = 55 UMA), status performance = 0 com o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)-GOLD 2A, seguido em Consulta de Pneumologia desde 2017 por clínica de tosse, expectoração mucosa e dispneia mMRC = 1. A tomografia computadorizada (TC) do tórax revelou um nódulo subsólido no lobo superior direito (LSD), com diâmetro de 24 × 10 mm e componente sólido de 6 mm. A tomografia emissora de positões (PET-TC) demonstrou uma lesão pulmonar no LSD com SUV máximo de 1,68 e 2,32 nas imagens tardias, sem identificação de adenopatias ou lesões noutra local. O doente foi submetido a biópsia pulmonar transtorácica guiada por TC. O exame anatomopatológico da biópsia evidenciou neoplasia maligna com epitélio glandular constituído por células claras, com o perfil imunohistoquímico positivo para CK7+ e TTF1+ e negativo para CD10-, favorecendo o diagnóstico de adenocarcinoma de células claras primitivo do pulmão. O doente foi encaminhado para o Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, onde foi concluído estadiamento da neoplasia: estadio IA3 - T1cN0M0. O caso clínico foi discutido em Reunião Multidisciplinar de Pneumologia Oncológica tendo sido decidida a abordagem cirúrgica - lobectomia superior direita e esvaziamento ganglionar mediastínico por videotoroscopia. O carcinoma primário de células claras do pulmão é uma doença rara, de etiologia desconhecida, com poucos casos descritos na literatura médica. Trata-se de um subtipo raro de neoplasia do pulmão de células grandes e do adenocarcinoma. No entanto, os estudos são escassos relativamente ao significado clínico e prognóstico o que fez com que fosse retirado da classificação de tumores pulmonares da Organização Mundial de Saúde publicada em 2011.

Discussão: Este caso é didático pela raridade deste subtipo histológico de adenocarcinoma do pulmão e enfatiza a importância de, perante a presença de células claras, estabelecer o diagnóstico diferencial do tumor primitivo, com implicações terapêuticas.

Palavras chave: *Neoplasia do pulmão. Células claras.*

PE 066. LINFOMA PULMONAR PRIMÁRIO DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B - UM CASO CLÍNICO

C. Pereira¹, V. Pereira¹, F. Freitas², P. Monteiro², R. Gonçalves², C. Bárbara¹

¹*Serviço de Pneumologia;* ²*Unidade de Pneumologia de Intervenção, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

Introdução: O linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B pulmonar primário (LNHDGCB) é uma neoplasia rara que representa apenas 0,5-1% das neoplasias pulmonares primárias. O linfoma com envolvimento pulmonar é definido como primário se estiver limitado ao pulmão com envolvimento ou não de gânglios linfáticos hilares confirmado por avaliação clínica, radiológica e anátomo-patológica no momento do diagnóstico ou nos 3 meses subsequentes. A maioria

(70-90%) dos linfomas pulmonares primários correspondem a tecido linfóide associado à mucosa (MALT) e apenas 10% são LNHDCB primários. O prognóstico do LNHDCB pulmonar primário é pior que o do linfoma pulmonar MALT, com 3 a 5 anos de sobrevida apesar de regimes de quimioterapia combinada.

Caso clínico: Mulher de 69 anos, com sintomas de dispneia de agravamento progressivo e astenia com um ano e meio de evolução. Negava perda ponderal, suores noturnos ou outros sintomas constitucionais. Realizou tomografia computadorizada torácica com evidência de lesões nodulares bilaterais e adenopatias mediastínicas, tendo realizado PET-TC que documentou hiper captação de lesões pulmonares bilaterais (SUV máx 13). Realizou videobroncoscopia tendo-se observado lesão exofítica no segmento externo da pirâmide basal esquerda e oclusão total do segmento posterior da pirâmide basal esquerda por infiltração da mucosa e realização de técnica subsidiária. O diagnóstico de linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B pulmonar foi obtido através da biópsia pulmonar transbrônquica. A doente foi encaminhada para o Serviço de Hematologia, tendo realizado biópsia de medula óssea e mielograma sem infiltração por linfócitos clonais e iniciou tratamento com R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona) com boa tolerância, tendo completado 8 ciclos com remissão completa.

Discussão: Dada a sua apresentação inespecífica, o diagnóstico de LNHDCB pulmonar é muito desafiante e, muito frequentemente, leva ao diagnóstico errado ou atraso de diagnóstico. Como tal, é importante estarmos conscientes para a existência desta doença e inclui-la na lista de diagnósticos diferenciais, uma vez que a correta caracterização dos tumores tem implicações terapêuticas e prognósticas diferentes.

Palavras chave: Linfoma pulmonar. Células B. Neoplasias pulmão. R-CHOP.

PE 067. OPÇÕES TERAPÊUTICAS NO CARCINOMA ADENÓIDE QUÍSTICO DA TRAQUEIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Fernandes, E. Teixeira, M. Alvoeiro, A. Amado, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo, F. Froes, A. Vilarça, D. Hasmucrai, P. Alves, R. Sotto-Mayor

CHLN.

Introdução: O carcinoma adenóide quístico da traqueia é um tumor maligno raro com origem no epitélio das glândulas mucosas. Apresenta habitualmente um crescimento lento, podendo apresentar grandes dimensões à data do diagnóstico, com obstrução do lúmen traqueal. A localização e extensão do tumor condicionam a abordagem cirúrgica, sendo a radioterapia radical uma opção terapêutica. **Caso clínico:** Mulher de 31 anos, raça branca, não fumadora e sem antecedentes pessoais relevantes. Assintomática até à gravidez, altura em que desenvolve quadro caracterizado por tosse produtiva com expectoração mucosa, dispneia para esforços e pieira. Após o parto desenvolve estridor e realizou broncofibroscopia que evidenciou massa mamilonada extensa da parede anterior e lateral esquerda de toda a traqueia a condicionar redução do seu lúmen, estendendo-se à carina e emergência do brônquio principal esquerdo (BPE). Na TC de pescoço e tórax, salienta-se espessamento parietal assimétrico da traqueia, desde o opérculo torácico até à sua bifurcação, com extensão ao segmento inicial do BPE, contactando as estruturas mediastínicas adjacentes. Realizou terapêutica endoscópica com laser, com reperfuração do lúmen traqueal. O diagnóstico histológico foi carcinoma adenóide quístico. Foi referenciada ao Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica (HDPO) do Hospital Pulido Valente (HPV) e, por não ter indicação cirúrgica, foi submetida a radioterapia externa 3D conformacional (dose total de 66 Gy) sobre a lesão tumoral, com redução da massa. Manteve-se

cl clinicamente bem, com doença estável durante aproximadamente 15 meses, constatando-se então estenose rádica complexa em anel com aproximadamente 1 cm de extensão, a 2 cm da carina, pelo que foi submetida a dilatação mecânica por broncoscopia rígida, com posterior necessidade de colocação de uma prótese traqueal (Dumon® ST). Verificou-se aumento da lesão primária e captação anómala em PET-TC. A punção por ecoendoscopia ultrassonográfica confirmou progressão da doença. Realizou broncofibroscopia de reavaliação que mostrou crescimento endoluminal do tumor, com infiltração do terço distal da traqueia e carina, e com orifício de abertura do BPE reduzida a uma fenda. Foi retirada prótese traqueal e realizada terapêutica com argon plasma, com boa patência do lúmen traqueal e da árvore brônquica direita. Por agravamento do quadro clínico, com dessaturação grave e necessidade de ventilação mecânica invasiva por atelectasia total à esquerda, decidiu-se colocar prótese no BPE, com reperfuração de toda a árvore traqueobrônquica. A doente foi enviada a um centro cirúrgico em Viena, onde foi intervencionada, vindo a falecer no pós-operatório. **Discussão:** Embora o carcinoma adenóide quístico da traqueia apresente um crescimento lento, o seu diagnóstico é feito habitualmente numa fase avançada da doença, impossibilitando a abordagem cirúrgica. A radioterapia externa e as terapêuticas endoscópicas controlam a sua progressão e aliviam os sintomas associados à obstrução endoluminal.

Palavras chave: Carcinoma adenóide quístico. Tumores da traqueia.

PE 068. UM DESAFIO IMAGIOLÓGICO NA PNEUMOLOGIA ONCÓLOGICA

I. Silva¹, A.R. Costa², V. Fonseca³, M.J. Castanheira³

¹Serviço de Medicina Interna; ²Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospital de Cascais. ³Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta (Centro Hospitalar de Lisboa Central).

Introdução: O adenocarcinoma mucinoso primário do pulmão é um subtipo histológico raro, sendo a distribuição pulmonar difusa uma forma de apresentação incomum.

Caso clínico: Mulher de 61 anos, secretária, ex-fumadora há 30 anos (carga tabágica de 15 UMA) e sem outros antecedentes médicos conhecidos, que recorreu ao serviço de urgência por tosse com expectoração mucosa, astenia e perda ponderal com 5 meses de evolução. Ao exame objectivo destacava-se auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude bilateralmente. Laboratorialmente apenas a destacar ANA positivos na titulação de 1/640, padrão granular e anticorpos Anti-SSA/Ro (60 KD) e Anti-SSB. Radiograma de tórax com pequenas e múltiplas densidades heterogêneas no terço médio e inferior de ambos os hemitóraces, pelo que foi pedida tomografia computadorizada de tórax que mostrou múltiplas lesões cavitadas parenquimatosas pulmonares, com conteúdo aéreo, paredes espessadas e irregulares, mais expressivas nos lobos inferiores. Encaminhada a consulta de pneumologia e realizou broncofibroscopia que não apresentou alterações morfológicas, com pesquisa de micobactérias e citologia para células neoplásicas negativas. Provas de função pulmonar com alteração ventilatória restritiva moderadamente grave e diminuição moderada da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Após discussão do caso em reunião multidisciplinar, realizou biópsia pulmonar por cirurgia torácica videoassistida (VATS), com exame anatomo-patológico compatível com adenocarcinoma mucinoso. Dos exames de estadiamento realizados, destaca-se PET com evidência de captação anómala pulmonar difusa bilateral, classificado como estadio IVA. Sem evidência de origem gastrointestinal. Após obtenção de diagnóstico, a doente foi encaminhada para pneumologia oncológica.

Discussão: O adenocarcinoma mucinoso é o subtipo mais raro de adenocarcinoma pulmonar, representando um desafio diagnóstico e

imagiológico. O muco secretado pelas células cancerígenas, manifesta-se clinicamente por expectoração mucosa abundante, sendo concordante com a apresentação clínica da doente. O caso clínico descrito tem particular interesse, dada a apresentação imagiológica exuberante que inicialmente motivou a pesquisa exaustiva de outras etiologias, nomeadamente autoimunes, infecções (fungos, tuberculose pulmonar disseminada), doença granulomatosa sistémica e doença pulmonar metastática. Realça-se a elevada rentabilidade diagnóstica da biópsia pulmonar por VATS.

Palavras chave: Neoplasia do pulmão. Adenocarcinoma pulmonar. Adenocarcinoma mucinoso pulmonar.

PE 069. CANCRO DO PULMÃO E TROMBOEMBOLISMO - SINERGISMOS FISIOPATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS

V.L. Gomes, P. Americano, J. Dionísio, T. Almodovar, J.D. Costa
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE.

Introdução: Estima-se que no cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) metastizado a incidência de acidentes isquémicos cerebrais (AVC) seja 2,9%. Nestes, a metastização cerebral é frequente e constitui-se factor de risco independente ao aumentar a incidência de AVC para 6,3%. Apresentam sobrevivência média de 36 dias e sobrevivência global ao fim de 1 ano de 6,7%. Os inibidores da tirosina cinase (ITK) têm aplicabilidade comprovada perante CPNPC metastizado. O osimertinib é um ITK de 3ª geração aplicável no CPNPC metastizado com EGFR mutação T790M positiva e tem taxa de resposta de 61%. Apresentamos um caso de envolvimento cerebral atípico na evolução de um adenocarcinoma do pulmão com mutação EGFR.

Caso clínico: Mulher, 64 anos, previamente autónoma, advogada, divorciada, vivia sozinha. Antecedentes: não fumadora, hipertensão arterial controlada, síndrome depressiva, fibromialgia e gastrite crónica erosiva. Em 11/2016, diagnosticado adenocarcinoma EGFR com mutação L858R no exão 21, do lobo superior direito pulmonar com adenopatia cervical e metastização hepática e óssea do acetábulo e da calote craniana (cT4N3M1b - estadio IV) no contexto de tosse não produtiva e coxalgia direita com 3 meses de evolução. Fez radioterapia externa antiálgica sob acetábulo direito (30 gray em 10 fracções) e sob calote craniana (20 gray em 5 fracções). Iniciou erlotinib em 01/2017 com resposta parcial. Por iatrogenia cutânea importante foi feito switch para gefitinib após 6 meses. Nove meses após switch houve progressão da doença sobretudo com aumento da metastização hepática. Efectuou biópsia líquida negativa para mutação EGFR (L858R e T790M). Posteriormente fez biópsia hepática e enquanto aguardava o resultado, iniciou quadro de cefaleias, tonturas e alterações visuais (hemicampo esquerdo) autolimitadas, desequilíbrio na marcha e dorsalgia sem cedência à medicação opióide habitual. A TC-CE não mostrou lesões ocupando espaço e foi proposta para RMN-CE para melhor esclarecimento. Enquanto aguardava o exame foi internada por agravamento neurológico com lentificação psicomotora, fotofobia e sonolência com evolução para coma e hemiplegia esquerda grau 3/5. Colocaram-se as hipóteses diagnósticas de disseminação leptomeníngea ou iatrogenia a radio-terapia. A sintomatologia visual foi atribuída a crises epilépticas parciais com causa vascular confirmada por EEG que mostrou alteração grave e difusa da electrogénese pelo que iniciou levetiracetam 500 mg bid. Efectuou RMN-CE que evidenciou multienfartes isquémicos com transformação hemorrágica petequial nalgumas lesões pelo que iniciou hipocoagulação terapêutica com enoxaparina sódica. Entretanto o resultado da biópsia hepática mostrou mutação de resistência T790M e iniciou osimertinib. Assistiu-se à recuperação gradual da sintomatologia neurológica com possibilidade de alta hospitalar. Na primeira avaliação após o início do tratamento com osimertinib está clinicamente recuperada, apenas com paresia ligeira do membro superior esquerdo, sendo a avaliação imagiológica compatível com resposta parcial por critério RECIST.

Discussão: Perante alteração do estado de consciência *de novo* no doente oncológico há que proceder a diagnóstico diferencial abrangente, sem descuidar a possibilidade do quadro resultar de metastização ou fenómeno paraneoplásico. Ressalva-se a importância da reavaliação tumoral perante progressão nos casos EGFR mutados, dada a possibilidade de resposta aos ITK de 3ª linha (osimertinib) nestes casos, mesmo perante idade avançada ou mau estado geral.

Palavras chave: Osimertinib. Cancro do pulmão de não pequenas células. Inibidores da tirosina cinase. Acidente vascular cerebral.

PE 070. O LADO POSITIVO NO CANCRO DO PULMÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

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

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Introdução: O cancro do pulmão é uma das principais causas de mortalidade no mundo, com uma sobrevida global aos 5 anos de cerca de 16%. O prognóstico dos doentes com cancro do pulmão é geralmente muito reservado, no entanto o aparecimento de novas terapêuticas dirigidas a alvos moleculares e imunológicos tem mostrado um novo caminho.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 61 anos, fumador com carga tabágica de 40 UMA. Como antecedentes pessoais destaca-se Hepatite C sob TARV, e HTA. Em dezembro de 2017, o doente é referenciado à consulta de pneumologia por massa pulmonar ao nível do lobo superior direito. À avaliação inicial, apresentava performance status 1, sem achados relevantes ao exame objetivo, a não ser alteração à auscultação pulmonar no 1/3 superior do hemitórax direito. Neste contexto realizou TC de tórax que revelou massa sólida, de contornos irregulares, no segmento posterior do pulmão direito de 6 x 3,5 cm e pequenas adenopatias mediastínicas pretraqueais e pré vasculares, associado fina lamina de derrame pleural ipsilateral. Da avaliação analítica inicial destacava-se CA 125 (236,6 U) e NSE (27,5 U). No seguimento da caracterização etiológica realizou broncofibroscopia, cujo exame revelou árvore traqueobrônquica sem alterações, com citologia das secreções e escovado brônquico negativas. Por este motivo realizou biópsia aspirativa trans-torácica que foi compatível com adenocarcinoma do pulmão (TTF1+) revelando expressão PDL1 de aproximadamente 75%. Para completar o estudo, o doente realizou PET-TC, obtendo estadiamento T3N2M1a - estadio IV. Em março de 2018 o doente iniciou quimioterapia de 1ª linha com pembrolizumab, tendo-se documentado redução tumoral logo após a 1ª sessão, apesar de toxicidade G1, a nível intestinal, com rectorragias. Atualmente, com estabilidade clínica, em PS 1, critérios imagiológicos de remissão parcial e negatização analítica dos marcadores tumorais.

Discussão: Este caso é um exemplo de resposta positiva e precoce, que destaca a importância crescente do reconhecimento de novos alvos moleculares e consequentemente a utilização da terapêutica dirigida.

Palavras chave: Cancro. Pulmão. Pembrolizumab.

PE 071. O QUE ESCONDEM AS BRONQUIECTASIAS?

M. Pereira, D. Neves, V. Areias, U. Brito

Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro-Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Introdução: Os tumorlets carcinoides são pequenas colecções de células de Kulchitsky, que são células neuroendócrinas hiperplásicas da mucosa brônquica e bronquiolar. Diferem das neoplasias carci-

noides típicas pelas suas reduzidas dimensões (< 5 mm), geralmente multifocais, e por surgirem em associação com patologia pulmonar como bronquiectasias, abscessos e fibrose. Por norma são diagnosticados de forma casual, pelo que se torna difícil avaliar a sua incidência, contudo, são raros os casos reportados. Predominam em mulheres idosas. São considerados como processos benignos que geralmente apresentam localização periférica.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 40 anos, nacionalidade romena, trabalhador da construção civil, fumador (25 UMA), com antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar na infância (tratado). Recorre ao Serviço de Urgência por episódio de hemoptises em quantidade moderada com horas de evolução, sem outros sintomas. Analiticamente a destacar elevação das enzimas hepáticas (ALT superior a 4 vezes o normal, AST superior a 3 vezes o normal e GGT superior a 2 vezes o normal), tendo sido realizado estudo com diagnóstico posterior de infeção por vírus da hepatite C para a qual fez tratamento. A radiografia de tórax apresentava imagens areolares no lobo médio (LM). Fez TC tórax, com evidência de bronquiectasias cilíndricas no LM, associadas a algumas densificações micronodulares em vidro despolido peribronquiolares e 3 micronódulos, o maior de 4,8 mm (2 em ambos os lobos inferiores e 1 no lobo superior direito). Realizou-se broncofibroscopia que revelava esteira hemática de sangue escuro proveniente do LM. O exame micobacteriológico directo e cultural da expectoração e secreções brônquicas foi negativo. A citologia das secreções brônquicas era suspeita. Alguns dias depois voltou a ter novo episódio de hemoptises em quantidade moderada, com necessidade de tratamento com ácido aminocapróico, pelo que se repetiu broncofibroscopia, sem alterações, com novo pedido de citologia e exame micobacteriológico directo e cultural das secreções brônquicas que foram negativos. O teste de amplificação de ácidos nucleicos nestas últimas foi também negativo para *Mycobacterium tuberculosis*. O estudo funcional respiratório era normal e analiticamente já não apresentava alterações. Foi proposto para lobectomia do LM, tendo-se identificado na peça ressecada bronquiectasias com inflamação associadas a múltiplos *tumorlets* carcinoides dispersos, peribronquicos, intersticiais e subpleurais, o maior com 4 mm. Desde então o doente iniciou seguimento em consulta de Pneumologia para reavaliações imagiológicas regulares, mantendo como único sintoma cansaço fácil, sem intercorrências até à data.

Discussão: Em suma, os *tumorlets* carcinoides associam-se geralmente a alterações estruturais pulmonares, sendo diagnosticados de forma incidental aquando da avaliação microscópica das peças ressecadas cirurgicamente ou em autópsias. Geralmente são assintomáticos, podendo também associar-se a hemoptises e a clínica de bronquiectasias. Apesar de serem considerados benignos, foram já reportados alguns casos em que se verificou metastização para os gânglios linfáticos peribronquicos, pelo que é fundamental o seguimento evolutivo com manutenção da vigilância imagiológica.

Palavras chave: Bronquiectasias. *Tumorlet*.

PE 072. DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE BRONQUIECTASIAS - UM DIAGNÓSTICO RARO

J. Ferra, S. André, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: O diagnóstico diferencial de bronquiectasias pode constituir um desafio na prática clínica, implicando uma marcha diagnóstica extensa. Contudo, o diagnóstico etiológico das mesmas é fundamental, uma vez que poderá ter implicações terapêuticas específicas no futuro. A presença de bronquiectasias em membros da mesma família e em idade jovem coloca a hipótese de uma causa comum, nomeadamente alterações genéticas.

Caso clínico: Apresentamos então o caso de 2 irmãos com bronquiectasias e infeções respiratórias recorrentes, não fumadores,

seguidos em consulta de Pneumologia. O caso trata-se de uma doente do sexo feminino, 27 anos de idade, com bronquiectasias cilíndricas e quísticas bilateralmente, com infeções respiratórias de repetição com vários isolamentos microbiológicos multissensíveis. Episódios recorrentes de agudização de rinosinusite igualmente com múltiplos isolamentos microbiológicos, incluindo fungos e anaeróbios. Deficit seletivo de IgA. Exame funcional respiratório com obstrução moderada, sem insuficiência respiratória ou história de internamentos. Doseamento alfa 1 antitripsina e prova de suor dentro da normalidade. Sem *situs inversus*. Efetuado estudo anatomopatológico com microscopia eletrónica de varrimento compatível com o diagnóstico de discinesia ciliar primária de tipo complexo. Irmão de 25 anos, diagnóstico de bronquiectasias, com infeções respiratórias das vias aéreas inferiores de repetição, sem envolvimento dos seios perinasais, com história de internamentos em 2011 e 2016 e insuficiência respiratória parcial transitória neste mesmo contexto. Foi igualmente confirmado o diagnóstico de discinesia ciliar primária por microscopia eletrónica. Os autores apresentam as características clínicas diferenciadoras de ambos os casos clínicos.

Discussão: A discinesia ciliar primária é uma entidade clínica rara, causada por mutações genéticas de transmissão autossómica recessiva que podem causar alterações estruturais ou funcionais na membrana ciliar, comprometendo a *clearance* mucociliar. Esta patologia pode afetar vários sistemas de órgãos, mas envolve principalmente as vias aéreas cursando com alterações pulmonares a longo prazo, sendo as bronquiectasias a alteração mais comum. Apesar da ausência de um teste *gold standard*, o diagnóstico definitivo é geralmente realizado através de microscopia eletrónica. Até à data não existe qualquer terapêutica específica para esta patologia, apesar do maior conhecimento acerca da mesma e alguns estudos promissores nesta área, nomeadamente as alterações genéticas que a causam. O tratamento é dirigido essencialmente à gestão das suas complicações, nomeadamente as intercorrências infecciosas. O transplante pulmonar pode ser uma opção a considerar nestes doentes.

Palavras chave: *Discinesia ciliar primária. Bronquiectasis. História familiar.*

PE 073. HEMOPTISES, INVESTIGAÇÃO, ETIOLOGIA E TERAPÊUTICA

M.F. Guia, J.P. Boléo-Tomé, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE.

Introdução: As hemoptises podem ter diversas etiologias, nomeadamente infeções (tuberculosas ou não tuberculosas), bronquiectasias ou neoplasias. Os estudos mais recentes apontam que a incidência de hemoptises idiopáticas tem aumentado.

Objetivos: Análise de comorbilidades, achados imagiológicos e endoscópicos, etiologia e terapêutica endoscópica de doentes com hemoptises.

Métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos de doentes internados com diagnóstico de hemoptises num Serviço de Pneumologia, ao longo de 5 anos.

Resultados: Foram incluídos 66 doentes, dois terços dos quais do sexo masculino, com uma média de idades de 59 anos (mínima 22 e máxima 90), sendo 42% fumadores ativos e 26% ex-fumadores. As comorbilidades mais frequentes foram a DPOC (17%), neoplasia (8%, uma delas extra-pulmonar), bronquiectasias (5%) e doença renal crónica (5%), verificando-se que 21% apresentavam antecedentes pessoais de tuberculose pulmonar (2 deles ainda em tratamento). A nível de medicação de ambulatório, 14% encontravam-se sob anti-agregação plaquetária (um deles dupla) e 12% anticoagulação oral. A maioria dos doentes (65%) apresentava hemoptises de pequeno ou moderado volume, 32% expectoração hemoptóica e 2 casos (3%) hemoptises maciças. Laboratorialmente, 15% apresentaram-se com

aumento do tempo de protrombina. Os achados mais frequentes na TC torácica foram vidro despolido (41%), condensação (39%, cerca de metade das quais cavitada) e massa pulmonar (11%). A broncofibroscopia foi realizada em 89%, sendo os achados mais frequentes coágulos (34%), hemorragia ativa (25%) e alterações inflamatórias (17%). Foi realizada broncoscopia rígida em 30% dos doentes, tendo-se procedido a remoção de coágulos em 50%, fotocoagulação com laser em 25% e colocação de prótese em 25%. As etiologias mais comumente apuradas foram pneumonia adquirida na comunidade (35%, 4 delas necrotizantes e 7 associadas a bronquiectasias), bronquiectasias (26%, 7 delas associadas a pneumonia adquirida na comunidade), neoplasia pulmonar (17%) e tuberculose (12%). Houve 7 casos de hemoptises assumidas como idiopáticas (6 destes com história tabágica), um estava medicado com anticoagulante oral e outro com anti-agregante plaquetário. De referir que um doente realizou arteriografia que não revelou alterações e que outro já havia previamente realizado o mesmo exame (igualmente sem alterações). Não houve necessidade de embolização brônquica em nenhum doente. Foi efetuada lobectomia em 2 doentes (um por aspergiloma e outro por adenocarcinoma estadio IB). Verificaram-se 2 óbitos, um por progressão de neoplasia em estadio IV e outro por pneumonia em doente idoso.

Conclusões: As etiologias mais frequentes foram pneumonia adquirida na comunidade, bronquiectasias, neoplasia pulmonar e tuberculose. Praticamente todos os doentes com hemoptises assumidas como idiopáticas apresentavam hábitos tabágicos. Apesar de se terem verificado poucos casos de hemoptises maciças, houve necessidade de realizar broncoscopia rígida numa percentagem significativa dos casos. A terapêutica endoscópica permitiu a resolução de todos os casos em que foi efetuada.

Palavras chave: Hemoptises. Broncoscopia.

PE 074. COMPRESSÃO TRAQUEAL POR DISTENSÃO ESOFÁGICA, UMA CAUSA POUCO FREQUENTE DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

L. Gomes¹, S. Pereira¹, S.D. Santos², C. Ferreira¹, C. Rodrigues¹, J. Rua²

¹Serviço de Pneumologia B; ²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral.

Introdução: A insuficiência respiratória aguda é uma emergência médica. Estão descritas diversas causas, entre as quais a obstrução da via aérea, que pode ser intrínseca ou extrínseca.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 87 anos. Antecedentes de paraparésia espástica após enfarte medular há cerca de 20 anos, acamada, dependente nas actividades de vida diária, com capacidade cognitiva intacta. Doente com internamento recente por pneumonia adquirida na comunidade, medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina, é admitida no serviço de urgência por alteração do quadro de consciência com escala de Glasgow 3 e pupilas mióticas e arreactivas bilateralmente, com baixas saturações periféricas e murmúrio vesicular francamente diminuído bilateralmente. Apresentava-se hemodinamicamente estável, hipotérmica, com hipercapnia grave (pCO₂ 131 mmHg) e acidémia respiratória, tendo iniciado ventilação não invasiva (VNI) e terapêutica broncodilatadora após recusa de ventilação invasiva pela Medicina Intensiva. A radiografia torácica não tinha condensações sugestivas de pneumonia, derrame pleural ou congestão e a TC-CE não tinha alterações relevantes. Analiticamente apresentava leucocitose de 21.000 com PCR 10,8, sem outras alterações relevantes. A sumária de urina era sugestiva de infecção, pelo que iniciou ceftazidima. Dada a parca resposta e baixos volumes correntes apesar de IPAP elevada, ajustaram-se os parâmetros de VNI, iniciando modo AVAPS com residual melhoria do estado geral, reactividade pupilar e à dor. Pequena melhoria gasimétrica, auscultação pulmonar com

murmúrio vesicular audível embora ainda muito diminuído e acompanhado agora por aparente estridor. Perante o quadro descrito e melhoria residual da insuficiência respiratória realizou-se angio-TC tórax para exclusão de TEP e avaliação da permeabilidade da via aérea. Durante a mobilização após realização da mesma, apresentou episódio de vômito, sendo colocada em decúbito lateral e aspirado conteúdo gástrico. A doente reagiu, exibindo tosse pelo que foram aspiradas secreções respiratórias purulenta e colocada sonda nasogástrica resultando na drenagem abundante de ar e conteúdo gástrico. Verificou-se melhoria marcada do estado neurológico com recuperação do estado de consciência (Glasgow 15), e eupneia em ar ambiente, com saturações periféricas de 60%. Reiniciou-se VNI e oxigenoterapia agora com ventilação eficaz e melhoria clínica progressiva. Imagens de angio-TC demonstraram distensão esofagogastrica marcada com compressão da via aérea responsável pelo quadro de hipoventilação grave, e uma pneumonia que poderá justificar o quadro de gastroparésia grave.

Discussão: Na literatura surgem descritos alguns casos de insuficiência respiratória por compressão extrínseca da traqueia devido a mega-esófago secundário a acalásia. Neste caso, a doente apresentou uma distensão gastro-esofágica com compressão da via aérea e consequente insuficiência respiratória que reverteu após resolução do quadro digestivo. Este caso clínico vem demonstrar a importância de considerar causas menos comuns de obstrução da via aérea.

Palavras chave: Insuficiência respiratória. Obstrução da via aérea.

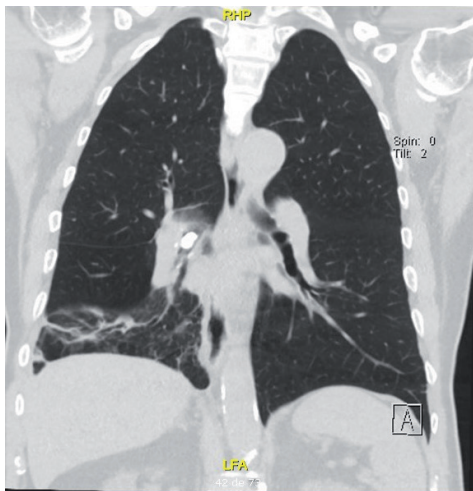
PE 075. O DENTE PERDIDO - UM CASO DE PNEUMONIA OBSTRUTIVA

R. Rosa, C. Vieira, R. Campanha, C. Matos, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz.

Caso clínico: A.A.M, trata-se de um doente do sexo masculino, 85 anos de idade, totalmente autónomo nas actividades de vida diária, fumador, com carga tabágica quantificada em 10 UMA, com antecedentes de neoplasia da próstata e doença de refluxo gastro-esofágica. A.A.M foi encaminhado para a consulta de Pneumologia Geral pela médica de família por quadro de tosse produtiva persistente, com expectoração acastanhada e dispneia de esforço com início após um internamento em março de 2017, por pneumonia no lobo inferior direito a condicionar insuficiência respiratória parcial. Negava febre, perda de peso ou hemoptises. Auscultatoriamente destacava-se um murmúrio vesicular rude com sibilos expiratórios à direita. Pedidos como exames complementares de diagnóstico: provas de função respiratória (PFR) e TC-tórax. Em segunda consulta, doente por lapso não fez TC-tórax e trazia resultados de PFR que demonstrava alteração obstrutiva ligeira envolvendo sobretudo as pequenas vias aéreas e air-trapping. Doente referia ainda nova Infeção do tracto respiratório, medicada inicialmente com azitromicina e posteriormente com levofloxacina por falência terapêutica. Realizou TC-tórax em fevereiro de 2018 que demonstrava "No lúmen do brônquio lobar inferior, exactamente abaixo da bifurcação nos brônquios lobares médio e inferior, há um corpo estranho, de elevada densidade, com aproximadamente 10 x 7 mm, medidos no plano axial. No lobo inferior direito, há uma área de consolidação e densificações em faixa, associados a bronquiectasias de tração, e perda de volume pulmonar, aspectos que deverão corresponder a alterações inflamatórias/infecciosas e a componente atelectásico, assim como a um componente fibrótico, traduzindo um processo crónico." Posteriormente doente forneceu história de que em março de 2017 tinha sido submetido a extração dentária, com quebra de uma das peças dentárias, que o doente teria deglutido. Na altura foi avaliado no Hospital da Luz, acabando por ter alta. Subsequentemente, em maio fez broncoscopia rígida com retirada do corpo estranho, correspondente a um fragmento dentário, com bom resultado endoscópico e repermeabilização do lobo inferior direito.

Desde então o doente tem passado bem, sem alterações à auscultação. Aspirações de corpos estranhos que não são reconhecidas na altura podem originar sintomas insidiosos, constituindo um desafio diagnóstico quando o grau de suspeição é baixo.



Discussão: Aspirações podem originar numerosas complicações, sendo a mais comum a pneumonia obstrutiva. O tratamento da pneumonia obstrutiva inclui não só a remoção da obstrução, como antibioterapia para a infecção.

Palavras chave: Tosse persistente. Pneumonia obstrutiva. Corpo estranho. Dente.

PE 076. TRAQUEBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA - UM ACHADO INCIDENTAL. CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

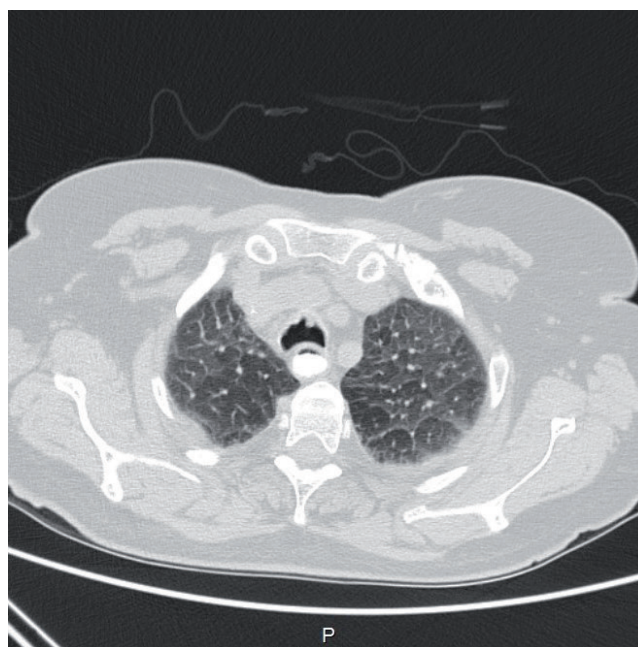
J. Barbosa, J. Ruivo

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A traqueobroncopatia osteocondroplástica é uma entidade rara, de etiologia e patogénese desconhecida. A incidência precisa é incerta, podendo variar entre 1:200 a 1:1.000. Descrita inicialmente por Rokitansky num exame *postmortem* em 1855, é uma patologia benigna caracterizada tipicamente pela presença de múltiplas formações nodulares ósseas e cartilaginosas na submucosa da traqueia e brônquios, caracteristicamente na superfície luminal das paredes anteriores e laterais. Geralmente diagnosticada a partir dos 50 anos, o espectro de manifestações clínicas é variado, sendo a maioria dos pacientes assintomáticos. As principais manifestações clínicas descritas são a presença de dispneia e tosse crónica. O *gold standard* para o diagnóstico desta patologia é a broncoscopia que revela alterações típicas, nomeadamente a presença de

nódulos de consistência dura, com um padrão clássico descrito como “jardim de rochas” ou “pedra de calçada”. Embora a biópsia não seja necessária para o diagnóstico, esta é útil para a exclusão de outras patologias. O diagnóstico diferencial pode incluir neoplasia endobrônquica, amiloidose, sarcoidose, tuberculose, policondrite recidivante e papilomatose. O tratamento é dependente da sintomatologia apresentada, não tendo ainda sido descrita nenhuma terapêutica específica e comprovadamente eficaz. Embora numa minoria dos casos possam ocorrer complicações graves, geralmente a doença tem bom prognóstico.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de uma mulher de 68 anos, ex-fumadora, com antecedentes pessoais relevantes de doença arterial aterosclerótica, submetida a colocação de prótese aorto-bifemoral. A salientar também doença renal crónica de etiologia obstrutiva a condicionar múltiplos internamentos por urossépsis. No decorrer da marcha diagnóstica efectuada, documentou-se na tomografia computadorizada do tórax a presença de irregularidades no contorno luminal da traqueia e do brônquio principal esquerdo, sobretudo na vertente anterior, sugestivas de lesões polipóides. A broncofibroscopia revelou a presença de múltiplas lesões mamilonadas, de consistência dura e de coloração branca, sugestivas de traqueobroncopatia osteocondroplástica, até então desconhecida e assintomática. Do estudo etiológico realizado foram excluídas as principais patologias que fazem diagnóstico diferencial, nomeadamente amiloidose, tuberculose e neoplasia.



Discussão: Pretendemos com este caso clínico abordar uma patologia benigna rara, sublinhar que a maioria dos doentes na apresentação são assintomáticos e que o diagnóstico pode ser incidental, nomeadamente, no curso da investigação diagnóstica alargada de outras patologias.

Palavras chave: Traqueobroncopatia osteocondroplástica. Traqueia. Brônquios.

PE 077. OBSTRUÇÃO AGUDA DA VIA AÉREA POR BÓCIO MULTINODULAR

T. Dias, D. Canhoto, J. Almeida, R. Santos, A. Carvalho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Medicina Interna A.

Introdução: O bócio multinodular é uma doença comum. O bócio mergulhante com sintomas obstrutivos, como dispneia, tem indicação cirúrgica. A obstrução da via aérea nos casos benignos é rara.

Caso clínico: Mulher de 88 anos que deu entrada na sala de emergência com quadro de dispneia aguda. História de dispneia para esforços progressivamente menores e cansaço fácil ao longo do último ano. A doente apresentava antecedentes conhecidos de estenose aórtica, hipertensão arterial e dislipidemia. Ao exame objetivo apresentava-se apirética, polipneica, taquicárdica, com saturação de oxigénio de 88% com máscara de alto débito. Apresentava estridor, ferveiros e sibilos dispersos em ambos os campos pulmonares. Gasometria com hipoxemia (pO₂ 59,5 mmHg), sem hiper-capnia. Radiografia do tórax com marcado alargamento do mediastino superior. Electrocardiograma em ritmo sinusal, 120 bpm, com bloqueio de ramo esquerdo. Hemograma e bioquímica sem alterações de relevo, com BNP 157 pg/ml, TSH 0,044 uUI/ml (valor referência: 0,4-4,0), T4 livre 1,1 (valor referência: 0,8-1,9). Foi realizada tomografia computadorizada do tórax que revelou marcado aumento da tiróide, com extenso componente mergulhante, comprimindo acentuadamente a metade superior da traqueia, tendo esta um calibre mínimo de 2 mm. Os troncos venosos braquiocéfálicos encontravam-se também comprimidos pela tiróide, com acentuado afilamento luminal. Ligeiro derrame pleural esquerdo e atelectasia de ambos os lobos inferiores. Sem adenomegalias. A doente foi medicada com furosemida, adrenalina, broncodilatadores, corticóide inalado e endovenoso, com melhoria ligeira do quadro. Foi internada para estabilização. Ao longo do internamento apresentou melhoria do estridor e do quadro de insuficiência respiratória, mantendo no entanto necessidade de oxigenoterapia e corticóide endovenoso. Foi proposta para tiroidectomia total. O acto cirúrgico decorreu sem intercorrências, com excisão da tiróide em bloco, no entanto a doente acabou por falecer no segundo dia de pós-operatório, na sequência de episódio de fibrilhação ventricular. **Discussão:** Apresentamos o caso de uma doente com uma patologia que costuma ter uma apresentação benigna, mas que nos casos de obstrução da via aérea pode ter um desfecho fatal, como aconteceu no caso descrito. A doente não tinha história prévia conhecida de patologia da tiróide, mas tinha realizado 6 anos antes uma radiografia do tórax que já apresentava alargamento do mediastino superior, que nessa data não foi valorizado, e consequentemente não foi investigado. É importante reconhecer estes casos, uma vez que se trata de uma causa de morte evitável se diagnosticada e tratada atempadamente.

Palavras chave: Bócio mergulhante. Estridor. Estenose traqueal.

PE 078. O PNEUMOTÓRAX E A ERVILHA - APRESENTAÇÃO INCOMUM DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

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

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

Introdução: Em adultos, a aspiração de corpo estranho para a via aérea é rara, ocorrendo principalmente acima dos 75 anos. Pode provocar sintomas agudos ou crónicos ou ser assintomática, sendo necessário um elevado nível de suspeição. Na presença de altera-

ções imagiológicas, como atelectasia ou pneumotórax, esta hipótese deve ser colocada. Apesar de ocorrer mais comumente ao nível do brônquio lobar inferior direito, pode acometer a árvore brônquica esquerda em 23% dos casos.

Caso clínico: Doente do género masculino com 79 anos que recorreu ao serviço de urgência por dispneia em repouso e toracalgia esquerda com agravamento progressivo em 3 dias. Sem tosse, pieira, febre ou outros sintomas e sem história de traumatismo. À observação, baixa saturação periférica de oxigénio (88%) e diminuição do murmúrio vesicular à auscultação do hemitórax esquerdo. Antecedentes de asma alérgica persistente e rinite alérgica, medicado com budesonido/formoterol turbobaler®. Ex-fumador desde há 28 anos, com carga tabágica de 50 UMA. Exposição a produtos químicos de sulfatação, galinhas e rolas. Analiticamente apenas com discreta elevação da PCR (1,78 mg/dl). Radiografia torácica com hipertransparência do campo pulmonar esquerdo com linha pleural visível, compatível com pneumotórax, e área densa parahilar esquerda por colapso pulmonar (fig. 1A). Foi realizada toracostomia com colocação de dreno torácico no 5º espaço intercostal na linha axilar anterior e drenagem subaquática, com expansão pulmonar quase total e melhoria sintomática, ficando o doente internado com oxigenoterapia. Por persistência de área densa hilar esquerda, sugestiva de atelectasia, foi realizada TC torácica que confirmou pneumotórax e colapso do lobo superior esquerdo (LSE) com obstrução completa do brônquio a esse nível (fig. 1B). Quando questionado novamente o doente referiu episódio de engasgamento, enquanto comia carne e ervilhas, 5 dias antes de ter recorrido ao hospital, não associando claramente início da dispneia ao evento. Foi então realizada vídeobroncofibroscopia com observação de oclusão total do brônquio do LSE por corpo estranho de cor verde, provavelmente uma ervilha (fig. 2A), rodeado por mucosa friável com hemorragia fácil, não permitindo assim a sua remoção por esta técnica. Contudo, após o procedimento, o doente apresentou vários acessos de tosse produtiva com eliminação de expectoração hemoptóica e componentes mais sólidos, referindo notável melhoria clínica. Na radiografia torácica de controlo observou-se resolução total da atelectasia. No dia seguinte foi repetida a vídeobroncofibroscopia que confirmou ausência de corpo estranho com orifícios brônquios permeáveis, mantendo apenas sinais inflamatórios locais (fig. 2B). Do aspirado, escovado e biópsias brônquicas apenas de referir cultura positiva para *Providencia rettgeri*, pelo que o doente cumpriu tratamento com levofloxacina.

Discussão: A presença de corpo estranho orgânico na árvore brônquica pode ser assintomática até ocorrer uma complicação, como neste caso com atelectasia e pneumotórax. O episódio de aspiração nem sempre é valorizado pelo doente, pelo que a história clínica cuidadosa é essencial. A apresentação com pneumotórax é muito rara e neste caso pode ter tido uma origem multifatorial, pelos acessos intensos de tosse durante o engasgamento e obstrução brônquica mantida com atelectasia lobar.

Palavras chave: Corpo estranho. Pneumotórax. Atelectasia. Vídeobroncofibroscopia.

PE 079. UM CASO EXUBERANTE DE TRAQUEOBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA

F. Aguiar, F.V. Machado, N. Teixeira, A. Magalhães

Hospital de Braga, Centro Hospitalar de S. João e Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Introdução: A traqueobroncopatia osteocondroplástica (TO) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, caracterizada pelo crescimento anormal de múltiplos nódulos submucosos cartilagueos e/ou ósseos nas paredes traqueobrônquicas, projetando-se para o lúmen. Habitualmente, os doentes encontram-se assintomáticos mas, em alguns casos, podem apresentar-se com pieira, dispneia, hemopti-

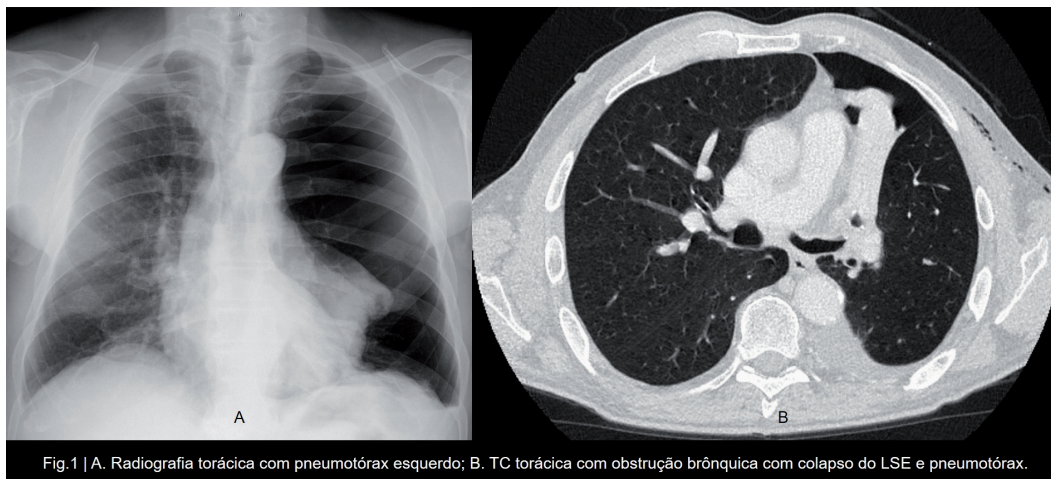


Fig. 1 | A. Radiografia torácica com pneumotórax esquerdo; B. TC torácica com obstrução brônquica com colapso do LSE e pneumotórax.

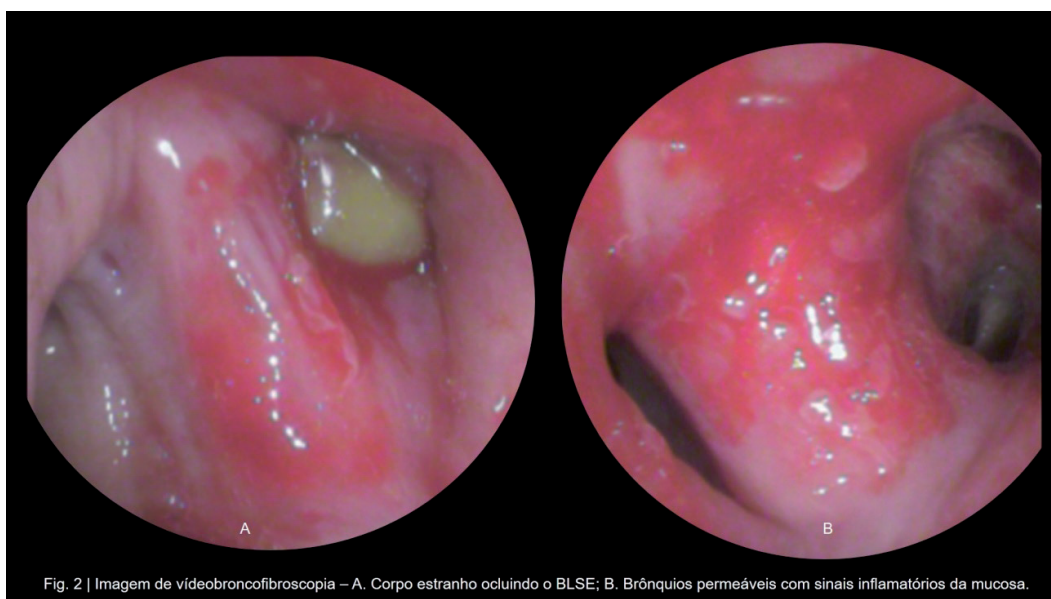


Fig. 2 | Imagem de videobroncofibroscopia – A. Corpo estranho ocluindo o BLSE; B. Brônquios permeáveis com sinais inflamatórios da mucosa.

Figura PE 078

ses ou pneumonias obstrutivas. A abordagem diagnóstica correta envolve a realização de tomografia computadorizada (TC) e avaliação broncoscópica com biópsia das lesões.

Caso clínico: Trata-se de um doente do gênero masculino de 75 anos, sem antecedentes de relevo, admitido para internamento hospitalar por pneumonia, manifestada pela clínica de toracalgia e tosse com expectoração hemoptóica. Foi-lhe realizada uma TC de tórax que revelou uma irregularidade exuberante e difusa da parede traqueal e dos brônquios principais. A avaliação por videobroncofibroscopia revelou uma diminuição marcada do lúmen traqueal e dos brônquios

principais. Realizaram-se biópsias brônquicas cuja análise anatomopatológica revelou tecido brônquico inflamatório e metaplasia epidermoide. Posto isto, o doente foi submetido à realização de uma broncoscopia rígida, possibilitando a realização biópsia brônquicas de maiores dimensões. A avaliação histológica destes fragmentos constatou a presença de cartilagem e de osso, confirmando a hipótese diagnóstica de traqueobroncopatia osteocondroplástica. O tratamento da pneumonia reverteu todos os sintomas apresentados. Não foi necessário tratamento dirigido à TO, embora se mantenha em acompanhamento na consulta externa de Pneumologia.

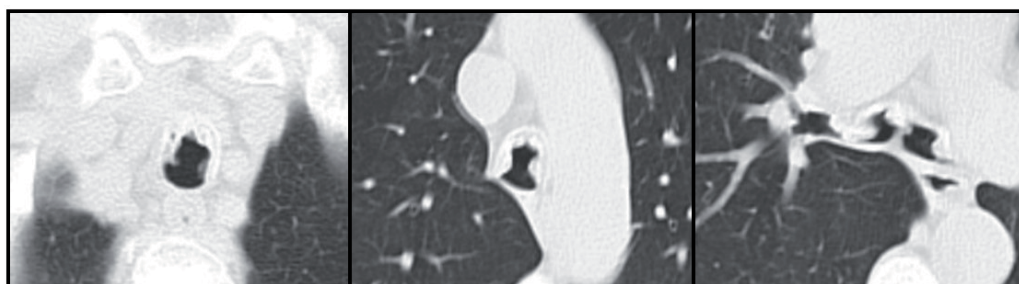


Figura 1 PE 079. Traqueia e brônquios principais.

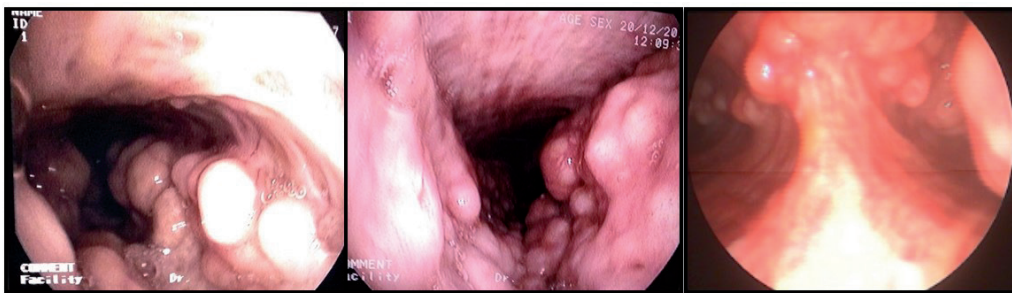


Figura 2 PE 079. Imagens bronoscópicas da traqueia e brônquios principais.

Discussão: A presença das lesões previamente descritas na videobroncopia é habitualmente diagnóstica, mas idealmente deverá ser realizada biópsia dos nódulos para de forma a confirmar a presença de tecido cartilágneo e/ou ósseo na submucosa das paredes traqueobrônquicas. São muito raros os casos descritos com apresentação exuberante ou com ocorrência de complicações, já que a TO é comumente um achado diagnóstico, cujo curso de doença é habitualmente benigno e lento.

Palavras chave: Traqueobroncopatia osteocondroplástica. Broncopia.

PE 080. TRAQUEBRONCOPATIA OSTEOCONDROPLÁSTICA - UMA IMAGEM QUE VALE POR MIL PALAVRAS

C. Pereira¹, V. Pereira¹, F. Ferro¹, F. Freitas¹, P. Monteiro², R. Gonçalves², C. Bárbara¹

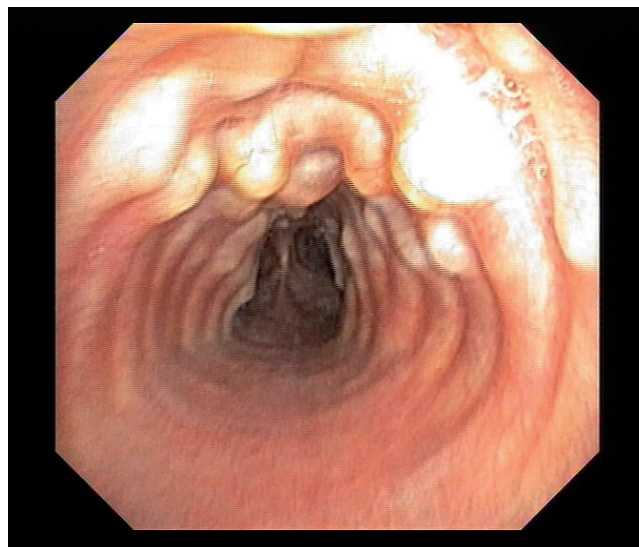
¹Serviço de Pneumologia; ²Unidade de Pneumologia de Intervenção, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A traqueobroncopatia osteocondroplástica é uma doença benigna rara de etiopatogenia desconhecida. Caracteriza-se pela presença de múltiplos nódulos osteocartilágneos na submucosa da árvore traqueobrônquica que se dispõem caracteristicamente na superfície luminal das suas paredes anterior e laterais, poupando a parede posterior. É geralmente assintomática mas pode apresentar-se com sintomas respiratórios como tosse crónica, dispneia, sibilância e, ocasionalmente, hemoptises. Na maioria dos casos, é um achado acidental em broncofibroscopia para investigação de outros sintomas ou exclusão de outras hipóteses diagnósticas.

Caso clínico: Mulher de 68 anos de idade, ex-fumadora, com múltiplas co-morbilidades cardiovasculares internada em contexto de urosépsis, motivo pelo qual realizou tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica para exclusão de uropatia obstrutiva. Nos cortes torácicos documentou-se “irregularidade do contorno luminal da traqueia, sobretudo na sua vertente anterior, parecendo existir lesões polipóides nesta topografia, coexistindo imagem de características idênticas no brônquio principal esquerdo”. Perante o achado, apesar de negar queixas respiratórias, realizou Videobroncofibroscopia que revelou a presença de múltiplas proclivências ao longo da mucosa na face anterior de toda a traqueia de consistência dura e coloração branca que se estendem até ao brônquio principal esquerdo compatível com o diagnóstico endoscópico de traqueobroncopatia osteocondroplástica. Foram realizadas biópsias das lesões com confirmação do diagnóstico pela anatomia patológica.

Discussão: A traqueobroncopatia osteocondroplástica é uma entidade nosológica rara, idiopática, benigna e frequentemente assintomática, pelo que a sua incidência *in vivo* poderá estar subestimada. As imagens bronoscópicas são, por si, muitas vezes diagnósticas da doença, pelo que deve ser facilmente identificada

pelos pneumologistas e broncologistas. Não obstante, a realização de biópsias é pertinente para exclusão de outros diagnósticos diferenciais. O prognóstico é habitualmente favorável só estando indicado tratamento para controlo sintomático ou quando há complicações, principalmente, estenose traqueal e/ou brônquica e hemoptises.



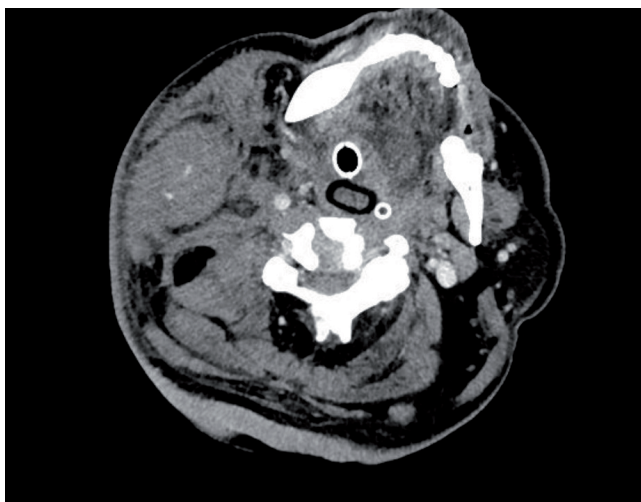
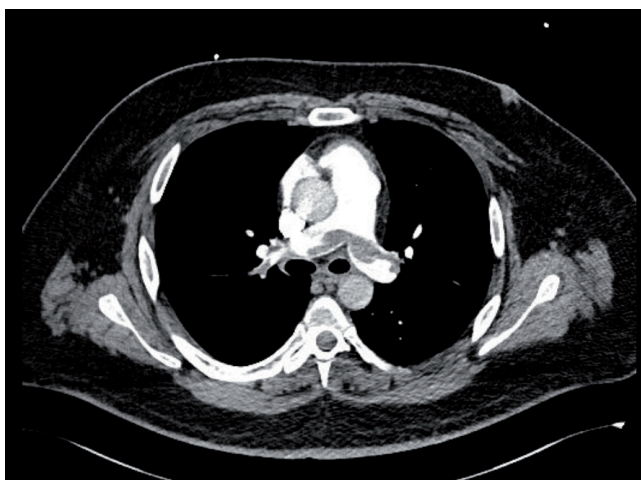
Palavras chave: Traqueobroncopatia osteocondroplástica. Tomografia computadorizada. Broncofibroscopia.

PE 081. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COM REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA: QUAL O FUTURO?

B. Mendes, M.A. Mineiro, C.L. Figueiredo, R.B. Moura, G. Rodrigues, A. Fiarresga, T. Garcia, A.S. Guerreiro, J. Cardoso

Hospital de Santa Marta-CHLC.

Introdução: A incidência do tromboembolismo pulmonar (TEP) tem aumentado em Portugal apesar de uma diminuição da mortalidade, mantendo-se esta, no entanto, em níveis relativamente altos. A estratificação do risco bem como a atuação precoce com terapêutica adequada a cada situação são fundamentais no tratamento da doença. A importância de agir rapidamente em situações de choque hemodinâmico não deve descuidar uma avaliação cuidada do doente de uma forma global e as intervenções deverão sempre ser adaptadas a cada situação.



Caso clínico: Apresenta-se um caso de TEP com compromisso hemodinâmico onde se protelou a intervenção inicial devido a hemorragia ativa, e quando possível optou-se por intervenção mecânica dirigida em detrimento de fibrinólise sistémica. Homem de 64 anos, caucasiano, autónomo até há 2 meses. História de hipertensão arterial, gota e mielopatia espondilótica compressiva a condicionar marcada limitação funcional nos últimos 2 meses. Levado ao Serviço de Urgência do Hospital de Portalegre por dor torácica difusa, confusão mental e impotência funcional dos membros inferiores desde o dia anterior. À observação encontrava-se polipneico com ausência de pulso nos membros inferiores, em taquicardia, com pressão arterial imensurável no braço esquerdo e hipotenso no direito. Gasometricamente em ar ambiente com alcalose respiratória

e hipoxemia marcada (PaO₂ 47 mmHg). Eletrocardiograma com supradesnivelamento do segmento ST de V1 a V3 e laboratorialmente com elevação dos marcadores de necrose do miocárdio. A angio-TC revelou defeito de preenchimento das artérias pulmonares principais e de todas as lobares, dilatação do ventrículo direito e da saída da artéria pulmonar, obstrução completa na bifurcação aortoilíaca e enfarte esplénico. Admitido TEP maciço com repercussão hemodinâmica pelo que se colocou cateter venoso central (CVC) com administração de heparina não fracionada e o doente foi enviado para o Hospital de Santa Marta. À chegada neste centro verifica-se agravamento da instabilidade hemodinâmica e um extenso hematoma cervical direito comprovado por TC do pescoço como tendo origem em laceração da jugular interna direita, provavelmente iatrogénica. Assim, em doente com TEP maciço, embolia da aorta e isquémia dos membros inferiores, protelou-se tratamento destas condições, devido à gravidade da hemorragia presente e por risco de agravar sangramento, optando-se por intervenção cirúrgica para reparação da jugular. Após 3 dias na unidade de cuidados intensivos polivalentes (UCIP), com necessidade de suporte aminérgico, procedeu-se a intervenção percutânea com trombectomia mecânica por apresentar contra-indicação para fibrinólise sistémica. Nos dias seguintes ao procedimento verificou-se clara melhoria hemodinâmica, clínica e gasométrica tendo alta da UCIP.

Discussão: Tem sido discutida a implementação em alguns centros de uma “via verde” para o TEP. Esta deverá passar por uma estratificação do risco, bem como uma abordagem multidisciplinar a situações de emergência para otimização dos cuidados. É expectável que estratégias de reperfusão arterial, já validadas para outras patologias, também o venham a ser para o tratamento do TEP num futuro próximo. O recurso a técnicas como trombectomia mecânica ou fibrinólise dirigida por cateter deverá sempre pesar na decisão de intervenção em situações, como no caso descrito, onde a fibrinólise sistémica, técnica mais utilizada, está contra-indicada.

Palavras chave: Tromboembolismo pulmonar. Trombectomia.

PE 082. A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG - VERSÃO CURTA E LONGA - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA E NA ESTRATÉGIA A IMPLEMENTAR AO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA - REABILITAR

R. Vilarinho¹, I. Pinto¹, J. Sampaio¹, R. Oliveira¹, L. Serra¹, S. Mayoralas-Alises^{2,3}, C. Esteves¹, C. Caneiras^{1,4}, S. Bernard^{1,5}

¹Divisão Médica, Praxair Portugal. ²Divisão Médica, Praxair Portugal & Espanha. ³Hospital de Moncloa, Madrid. ⁴Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ⁵Research Center of the Institut Universitaire de Cardiologie et de Pneumologie de Québec-Université Laval.

Introdução: A alteração no controlo do equilíbrio é reconhecida como uma importante manifestação secundária nos indivíduos com DPOC e um principal fator de risco de queda, principalmente nos adultos mais velhos, que pode levar a limitações funcionais e redução da mobilidade. No âmbito da reabilitação respiratória domiciliária (RRD), a avaliação funcional do equilíbrio é crucial para a avaliação clínica e tomada de decisões importantes para a segurança e personalização, de acordo com as necessidades individuais. **Objetivos:** 1) Compreender a importância da Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) na avaliação do equilíbrio e risco de queda para a inclusão de cidadãos com DPOC no programa de RRD - reabilitAR. 2) Comparar os resultados obtidos na versão curta e longa para analisar o valor acrescido da versão longa para uma melhor avaliação da segurança do programa de exercícios no domicílio.

Métodos: Dois indivíduos referenciados para o programa reabilitAR realizaram a avaliação inicial do programa, incluindo a aplicação da versão curta da EEB. Esta escala é utilizada para avaliar, de forma

rápida e com recursos simples, a segurança na realização do exercício físico do programa no âmbito da autogestão em contexto domiciliário e determinar a necessidade de incluir exercícios específicos de equilíbrio. De acordo com os baixos resultados obtidos na versão curta, associado ao elevado risco de queda, foi aplicada a versão longa tendo como objetivo descrever informação adicional e detalhada do nível de comprometimento do equilíbrio, auxiliar na tomada de decisão para a validação do cidadão no programa e possíveis adaptações.

Resultados: Os resultados obtidos na versão curta apontaram para um risco de queda elevado (18 e 8 pontos/28, indivíduo A e B, respetivamente). Posteriormente, através da interpretação dos resultados da versão longa (42 e 27 pontos/56 indivíduo A e B, respetivamente) confirmamos limitações no equilíbrio. A análise dos resultados mostrou que a segurança do programa de exercícios estava comprometida, e por isso surgiu a necessidade de desenvolver adaptações específicas e individuais. No indivíduo A, a maior pontuação observada permitiu a sua inclusão no programa no âmbito da autogestão. Contudo foram criados exercícios específicos supervisionados para o equilíbrio. Para o indivíduo B, com pior pontuação, o programa sofreu maiores alterações através do aumento do número de dias de contacto com o fisioterapeuta, juntamente com exercícios específicos de equilíbrio, sem a promoção de autogestão, até nova avaliação da condição clínica.

Conclusões: A aplicação da versão longa da escala pode apresentar importantes vantagens na avaliação clínica de cidadãos com alterações na aplicação da versão curta, uma vez que se mostrou mais sensível a discriminar essas alterações. Possibilita a recolha de informação mais precisa sobre o comprometimento do equilíbrio, permitindo a elaboração de estratégias de personalização e adequada supervisão de forma a garantir a segurança (baixo risco de queda), qualidade e eficácia do programa RRD - reabilitAR.

Palavras chave: Risco de queda. Escala de equilíbrio de Berg. Reabilitação respiratória domiciliária.

PE 083. TREINO DOS MÚSCULOS INSPIRATÓRIOS NA LESÃO MEDULAR CERVICAL

M.P. Almeida, A. Gomes, I.M. Vaz, M. Torres, F. Gandarez, J.C. Winck

Centro de Reabilitação do Norte.

Introdução: A disfunção respiratória pós lesão medular (LM) cervical é caracterizada por músculos respiratórios fracos ou paralisados, resultando numa redução do volume pulmonar, tosse ineficaz e aumento das infecções respiratórias. O treino dos músculos inspiratórios (TMI) demonstrou aumentar a força e resistência muscular inspiratória em pessoas com doença pulmonar crónica. Alguns autores sugerem que o aumento da força dos músculos inspiratórios através de um treino específico em pessoas com LM, pode ter um impacto positivo na função pulmonar e a capacidade de tosse.

Objectivos: O objetivo do presente estudo foi avaliar os efeitos imediatos do TMI, associado a um programa de reabilitação intensivo, em pacientes com LM cervical com fraqueza dos músculos inspiratórios.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com LM cervical admitidos para programa de reabilitação hospitalar entre 2016 e 2018, com um período máximo de 12 semanas, com comprometimento dos músculos inspiratórios (pressão inspiratória máxima (PIM) < 60 cmH₂O). O protocolo do TMI consistiu em duas sessões diárias, com recurso ao instrumento *threshold inspiratory muscle trainer*, com uma resistência de 60% da PIM. Cada sessão consistiu em 3 séries de 10 ciclos respiratórios. As avaliações foram realizadas na admissão e no momento da alta. As medidas de avaliação foram a PIM e pico de fluxo de tosse (PCF). A estatística inferencial incluiu o teste de Wilcoxon.

Resultados: Um total de 9 doentes (78% do sexo masculino; 55 ± 19 anos), com um tempo médio de lesão de 55 meses (DP = 66) até à data de admissão, com uma classificação da *ASIA Impairment Scale* (AIS): A (22%), B (12%), C (11%), D (55%) e a média de capacidade vital forçada de 2,04 litros (DP = 0,95). Foi observado uma melhoria significativa na PIM (admissão: mediana 52 cmH₂O, intervalo interquartil [38,5-58] vs alta: mediana 68 cmH₂O [54-88,5]; p = 0,008). Apesar dos efeitos positivos no PCF, não foram considerados estatisticamente significativos (admissão: mediana de 200 l/min [105-325] vs alta: mediana de 260 l/min [130-330]; p = 0,123). Importa salientar a ausência de efeitos adversos relacionados com o protocolo do TMI.

Conclusões: Apesar das limitações do estudo devido ao pequeno tamanho da amostra, o TMI teve um efeito positivo na força muscular inspiratória em doentes com LM cervical que apresentavam um comprometimento da PIM durante um programa de reabilitação.

Palavras chave: Lesão medular. Treino músculos inspiratórios.

PE 084. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO DOENTE COM DPOC

A.M.M. Pinto, J.V. Marques, M. Albergaria, R. Nunes, S. Guerra

USF Lusitana, Centro Hospitalar de Tondela Viseu.

Introdução: A reabilitação respiratória é uma intervenção baseada na evidência, multidisciplinar e abrangente para doentes com patologia respiratória crónica sintomáticos e com diminuição da capacidade de execução das suas atividades de vida diárias (AVDs), sendo projetada para reduzir os sintomas, otimizar o status funcional e reduzir os custos com a saúde, estabilizando ou revertendo as manifestações sistémicas da doença.

Objectivos: Avaliar se a reabilitação respiratória é uma intervenção eficaz na patologia respiratória crónica, em particular na DPOC.

Métodos: Pesquisa de revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos (EC) e estudos retrospectivos (ER), nos últimos 5 anos, nas línguas portuguesa e inglesa, com os termos: “pulmonary rehabilitation” e “COPD”.

Resultados: Obtiveram-se 24 artigos tendo sido seleccionados 2 RS, 4 EC e 3 ER. A reabilitação respiratória está indicada em qualquer doente com patologia respiratória crónica que se apresente dispneico, com baixa tolerância ao esforço e limitado nas suas atividades diárias, apesar de terapêutica médica otimizada. Ao aliviar a dispneia e a fadiga, a reabilitação respiratória melhora a função emocional e aumenta a noção de controlo que os indivíduos têm sobre sua própria condição. A reabilitação respiratória reduz as readmissões hospitalares (nível de evidência moderado) e melhora a qualidade de vida e a capacidade de exercício (nível de evidência elevado), no entanto tais melhorias não se traduzem numa redução da mortalidade.

Conclusões: A reabilitação pulmonar assume um papel importante na DPOC, sendo benéfica na melhoria da qualidade de vida e na capacidade de exercício existindo, para a avaliar, escalas como a *Short Physical Performance Battery*, podendo ser usada antes e após um programa de reabilitação respiratória para tentar perceber se existiu aumento da tolerância ao esforço físico. A reabilitação pulmonar é também uma intervenção segura em doentes com DPOC, após a ocorrência de uma exacerbação. É também de ressaltar o facto de poder ser realizada quer em ambiente clínico quer em casa o que lhe confere importância e versatilidade como medida terapêutica. Mais estudos serão necessários no sentido de identificar quais os componentes essenciais da reabilitação pulmonar, concretamente a sua duração ideal e intensidade de treino necessário, bem como por quanto tempo os efeitos do tratamento persistem.

Palavras chave: Reabilitação respiratória. DPOC.

PE 085. AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO EXTRA-HOSPITALAR EM DOENTES COM DPOC

S. Lucas¹, H. Ramos¹, C. Gomes², U. Brito¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve. ²USF Esteve, Vila Real de Santo Antonio.

Introdução: Os benefícios da reabilitação pulmonar em doentes com DPOC são consideráveis. Nem todos os hospitais apresentam as condições necessárias para facultar um programa de reabilitação a todos os doentes que deles beneficiaria.

Objectivos: Avaliar os efeitos de um programa de reabilitação extra-hospitalar nas exacerbações, sintomatologia e qualidade de vida de doentes com DPOC.

Métodos: Estudo quase experimental com realização de um programa de exercício físico no centro de saúde da área de residência do doente com diminuição do número de sessões vigiadas e duração total de 6 meses (3 sessões semanais supervisionadas durante 2 meses, 1 sessão semanal durante 1 mês e, finalmente, 1 sessão mensal durante 3 meses). Cada sessão apresenta componente de exercício aeróbico e treino de força dos membros supervisionadas por um fisioterapeuta. Foram aplicados inicialmente, aos 2, 3 e 6 meses o questionário *Medical Research Council (mMRC)*, *COPD Assessment Test (CAT)*, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, *St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)* e realizada prova de marcha de 6 minutos (PM6M).

Resultados: Foram incluídos 11 doentes com um predomínio do sexo masculino (72,2%) e uma média de idades de 67,18 anos (desvio padrão 6,88). A maioria são ex-fumadores (63,6%) e apresentavam uma obstrução com um volume expiratório forçado no 1º segundo após broncodilatação médio de 52,81% (desvio padrão 19,86). Aos 2 meses verificou-se melhoria da pontuação em todos os questionários aplicados com significado estatístico ao nível do mMRC e SGRQ (impacto e total). Verificou-se, também, melhoria clinicamente significativa da distância percorrida na prova de marcha de 6 minutos em 7 dos 11 doentes. Aos 3 meses do programa (após decréscimo da frequência da supervisão) verificou-se manutenção dos ganhos adquiridos com exceção do score HADS (depressão) que aumentou para valores pré-programa. No final do programa os doentes que tinham tido ganho significativo na PM6M diminuíram todos o seu desempenho, embora apenas 1 tenha voltado aos valores pré programa. Verificou-se, ainda, agravamento da pontuação obtida no questionário CAT bem como do SGRQ (Impacto).

Conclusões: O programa desenvolvido foi exequível e clinicamente eficaz aos 3 meses, contudo, verificou-se perda da maioria dos ganhos após término das sessões acompanhadas por um profissional.

Palavras chave: DPOC. Exercício físico extra-hospitalar.

PE 086. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL E IMPORTÂNCIA DE UMA TERAPÊUTICA INDIVIDUALIZADA

F.G. Oliveira, R. Macedo, I. Correia, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) possui um vasto espectro clínico na sua apresentação, traduzindo-se numa das causas mais importantes de morbimortalidade e hospitalização. A sua etiologia é multifactorial, a sua suspeita clínica e diagnóstico é por vezes um desafio e a abordagem terapêutica precoce é determinante.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 56 anos, do sexo masculino, fumador (carga tabágica 40 Unidades Maço Ano), com hábitos etanólicos e toxicofílicos (cocaína, haxixe e marijuana) marcados. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de lipotímia, dor torácica tipo aperto, sudorese e dispneia de instalação súbita, com menos de 24 horas de evolução. No SU encontrava-se hipo-

tenso, normocárdico, sob oxigenoterapia 6 L/min. Dos exames complementares de diagnóstico efectuados destaca-se na avaliação laboratorial um aumento dos D-dímeros 2,7 ug/mL. Por suspeita de TEP realizou uma angioTC do tórax que revelou defeitos de repleção extensos envolvendo o segmento distal da artéria pulmonar esquerda e várias artérias lobares e segmentares de ambos os pulmões, tronco principal da artéria pulmonar de calibre dentro da normalidade, contudo com dilatação ventricular direita e um ecocardiograma transtorácico com dilatação ventricular direita, movimento esquerdo do segmento basal do septo interventricular, regurgitação tricúspide ligeira e veia cava inferior 19 mm com variação menor de 50% com a respiração. Perante confirmação do diagnóstico de TEP bilateral, o doente foi internado numa unidade de cuidados intensivos tendo iniciado anticoagulação com heparina não fraccionada com *switch* para varfarina e posteriormente para rivaroxabano. O estudo das trombofilias revelou presença de défice de antitrombina III (70%). Aquando a alta do internamento, o doente apresentava indicação para referenciação à Consulta de Pneumologia Geral, de Cessação Tabágica e de Psiquiatria (tendo recusado), de Imunohemoterapia. Na reavaliação em Consulta de Pneumologia Geral o doente mantinha os hábitos tabágicos e toxicofílicos inalados. O Ecocardiograma transtorácico de reavaliação realizado em ambulatório destacava discreta regurgitação tricúspide.

Discussão: Destaca-se a importância da etiologia multifactorial do presente caso clínico (défice antitrombina III e tabagismo) apresentando uma provável alteração da vasculatura pulmonar resultante do consumo crónico de cocaína. Salienta-se ainda a abordagem terapêutica individualizada utilizada.

Palavras chave: Tromboembolismo pulmonar. Tabagismo. Défice antitrombina III. Rivaroxabano.

PE 087. IMPORTÂNCIA DA VARIAÇÃO DA PRESSÃO EXPIRATÓRIA MÍNIMA NA ADEÇÃO E CONFORTO DO DOENTE COM SAOS - A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.F. Ferreira¹, A.R. Fevreiro², M. Dias², N. Machado², R. Marques², R. Coxo³, S. Mayorlas-Alises⁴, T. Magalhães⁵, C.M. Esteves⁵, C. Caneiras⁵

¹Fisioterapeuta; ²Cardiopneumologista; ³Enfermeiro;

⁴Farmacêutica, Divisão Médica, Praxair Portugal. ⁵Médica

Pneumologista, Divisão Médica, Praxair Portugal & Espanha.

Introdução: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), é caracterizada por uma interrupção parcial ou total das vias aéreas superiores que consequentemente leva a uma redução do fluxo, conduzindo a dessaturações e despertares noturnos. A adesão à terapia no tratamento da SAOS é um dos principais objetivos para reabilitar o doente. Considera-se aderente aquele que cumpre diáritamente a terapia, com uma média de uso igual ou superior a 4h/ noite em pelo menos 70% das noites. Para que estes resultados sejam possíveis é necessária uma adequada decisão clínica da terapia a realizar bem como correcta adaptação da interface e acompanhamento técnico (reforço de ensino ao doente e cuidador, esclarecimento de questões). As visitas domiciliárias permitem uma monitorização da adesão do doente, devendo esta ser reportada ao médico especialista para eventuais ajustes.

Caso clínico: Sexo masculino, 65 anos inicia terapia com autoCPAP com os seguintes parâmetros: EPAP máximo -16 cm H₂O, EPAP Mínimo - 4 cm H₂O, rampa- 45 minutos, APE- 3,0 cm H₂O. Na visita domiciliar do 1º mês, o doente apresentava-se não aderente com os seguintes resultados: percentagem uso > 4h | 0%; média uso diário: 3 min.; P(95): 10,6 cmH₂O; sem fuga não intencional significativa (16,8 L/min); IAH residual: 0,5 eventos/h e apresentava queixas de pressão baixa no início da terapia que lhe criava desconforto e sensação de falta de ar. A técnica de Saúde de Cuidados Respiratórios Domiciliários informa a prescritora das informações recolhidas

em casa do doente, e pede autorização para retirar a rampa de forma a promover o conforto da terapia até avaliação médica, a qual foi concedida. O doente é avaliado em consulta hospitalar na semana seguinte, tendo sido alterada a prescrição para EPAP mínimo - 8 cmH₂O. Na visita de monitorização após 3 meses, os resultados obtidos foram: percentagem uso > 4h em 61,1% das noites; média uso diário: 04h59; P(95): 13,0 cm H₂O; com fuga intencional significativa (28,8 L/min) - feito ajuste da máscara - e IAH residual: 4,6 eventos/h.

Discussão: O aumento do EPAP mínimo de 4 para 8 cm H₂O foi acompanhado de aumento da adesão. Apesar de ainda não ser considerado um doente aderente, 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, o doente passou a ter um sono reparador com consequente melhoria nas actividades de vida diária o que prevemos que num curto período de tempo influencie à sua adesão. O ensino e monitorização dos tratamentos de CRD em doentes com SAHOS por parte dos profissionais de saúde devem incluir a motivação para a adesão bem como a identificação de fatores que possam influir nesta.

Palavras chave: SAOS. EPAP mínimo. Rampa. Adesão. Conforto.

PE 088. SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO POR OBESIDADE: A INFLUÊNCIA DA CONSULTA INTERDISCIPLINAR NO PRONÓSTICO DE UM CASO CLÍNICO

R. Santos¹, C.C. Nogueira², A. Ferreira¹, R.F. Fonseca³, S. Mayorlas-Alises⁴, T. Magalhães⁵, C. Caneiras⁵, C.M. Esteves⁵

¹Fisioterapeuta; ²Cardiopneumologista; ³Farmacêutica, Divisão Médica, Praxair Portugal. ⁴Médica Pneumologista, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, EPE (CHVNG-E, EPE). ⁵Médica Pneumologista, Divisão Médica, Praxair Portugal & Espanha.

Introdução: A monitorização dos doentes sob tratamento de ventiloterapia com pressão positiva contínua tem como objetivo a adesão, a manutenção da eficácia terapêutica, a melhoria clínica e intervenção ao nível da adoção de estilos de vida saudáveis. As consultas hospitalares de VNI assumem um papel vital no *follow-up* destes doentes e novas abordagens multidisciplinares visam uma parceria estreita entre os profissionais de saúde hospitalares e os profissionais de saúde das empresas de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD).

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 43 anos, IMC = 30,8 Kg/m². Diagnóstico de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) em 2014 e diagnóstico de síndrome de hipoventilação obesidade em 2016, apresentando vários internamentos sucessivos. Inicia ventiloterapia em consulta de sono com Auto-CPAP (P_{min}:6 e P_{max}:16) em junho de 2014 e após passagem para consulta de VNI (consulta multidisciplinar) faz alteração da terapia em agosto de 2015 para binível espontâneo (S) (EPAP: 8 e IPAP: 16), sem rampa e com máscara facial. IMC = 68,6 Kg/m². Efetuados vários reforços de ensinamentos, bem como se inicia estratégia conjunta de incentivo à perda ponderal com referência da doente para consulta de psicologia e nutrição. Em junho de 2017 durante consulta VNI hospitalar é aferido binível espontâneo/temporizado (S/T) com EPAP: 6; IPAP: 14; FR: 14 mantendo máscara facial. IMC = 55,6 Kg/m²; Reforço de adoção de estilos de vida saudáveis. Doente altamente motivada para a perda ponderal, reconhece benefícios na qualidade de vida atual e tem como objetivo a total remissão da patologia de SHO. Reingressa no curso de informática, que tinha abandonado por défice de concentração, fadiga e apatia. Manteve sempre adesão à terapêutica (média de 9h/noite), fugas controladas, IAH residuais controlados (IAH residual = 2,4 eventos/h) e reconheceu sempre benefícios terapêuticos. Em julho de 2018 regressa à consulta de VNI,

apresentando recusa à terapia, mencionando já não reconhecer benefícios da terapia considerando o elevado estado anímico que sente, com IMC = 30,8 Kg/m². Médica pede repetição de estudo do sono, realizado em julho de 2018, com suspensão da terapia de binível.

Discussão: As sucessivas reduções do IMC foram acompanhadas de diminuição para estadios inferiores de gravidade da patologia. A doente passou a ter um sono reparador com consequente melhoria nas actividades de vida diária. O ensino e monitorização dos tratamentos de CRD em doentes com SHO 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. Uma adequada articulação entre doente, técnico de CRD e os profissionais de saúde hospitalares é de extrema importância para a promoção da adesão à terapia, manutenção da eficácia terapêutica, melhoria clínica e mudança de comportamentos de risco, foco da organização destas consultas interdisciplinares.

Palavras chave: Cuidados respiratórios domiciliários. Monitorização da terapia. Consulta Multidisciplinar. Perda ponderal.

PE 089. PROMOÇÃO DA ADESÃO À VENTILOTERAPIA: IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA SENSIBILIZAÇÃO PARA A RESPONSABILIDADE PESSOAL E SOCIAL DO CONDUTOR PROFISSIONAL COM SAOS

M. Silva¹, A. Santos², F. Fragoso¹, P. Ferreira³, S. Mayorlas-Alises⁴, T. Magalhães⁵, C. Esteves⁵, C. Caneiras⁵

¹Cardiopneumologista; ²Técnico Cuidados Respiratórios Domiciliários; ³Fisioterapeuta; ⁴Farmacêutica, Divisão Médica Praxair Portugal. ⁵Médica Pneumologista, Divisão Médica Praxair Portugal & Espanha.

Introdução: O paciente de SAOS (síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono) normalmente não se apercebe que tem a patologia, é conduzido ao especialista pelo cônjuge ou por pessoas próximas. Alguns dos sinais/sintomas mais frequentes são: o ronco, pausas respiratórias durante o sono, irritabilidade, cefaleia matinal. Em situações clínicas moderadas ou graves o *Gold Standard* do tratamento é o CPAP (Continuous Positive Airway pressure), Auto-CPAP (Automatic Continuous Positive Airway Pressure) ou Biníveis (S ou Auto). O controlo da SAOS através destas terapias nem sempre é fácil, sendo frequente a dificuldade de adaptação e consequente baixa adesão. 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 à melhoria clínica se associe um índice de apneia-hipopneia (IAH) residual < 5/h.

Caso clínico: Sexo masculino, 60 anos, motorista de passageiros, ex-fumador, hipertenso, obeso (grau III). Em junho de 2011 é diagnosticado com SAOS grave (35,6 IAH), sendo prescrito Auto-CPAP (5-11 cmH₂O) e máscara facial. Negando-se, desde o diagnóstico, a assumir a patologia, na visita de 1º, 3º e 6º mês, incluídas no protocolo de visitas domiciliárias, verificou-se que o paciente não realizava a terapia. Foi comunicado ao prescritor e foram feitas várias readaptações à terapia, no entanto, só em maio de 2013 começou a utilizar verdadeiramente, por insistência do conjuge. Continuando sem reconhecer a doença, em agosto de 2013 volta a ser avaliado para consulta, apresentando ainda baixa adesão (-2h30) e IAH = 17,4. O doente foi reavaliado semestralmente e realizou consultas que resultaram em alterações de pressões, com o objetivo de melhorar a adesão. No entanto, não houve evolução nesse sentido. Após as várias tentativas de motivação, em visita de monitorização domiciliária (junho 2015), o profissional de saúde adotou uma postura mais rigorosa e assertiva, reforçando não apenas os benefícios

da terapia, já expostos aquando da adaptação inicial, mas na responsabilidade e consequências que, a título pessoal e social, podiam advir do aumento da severidade da patologia, como perda da carta de condução para exercício das suas funções, alterações cognitivas entre outras), resultando numa gradual mudança de postura e crescente adesão terapêutica.

Discussão: A adequada sensibilização do doente por parte dos profissionais de saúde, por vezes adoptando uma postura mais assertiva e com clara menção à responsabilidade pessoal e social do doente, pode ser fundamental na recuperação da adesão quando não existem causas justificativas para o incumprimento, em especial nos condutores profissionais com SAOS.

Palavras chave: SAOS. Adesão. Condutor profissional. Profissional de saúde CRD.

PE 090. SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM DOENTE COM HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO

M.J. Pereira, C. Bitá, M.J. Matos

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

Introdução: O síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio do sono crónico comum, caracterizado por episódios repetidos de obstrução completa ou parcial das vias aéreas superiores durante o sono, resultando em dessaturação de oxigénio, fragmentação do sono e sonolência diurna. O SAOS em doentes de meia-idade é frequentemente associado à diminuição da produção de testosterona, bem como à obesidade e ao envelhecimento. Por outro lado, a terapia androgénica pode precipitar ou agravar a apneia obstrutiva do sono. Vários estudos demonstraram que a testosterona exógena exacerba os sintomas associados ao SAOS, aumenta o índice de apneia-hipopneia e diminui a saturação de oxigénio, bem como provoca alterações na estrutura do sono com redução do sono REM e aumento da sua latência. O efeito da testosterona no SAOS não está associado às alterações da dimensão da via aérea superior; pelo contrário, a testosterona provavelmente contribui para o SAOS através de mecanismos centrais.

Caso clínico: Trata-se de um doente de 36 anos, técnico de serviços de Saúde, com o diagnóstico de hipogonadismo hipogonadotrófico, sem outros antecedentes patológicos ou familiares de relevo, que foi encaminhado ao Serviço de Pneumologia por roncopatia e nictúria com 2 anos de evolução. O doente referiu má qualidade do sono com despertares noturnos frequentes, sem cefaleias matinais ou hipersonolência diurna (escala de Epworth de 2). Referiu como medicação habitual a suplementação com testosterona, tendo negado hábitos tabágicos ou alcoólicos. No que diz respeito ao exame objetivo geral, não apresentava alterações de relevo, com uma orofaringe de configuração normal (escala de Mallampati de I) e índice de massa corporal de 24 kg/m². De forma a diagnosticar um distúrbio do sono, realizou-se uma polissonografia (PSG) nível 1. O PSG revelou uma diminuição acentuada na eficiência do sono (65,9%), no provável contexto de efeito da primeira noite de sono em laboratório, diminuição no sono profundo de 4,5%, aumento da latência ao REM (287 minutos) e diminuição do tempo de sono REM (13,3%). Não foram detetados movimentos periódicos dos membros e o índice de distúrbios respiratórios foi de 14 por hora, essencialmente à custa de hipopneias e despertares associados a um esforço respiratório. O doente iniciou auto-CPAP com pressões variáveis entre 6 e 14 cmH₂O e, na consulta de reavaliação após 3 meses de terapia, apresentou excelente adesão com resolução dos eventos respiratórios.

Discussão: O desenvolvimento de sinais e sintomas associados ao SAOS durante a suplementação de testosterona requer avaliação por polissonografia e, potencialmente, tratamento com CPAP. Se o

doente não consentir o CPAP, a dose de testosterona deverá ser reduzida ou mesmo descontinuada. Uma das explicações fisiopatológicas para o efeito da testosterona nos distúrbios respiratórios do está associado à dessensibilização dos quimiorreceptores ao O₂ e CO₂, segundo alguns estudos. Portanto, é importante diagnosticar e tratar o SAOS em doentes com hipogonadismo em que seja considerada a suplementação com testosterona.

Palavras chave: Síndrome de apneia obstrutiva do sono. Testosterona. CPAP.

PE 091. SERÁ QUE A QUALIDADE DE VIDA E SONO DE TRABALHADORES HOSPITALARES VARIA COM A IDADE?

I. Oliveira, J. Carvalho, R. Rosa, C. Barata, M. Fradinho, L. Oliveira, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz, CHLO.

Introdução: O trabalho hospitalar é cansativo e stressante, requerendo muitas vezes trabalhos por turnos, podendo surgir os sintomas de *burnout*.

Objectivos: Avaliar a diferença que existe entre adultos jovens (AJ - idade ≤ 35 anos) e adultos séniores (AS - idade > 35 anos), que trabalham num hospital central, relativamente à qualidade de vida, qualidade de sono, ansiedade e depressão.

Métodos: Estudo transversal, em que os dados foram obtidos através de um questionário distribuído aleatoriamente aos profissionais de saúde sobre as características demográficas, hábitos de sono e as versões portuguesas dos seguintes questionários: WHOQOL-Bref; Índice da qualidade de sono de Pittsburg (PSQI); Escala de Sonolência de Epworth (ESS) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Resultados: No total, 137 profissionais de saúde responderam ao questionário. Destes, 59% eram AJ e 73% eram do género feminino. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, quer na carga horária, quer na realização de turnos noturnos sendo que, o grupo dos AJ trabalhava mais horas (64% trabalhavam > 45 horas/semana vs 39% dos AS - p < 0,05) e realizavam mais turnos noturnos (80% dos AJ vs 36% dos AS - p < 0,05). Ambos apresentavam, sem diferenças estatisticamente significativas, fatores que condicionavam má qualidade do sono, nomeadamente: ingestão de bebidas energéticas diariamente (77% em ambos os grupos) e má higiene do sono (em 90% dos AJ e 78% dos AS). Ao avaliar a qualidade do sono, 77% dos AS apresentavam valores de PSQI ≥ 5 (má qualidade de sono) em comparação com 60% dos AJ (p < 0,05). Os AS apresentavam também valores superiores na ESS em comparação com os AJ, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa (18% dos AS apresentavam valores ≥ 11 - sugestivo de hipersonolência diurna - em comparação com 13% dos AJ). Relativamente à qualidade de vida, os AJ apresentavam valores superiores (melhor perceção de qualidade de vida) em todos os domínios com uma diferença estatisticamente significativa na satisfação com a saúde. Verificou-se também uma diferença estatisticamente significativa no HADS, com valores sugestivos de depressão (valores superiores a 7) num número superior de AS (29% dos AS apresentavam valores de depressão superiores a 7 em comparação com 7% dos AJ (p < 0,05)).

Conclusões: Os AJ apresentavam uma carga horária superior e maior trabalho noturno no entanto, foram os AS que apresentavam pior qualidade de sono e vida, maior sonolência diurna e depressão, o que sugere que o trabalho hospitalar é progressivamente desgastante. Apesar de poderem existir outros fatores a contribuir para estas diferenças, verificámos que ambos os grupos apresentavam maus hábitos de sono, o que poderá também contribuir para um maior desgaste futuro. É importante não só criar melhores condições de trabalho mas também promover melhores hábitos de vida, de forma

a que o trabalho hospitalar não se torne um fator de desgaste nos profissionais de saúde.

Palavras chave: Trabalho hospitalar. Qualidade de vida. Sono.

PE 092. PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ASMA EM CRIANÇAS DE 6-07 E 13-14 ANOS DA PROVÍNCIA DE LUANDA, ANGOLA

M. Arrais¹, O. Lulua¹, F. Quifica¹, J. Rosado-Pinto², J. Gama³, L. Taborda-Barata^{4,5}

¹Departamento de Pneumologia, Hospital Militar Principal, Luanda, Angola. ²Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal. ³Departamento de Matemática, Faculdade de Ciências, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. ⁴Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal. ⁵CICS-Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Objectivos: Avaliar a prevalência de asma e outras doenças alérgicas em crianças angolanas, bem como factores de risco para a asma, nesta população.

Métodos: Estudo observacional, transversal, usando a metodologia do Estudo Internacional sobre Asma e Doenças Alérgicas em Crianças (ISAAC), na província de Luanda, Angola de agosto a novembro de 2014 e março a maio de 2015, em crianças de 6 e 7 anos e de 13 e 14 anos. Foram seleccionadas aleatoriamente, por município, 46 (8%) escolas de um total de 552 escolas públicas primárias e 23 (12%), de um total de 186 escolas públicas do ensino secundário. Asma, rinite e eczema foram definidas de acordo com o protocolo do ISAAC, com base em sintomas nos 12 meses prévios. A comparação de proporções foi efectuada através do teste do qui-quadrado ou teste exacto de Fisher. Para a caracterização de factores de risco ambientais para a asma, foi usado o *odds ratio* e foi construído um modelo de regressão logística. Os dados foram analisados no programa SPSS Statistics, versão 24.0 e a significância estatística foi definida para um valor de $p < 0,05$.

Resultados: A amostra final foi constituída por 3.080 crianças de 6 e 7 anos e 3.128 de 13 e 14 anos com questionários validados. A prevalência de asma foi de 15,7% nas crianças de 6-7 anos, e de 13,4% nas crianças de 13-14 anos, sem diferenças significativas entre sexos. A avaliação da função respiratória (DEMI) mostrou que mais crianças de 6-7 anos do que de 13-14 anos tinham obstrução brônquica moderada ou grave (47,3% e 3,3% vs 9,5% e 0,2%, respectivamente). A prevalência de rinite e de eczema foi superior nas crianças de 13-14 anos do que nas crianças de 6-7 anos: rinite - 26,9% versus 19,0%, respectivamente; eczema - 20,2% vs 18,4%, respectivamente. Não houve diferenças significativas entre sexos, no grupo dos 6-7 anos, mas, nas crianças de 13-14 anos, quer a rinite quer o eczema foram mais prevalentes nas crianças do sexo feminino. A presença de rinite estava associada a um maior número de episódios de pieira e a um maior número de episódios de tosse nocturna em ambos grupos etários, com asma. Em relação aos factores de risco estudados, a presença de rinite, eczema, a utilização do ar condicionado do tipo Split como sistema de refrigeração no domicílio, a frequência excessiva da toma de paracetamol, a toma de antibióticos no primeiro ano de vida, a passagem frequente de caminhões na rua do domicílio, a presença de cão e gato no domicílio, assim como o tabagismo passivo sobretudo da mãe, estavam associados com a presença de asma em ambas as faixas etárias.

Conclusões: A asma e doenças alérgicas relacionadas, como a rinite e o eczema, são um problema de saúde pública em Luanda, sendo a prevalência destas doenças em crianças relevante. Medidas preventivas e de controlo devem ser encorajadas.

Palavras chave: Asma. Crianças. Angola. Prevalência. Factores de risco.

PE 093. TESTE DE CONTROLO DA ASMA E RINITE ALÉRGICA (CARAT): É A APLICAÇÃO POR ENTREVISTA TELEFÓNICA UM MÉTODO VÁLIDO E FIÁVEL?

C. Jácome¹, R. Guedes¹, R. Almeida¹, F. Lopes², P. Freitas³, A.M. Pereira⁴, M. Pereira^{2,4}, C.C. Loureiro⁵, C. Lopes^{6,7}, A. Mendes⁸, J.C.C. Rodrigues⁹, G. Oliveira⁹, A.M. Arrobas¹⁰, A. Todo-Bom¹¹, C. Ribeiro¹¹, P.L. Pinto¹², N. Neuparth^{12,13}, F. Todo-Bom¹⁴, A. Costa¹⁵, C. Lozoya¹⁶, N. Santos¹⁷, D. Silva¹⁸, L. Taborda-Barata¹⁹, M.F. Teixeira²⁰, R.R. Alves²¹, A.S. Moreira²¹, C.S. Pinto²², P.M. Silva²³, C. Alves²⁴, R. Câmara²⁴, D. Bordalo²⁵, R. Fernandes^{26,27}, R. Ferreira²⁶, J.F. Oliveira²⁸, F. Menezes²⁹, R. Gomes²⁹, M.J. Calix³⁰, C. Nunes³¹, J.A. Fonseca^{1,2,4,32}, pelo grupo INSPIRERS

¹CINTESIS-Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. ²MEDIDA-Medicina, Educação, Investigação, Desenvolvimento e Avaliação, Porto. ³Bloco operatório, Unidade II, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia. ⁴Imunoalergologia, CUF Porto Instituto & Hospital, Porto. ⁵Serviço de Pneumologia A, Hospital Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ⁶Unidade de Imunoalergologia, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos. ⁷Imunologia Básica e Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Porto. ⁸Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte. ⁹Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos. ¹⁰Serviço de Pneumologia B, Hospital Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ¹¹Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ¹²Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central. ¹³Pathophysiology, CEDOC, Integrated Pathophysiological Mechanisms Research Group, Nova Medical School, Lisboa. ¹⁴Serviço de Pneumologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures. ¹⁵Serviço de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães. ¹⁶Serviço de Imunoalergologia, Hospital Amato Lusitano, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. ¹⁷Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão. ¹⁸Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar de São João, Porto. ¹⁹Serviço de Imunoalergologia, Hospital Pêro da Covilhã, Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã. ²⁰Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto. ²¹Unidade de Imunoalergologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada. ²²Serviço de Pneumologia, Hospital São Pedro de Vila Real, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. ²³Imunoalergologia, Hospital Particular do Algarve, Portimão. ²⁴Serviço de Pneumologia, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Barreiro. ²⁵Serviço de Pediatria, Unidade Hospitalar de Famalicão, Centro Hospitalar do Médio Ave, Vila Nova de Famalicão. ²⁶Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte. ²⁷Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. ²⁸Imunoalergologia, Hospital Privado de Alfena, Trofa Saúde, Alfena. ²⁹Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta, Almada. ³⁰Serviço de Pediatria, Hospital de São Teotónio, Centro Hospitalar Tondela-Viseu. ³¹Imunoalergologia, Centro de Imunoalergologia do Algarve, Portimão. ³²MEDCIDS-Departamento de Medicina da Comunidade Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: O CARAT é um questionário de auto-preenchimento extensamente validado para avaliar o controlo da asma e da rinite alérgica nas últimas 4 semanas. Para o acompanhamento do doente, a entrevista telefónica pode ser útil, mas a validade e fiabilidade deste método não foram ainda estudadas nesta população. Este estudo teve como objetivo avaliar a aplicação do CARAT por entrevista telefónica em doentes com asma.

Métodos: Adolescentes (≥ 15 anos) e adultos foram recrutados em 25 serviços hospitalares (pneumologia, pediatria e imunoalergologia) entre novembro de 2017 e maio de 2018 no âmbito de um estudo observacional prospetivo do projeto INSPIRERS (URL: goo.gl/KdEJ2L). Os participantes autopreencheram o questionário CARAT na consulta médica e após 3-10 dias (mediana-M 5), o CARAT foi administrado por entrevista telefónica. Foram consideradas as pontuações do CARAT total (CARAT-T), do CARAT das vias aéreas superiores (CARAT-UA) e das vias aéreas inferiores (CARAT-LA). Um score no CARAT-T > 24 é indicativo de bom controlo. Foram calculadas a consistência interna (α de Cronbach), a fiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intraclasse - ICC_{2,1}) e a concordância (percentagem de concordância e kappa de Cohen).

Resultados: Um total de 245 doentes (20% adolescentes; 34% sexo masculino; idade Mediana = 36 [intervalo interquartil - IQR 32] anos) foram analisados. As pontuações medianas do CARAT-T, CARAT-UA e CARAT-LA foram de 21 [IQR 10 vs 9], 7 [IQR 6] e 15 [IQR 5] usando os dois métodos ($p > 0,05$). O α de Cronbach's para o CARAT-T, CARAT-UA e CARAT-LA foi de 0,85, 0,80 e 0,82 na aplicação em papel e de 0,80, 0,74 e 0,77 na aplicação por entrevista telefónica, respetivamente. Obteve-se uma excelente fiabilidade teste-reteste para o CARAT-T (ICC = 0,80; IC95% 0,75-0,84), o CARAT-UA (ICC = 0,77; IC95% 0,72-0,82) e para o CARAT-LA (ICC = 0,76; IC95% 0,71-0,81). A classificação do controlo da asma foi concordante em 208 (85%) doentes, indicando uma boa concordância entre os dois métodos (kappa de Cohen = 0,66; $p < 0,001$).

Conclusões: A aplicação do CARAT por telefone é uma metodologia válida e fiável no que diz respeito à classificação do controlo da asma, sendo uma alternativa ao preenchimento em papel em doentes com asma.

Palavras chave: Asma persistente. Controlo da asma. Medidas reportadas pelo doente. Entrevista telefónica. Validação.

PE 094. A PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM ASMÁTICOS NUMA CONSULTA DE ALERGOLOGIA

M. Pereira¹, C. Ferreira², T. Almeida², F. Teixeira³, A. Arrobas², J. Moita³, F. Barata²

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Faro-Centro Hospitalar Universitário do Algarve. ²Serviço de Pneumologia B; ³Centro de Medicina do Sono, Hospital Geral-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A asma e a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) são doenças crónicas respiratórias comuns. Estima-se que a asma afete 1 a 18% da população, atingindo preferencialmente mulheres na idade adulta, enquanto que a SAOS afeta cerca de 14% dos homens e 5% das mulheres. A sua sobreposição é também comum, visto que a asma aumenta a predisposição para SAOS, partilhando fatores de risco.

Objectivos: Caracterizar a população com asma e SAOS seguida na consulta de Alergologia Respiratória de um hospital central, no ano de 2017.

Métodos: Estudo analítico, transversal, retrospectivo dos doentes com diagnóstico de asma e SAOS seguidos na consulta. Analisaram-se as seguintes variáveis: idade, tempo de evolução e classificação da asma, comorbilidades, tabagismo, estudo funcional respiratório (EFR), terapêutica e controlo da asma, clínica sugestiva de SAOS, gravidade da SAOS diagnosticada, respetiva terapêutica e controlo da asma posteriormente à sua implementação.

Resultados: A amostra era constituída por 47 doentes com asma e SAOS. Destes, a maioria eram homens (53%), com média etária de $59,62 \pm 12,77$ anos; 62% tinha asma alérgica e 81% asma com início na idade adulta. Comorbilidades relevantes: rinite (49%) e hipertensão arterial (47%). Apenas um doente tinha um índice de massa

corporal normal, apresentando 60% dos restantes obesidade grau I/II e 9% obesidade mórbida. Dos doentes com antecedentes de tabagismo (34%), 31% mantinham os hábitos. Quanto aos EFR, 72% apresentavam obstrução e 28% eram normais. À data do diagnóstico da SAOS, 11% dos doentes não estavam medicados para a asma, 13% estavam no degrau 1 do GINA, 2% no degrau 2, 21% no degrau 3, 49% no degrau 4, 4% no degrau 5. A asma encontrava-se controlada em 45% dos doentes já em seguimento na consulta de Alergologia. A roncopia e hipersonolência diurna estavam presentes em 72% e 66%, respetivamente, motivando a referência para a consulta de Patologia do Sono. Todos os doentes realizaram estudo do sono cardiorrespiratório domiciliário ou polissonografia com posterior diagnóstico de SAOS que foi classificada de acordo com o índice de apneia-hipopneia (IAH, AASM) em ligeira (21,3%), moderada (38,3%) e grave (40,4%). A SAOS moderada foi mais frequentemente diagnosticada nas mulheres (27,7% vs 12,8%, valor $p = 0,014$), sendo a grave mais frequente nos homens (29,8% vs 10,6%, valor $p = 0,020$). Em 85% dos doentes iniciou-se tratamento com pressão positiva da via aérea, 11% tiveram indicação para medidas higieno-dietéticas do sono e controlo das patologias de base, e 4% para dispositivo de avanço mandibular. Após a implementação destas medidas terapêuticas, na consulta de Alergologia seguinte verificou-se uma melhoria do controlo da asma em 35% dos doentes com mau controlo prévio. **Conclusões:** A SAOS moderada a grave foi diagnosticada em 79% dos doentes. Houve predominio de asma alérgica e de início na idade adulta, estando 53% no degrau 4 e 5 do GINA. A obesidade foi uma comorbilidade importante. O tratamento da SAOS contribuiu para o melhor controlo da asma em 35% dos casos. Conclui-se assim que é importante investigar a presença de SAOS em doentes com asma mal controlada, de forma a atingir um melhor controlo da doença.

Palavras chave: Asma. Síndrome da apneia obstrutiva do sono.

PE 095. IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA NO TRATAMENTO DE ASMA EM IDADE INFANTIL

M. Albergaria, A. Pinto, J. Brás, S. Guerra

USF Cândido Figueiredo, Centro Hospitalar de Tondela Viseu.

Introdução e objectivos: Asma é uma doença das vias respiratórias, frequentemente associada a atopia e muito comum em idade pediátrica. É caracterizada pela produção excessiva de imunoglobulina E, em consequência da exposição a alérgenos ambientais. A imunoterapia específica com extratos alérgénicos apresenta-se como a única opção terapêutica com potencial de alterar o curso natural da doença alérgica, pelo que pode desempenhar um papel importante na asma. Assim, o objetivo desta revisão é avaliar o estado da arte relativamente a segurança e eficácia a curto e longo prazo da imunoterapia específica aplicada à doença asmática em idade pediátrica.

Métodos: Pesquisa nas principais bases de dados de evidência científica de Normas de Orientação Clínica (NOC), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos (EC) e estudos retrospectivos (ER), nos últimos 5 anos, nas línguas portuguesa e inglesa, dos termos Mesh: "immunotherapy"; "asthma" e "child".

Resultados: Obtiveram-se 147 artigos tendo sido 7 seleccionados: 1 NOC, 2 RS, 3 EC e 1 ER. Os dados colhidos suportam a imunoterapia específica como eficaz e segura no tratamento da asma alérgica em idade pediátrica. A percentagem de reações sistémicas é inferior a 5% e as reações anafiláticas são raras. A prevenção das exacerbações é igualmente destacada. A maioria dos estudos mostra redução dos sintomas respiratórios e da medicação necessária para controlo sintomático. Contudo, alguns dados sugerem que não há redução significativa da terapêutica broncodilatadora necessária para controlo da doença após administração de imunoterapia específica.

Conclusões: A imunoterapia específica mostrou ser uma arma eficaz na redução dos sintomas respiratórios e da terapêutica asso-

ciada à asma em idade pediátrica, melhorando a qualidade de vida do doente. O perfil de segurança elevado pode ser um incentivo ao seu uso alargado. No entanto, os resultados avaliados apresentam alguma discordância nos resultados obtidos, pelo que mais estudos com diferentes extratos alergénicos serão necessários para determinar os efeitos e segurança a longo prazo da imunoterapia específica.

Palavras chave: Asma. Tratamento. Imunoterapia.

PE 096. OMALIZUMAB - 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA NA ASMA GRAVE

J.D. Cardoso, C. Martins, A. Manique, D. Moniz, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Cerca de 80% dos doentes asmáticos são atópicos, tendo um ou mais teste cutâneo positivo para alergénios comuns e contrações plasmáticas de Imunoglobulina E (IgE) específicas elevadas. A ativação de linfócitos T Helper 2 por determinado alergénio leva a uma ativação de linfócitos B com consequente produção de IgE específica para aquele alergénio. A IgE produzida estimula mastócitos e basófilos a libertarem histamina, prostaglandinas e leucotrienos que provocam broncoconstrição e exsudação plasmática aquando a exposição ao alergénio. O omalizumab é um anticorpo monoclonal IgG1 que se liga com grande afinidade à IgE inibindo o seu efeito. É utilizado no tratamento de asma grave alérgica com níveis sérios de IgE elevados, sendo uma arma terapêutica do pátamar 5 segundo a *Global Initiative for Asthma*, permitindo uma importante evolução no tratamento da asma alérgica grave.

Objectivos: Avaliar a eficácia do tratamento com omalizumab em doentes asmáticos acompanhados na consulta de asma grave nos últimos 10 anos.

Métodos: Procedeu-se à análise retrospectiva da informação clínica de todos os doentes que realizaram omalizumab desde agosto de 2008 a julho de 2018. Realizou-se análise estatística com recurso a IBM- SPSS v24.

Resultados: Foram incluídos 32 doentes com diagnóstico de asma e rinite alérgica, com idade média de 52,6 anos, sendo que o doente mais novo tinha 22 anos e o mais velho 69 anos à data de início de tratamento, sendo 68,6% do sexo feminino. No que se refere à sintomatologia, o valor médio no teste de controlo de rinite e asma alérgica (CARAT) foi de 11,6 e o número médio de exacerbações com necessidade de corticoterapia sistémica foi de 3,06/ano antes do início de omalizumab. Os corticoides inalados mais utilizados foram o propionato de fluticasona e o budesonido com doses médias diárias de 1.000 µg e 1.200 µg, respetivamente. Todos os doentes realizavam antagonista dos recetores dos leucotrienos, 81,25% realizavam antagonistas dos recetores muscarínicos e 68,75% realizavam xantinas. À data de análise 15 doentes encontravam-se em tratamento. A duração média de tratamento foi de 44 [± 26] meses. Verificou-se uma melhoria sintomática após início de Omalizumab estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com um aumento significativo na pontuação CARAT, e uma redução para 1/ano no número de exacerbações ($p < 0,05$). Foi possível objetivar uma redução na dose de corticoide inalado e um ganho no volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1) estaticamente significativo. Observou-se ainda uma redução de 28% de doentes medicados com xantinas e 13% de doentes medicados com antagonistas dos recetores muscarínicos, mas sem significado estatístico.

Conclusões: Esta análise retrospectiva mostra a importância da utilização de Omalizumab na redução de exacerbações, redução da exposição de corticoterapia sistémica e inalada e ainda a melhoria no controlo sintomático dos doentes com asma grave.

Palavras chave: Asma. Omalizumab.

PE 097. MEPOLIZUMAB NO TRATAMENTO DE ASMA GRAVE - UMA EXPERIÊNCIA RECENTE

J.D. Cardoso, C. Martins, A. Manique, D. Moniz, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A asma grave é definida como um doente que necessita de elevada dose de corticoides inalados ou corticoides sistémicos para manter o controlo da sua asma ou doentes que nunca atingem o controlo sintomático apesar do tratamento otimizado. O tratamento da asma grave exige uma abordagem multidisciplinar pela educação do doente, eliminação de exposições, tratamento de comorbilidades e otimização terapêutica. Os eosinófilos são uma célula inflamatória que têm um papel chave na asma, sendo responsáveis pelo *remodeling* das vias aéreas. A importância da interleucina 5 (IL-5) na patogénese da asma tem sido elucidada, sendo essencial à diferenciação terminal, maturação e migração dos eosinófilos. Assim compreende-se o potencial da terapêutica com anti-IL5 na asma, inibindo a sinalização IL-5 reduzindo o crescimento, diferenciação, recrutamento, ativação e sobrevivência dos eosinófilos. O mepolizumab é um anticorpo monoclonal para a IL-5, indicado no tratamento de doentes asmáticos graves com eosinófilos periféricos superiores a 150/µL, com o objetivo da redução de exacerbações nestes doentes.

Objectivos: Caracterização da população com asma grave em tratamento com Mepolizumab.

Métodos: Procedeu-se à avaliação clínica de todos os doentes com asma grave que realizavam mepolizumab até 30 de junho de 2018. Efetuou-se análise estatística com recurso a IBM-SPSS v24.

Resultados: Foram incluídos 6 doentes com média de idades de 55,67 [± 10,85] anos, sendo 83% do sexo feminino. antes do início de mepolizumab os doentes apresentavam um valor de teste de controlo de asma (ACT) médio de 11,5 [± 2,8] e com um número médio de exacerbações de asma por ano de 3 [± 0,63]. Quanto ao número de eosinófilos periféricos o valor médio foi de 626/µL [± 113]. À data de avaliação a média de duração de tratamento era de 5 [± 3,9] meses, com um máximo de 12 meses e um mínimo de 1 mês. Apenas 2 doentes se encontravam a realizar Mepolizumab há mais de 6 meses. Nestes 2 doentes foi possível objetivar uma redução do número de exacerbações, um aumento na pontuação do ACT e uma melhoria no volume expiratório forçado no 1º segundo (FEV1) e insuflação pulmonar no período de tratamento.

Conclusões: Nos doentes com asma grave com fenótipo eosinofílico a utilização de Mepolizumab mostrou efeitos benéficos na redução de exacerbações. Apesar de apenas 2 doentes estarem a realizar tratamento há mais de 6 meses, o efeito da redução de exacerbações nestes doentes foi já evidente, assim como a melhoria sintomática. O seguimento no futuro destes doentes assim como o aumento de doentes tratados permitirá aferir na prática clínica a importância deste tratamento a asma grave eosinofílica assim como definir a duração ótima de tratamento.

Palavras chave: Asma. Mepolizumab.

PE 098. CARACTERIZAÇÃO DE POPULAÇÃO COM ASMA EM RELAÇÃO COM A PRESENÇA DE OBESIDADE

D. Vaz, I. Ladeira, I. Franco, I. Pascoal, A. Carvalho, R. Lima

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Introdução: A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar na população em geral e em particular na população com asma. Ambas as patologias têm subjacente um estado inflamatório crónico que parece exacerbar-se quando estão presentes no mesmo indivíduo. Neste sentido, os autores apresentam caracterização de uma população de doentes com asma quanto à prevalência de obesidade; comparando o subgrupo de obesos com a restante população quan-

to ao controlo de sintomas, taxa de exacerbações e prevalência de asma grave.

Métodos: Este estudo retrospectivo incluiu 402 doentes seguidos em Consulta de Alergologia Respiratória. A população em questão foi caracterizada quanto às seguintes variáveis: idade, género, índice de massa corporal (IMC = peso/estatura²), controlo de sintomas avaliado pelo questionário *Asthma Control Test* (ACT), taxa de exacerbações no 12 meses que antecederam inclusão no estudo e prevalência de asma grave definida de acordo com o consenso conjunto da European Respiratory Society e American Thoracic Society publicado em 2014. O subgrupo de doentes com obesidade (definida como IMC \geq 30 Kg/m²) foi comparado com a restante população quanto às variáveis previamente nomeadas. A comparação entre grupos foi efetuada através do teste t de student para variáveis com distribuição normal ou através do teste de Mann-Whitney para variáveis não paramétricas. Considerou-se diferença estatisticamente significativa se $p < 0,05$.

Resultados: Foram incluídos 402 doentes com asma seguidos em Consulta de Alergologia Respiratória, com predomínio do género feminino (71,6%) e idade média de 48 \pm 17 anos. A prevalência de obesidade nesta população foi de 40,5%. Comparando o subgrupo de doentes com obesidade com a restante população, verificou-se que os doentes com asma e obesidade apresentavam as seguintes diferenças com significado estatístico. Idade média superior (55 \pm 14 vs 44 \pm 17 $p = 0,001$). Taxa de exacerbações nos últimos 12 meses superior (3 \pm 0,5 vs 1 \pm 0,3 $p = 0,04$). Pior controlo de sintomas (13 \pm 4 vs 21 \pm 3 $p = 0,003$). Maior prevalência de asma grave (8,78% vs 2% $p = 0,005$).

Conclusões: A obesidade no doente com asma associou-se a um pior controlo de sintomas, maior taxa de exacerbações e maior prevalência de asma grave. Considerando estes achados, intervenções que procurem a redução ponderal nesta população, poderão ter impacto significativo na redução de sintomas e taxa de exacerbações.

Palavras chave: Asma. Obesidade.

PE 099. ASPERGILOSE PULMONAR O DIAGNÓSTICO MENOS EVIDENTE

D. Pimenta, R. Fontes, S. Esperança, C. Capela

Hospital de Braga.

Introdução: A aspergilose é uma infeção das vias aéreas, pulmões, cutânea ou disseminação extrapulmonar causada por espécies de *Aspergillus*, mais comumente as espécies de *A. fumigatus*, *A. flavus* e *A. terreus*. As espécies de *Aspergillus* estão presentes na natureza e a inalação de conídios infeciosos é frequente, no entanto a infeção é incomum, podendo ocorrer em situações de imunossupressão. Os fatores de risco incluem: neutropenia grave e prolongada, tratamento com altas doses de glicocorticóides ou outros medicamentos ou condições que levam a respostas imunes celulares cronicamente comprometidas.

Caso clínico: Doente com antecedente de doença anti-MBG (diagnóstico realizado no mês anterior) dependente de diálise e sob esquema de desmame de corticoterapia (20 mg/dia), recorreu ao SU por quadro de tosse produtiva, com expectoração rosada e dispneia. Do estudo realizado no SU foi objetivada insuficiência respiratória tipo 1 e queda de 2 g/dL na hemoglobina, associado a aumento da PCR, leucocitose com predomínio de neutrófilos e imagens na TAC tórax sugestivas de hemorragia alveolares vs infeção: "(...) Ligeiro volume de derrame pericárdio. Ligeiro volume de derrame pleural bilateral. No parênquima pulmonar múltiplos infiltrados parenquimatosos bilaterais de predomínio peribroncovascular, áreas de consolidação broncoalveolar e esboço de vidro despolido associado, nos lobos superiores, no lobo médio e lobos inferiores, poupando os vértices pulmonares e com menor expressão nas bases, broncogra-

ma aéreo concomitante. Opacidades nodulares/micronodulares de distribuição peribroncovascular. No contexto dos antecedentes de síndrome de GoodPasture e de clínica expectoração rosada, a hipótese de hemorragia alveolar não pode ser excluída." Internado com diagnóstico de pneumonia direita e hemorragia alveolar. Iniciou pulsos de metilprednisolona, antibioterapia com meropenem e realização de plasmaferese. Em D3 de internamento alterada a corticoterapia para prednisolona 1 mg/kg em desmame progressivo. Não iniciou tratamento com ciclofosfamida dado o quadro de infeção. Em D4 de internamento por persistência da tosse, da insuficiência respiratória tipo 1, agravamento dos parâmetros inflamatórios analíticos e ausência de melhoria nas radiografias pulmonares, apesar das medidas instituídas, realizou broncofibroscopia que revelou: "mucosa da AB difusamente edemaciada com pequena quantidade de secreções purulentas e hemáticas dispersas." O aspirado brônquico e o lavado broncoalveolar revelou isolamento de *Aspergillus fumigatus*. Realizou TACAR que revelou: "melhoria dos achados parenquimatosos. Ligeiro derrame pleural bilateral." Instituído tratamento com voriconazol e consequente melhoria gradual da insuficiência respiratória, da expectoração hemoptoica e dos parâmetros analíticos inflamatórios. O doente teve alta, orientado para consulta externa e medicado com voriconazol e corticoterapia em esquema de desmame.

Discussão: Este caso clínico pretende alertar para a importância da suspeição clínica alargada. Neste doente, a causa mais provável para as hemoptises seria a hemorragia alveolar subjacente à doença anti-MBG. No entanto a investigação clínica identificou a aspergilose como diagnóstico principal e evidente, dado tratar-se de um doente imunodeprimido. A tríade clássica de apresentação em imunodeprimidos é febre, dor pleurítica e hemoptise. A ausência desta tríade não deve descartar o diagnóstico perante um doente com fatores de risco para doença. Em tais doentes, a imagem pulmonar frequentemente revela nódulos pulmonares e/ou infiltrados.

Palavras chave: Hemoptise. Imunossupressão. Doença anti-MBG. Aspergilose pulmonar.

PE 100. PNEUMOCISTOSE NO DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE INFEÇÃO HIV- CASO CLÍNICO

D. Organista, A.C. Mendes, T. Marques, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* é a infeção oportunista mais comum em doentes infetados por vírus da imunodeficiência humana (VIH), sendo considerada uma das doenças definidoras de SIDA mais comuns em Portugal. Em VIH positivos, a pneumocistose ocorre geralmente quando a contagem das células TCD4⁺ $<$ 200 cell/mm³ e especialmente quando $<$ 100 cell/mm³. O diagnóstico presuntivo baseia-se na presença de sintomas respiratórios, hipoxémia, elevação da desidrogenase láctica (LDH) e alterações radiográficas. O diagnóstico definitivo implica deteção de *Pneumocystis* em amostras de secreções respiratórias ou lavado broncoalveolar.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 42 anos, caucasiana, fumadora ativa, trabalhadora de aeroporto, divorciada e com companheiro fixo desde há 8 anos, aparentemente saudável. Antecedentes de asma brônquica controlada com terapêutica inalatória em SOS e psoríase. História de internamento em fevereiro de 2018 no serviço de Dermatologia por toxidermia a amoxicilina/ácido clavulânico, tendo sido medicada com corticoterapia. A radiografia de tórax era normal. Um mês depois, recorre ao serviço de urgência por quadro com 3 semanas de evolução de cansaço para pequenos esforços, toracalgia, dispneia e tosse com expectoração mucosa, sem febre ou outros sintomas. Por presumível quadro de infeção respiratória cumpriu terapêutica com levofloxacina sem melhoria, pelo que volta ao SU agora com artralguas, mialgias e

emagrecimento de 5 Kg num 1 mês. Ao exame objetivo encontrava-se polipneica em repouso, SpO₂ 95% com oxigénio a 1L/min, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular rude, ferveores crepitan-tes bilaterais. Sem adenopatias palpáveis ou lesões cutâneas. Em ar ambiente apresentava alcalemia respiratória, hipocápnia e hipoxe-mia (PaO₂ 68 mmHg). Analiticamente sem leucocitose ou neutrofilia, linfopenia relativa 2,5%, LDH 263 U/L, PCR 0,400 mg/dl, VS 54 mm/h, d-dímeros 0,17. Radiografia de tórax com reforço hilar bilat-eral e hipotransparência homogênea bilateral. Angio-TC tórax sem sinais de TEP, com densificação difusa em vidro despolido bilateral-mente em topografia central/peri-hilar. Já no internamento, dete-tada serologia para VIH1 positiva de fevereiro de 2018, que a doen-te desconhecia, confirmada por *Western Blot*. Apresentava contagem de linfócitos TCD4⁺ 33,9 cel/mm³, pelo que juntamente com os dados imagiológicos e hipoxemia, foi colocada a hipótese de pneumocitose e iniciada terapêutica com cotrimoxazol e predniso-lona. Posteriormente, a doente referiu conhecer infecção VIH1 do companheiro atual, diagnosticada e tratada desde há 6 anos, pelo que desde o diagnóstico mantinham relações sexuais protegidas, mas desconhecia estar infetada. Da investigação destaca-se carga viral elevada de ARN-VIH1 204,387, serologias VHB, VHC, CMV, ade-novírus, Cocksakie vírus, herpes vírus, Epstein Barr, criptococos, toxoplasmose, sífilis, todas negativas e estudo de autoimunidade negativo. Hemoculturas e urocultura negativas. Realizou broncofi-broscopia para lavado broncoalveolar com exames bacteriológico e micobacteriológico negativos, com PCR para *Pneumocystis jirovecii* positiva, confirmando assim o diagnóstico. Após 8 dias de terapêu-tica apresentava melhoria clínica e imagiológica e teve alta refe-renciada a consulta de imunodeficiência, mantendo tratamento.

Discussão: Este caso alerta-nos para a necessidade de um elevado índice de suspeição de infecção por *Pneumocystis jirovecii*, mesmo em doentes com imunossupressão não conhecida, podendo tanto o exame objetivo como a radiografia de tórax ser inicialmente nor-mais. A salientar que nestes casos o tratamento empírico deve ser iniciado, mesmo antes do diagnóstico definitivo.

Palavras chave: Infecção por VIH. *Pneumocystis jirovecii*. *Pneumonia por Pneumocystis*.

PE 101. REVISÃO DO INTERNAMENTO POR PNEUMONIA NUM HOSPITAL PRIVADO

M. Cruz, A. Martins, A. Carneiro

Hospital da Luz Arrábida.

Introdução: As pneumonias estão entre as principais causas de in-ternamento hospitalar, mas menos de 1/3 dos doentes com pneu-monia necessitam de internamento. A população de doentes inter-nados com este diagnóstico tem características clínicas particulares. O conhecimento destas características, da sua gestão durante o internamento e dos resultados obtidos, permitem ajustar atitudes e procedimentos para melhorar o prognóstico dos doentes.

Objectivos: Analisar as características sociodemográficas, clínicas, padrão de prescrição de antibióticos, rendimento dos estudos mi-crobiológicos e agentes isolados nas amostras obtidas em doentes com pneumonia tratados no internamento.

Métodos: Estudo retrospectivo com dados recolhidos a partir dos registos hospitalares. Selecionaram-se os indivíduos adultos, inter-nados numa enfermaria de Medicina Interna, com o diagnóstico de pneumonia, num período de 12 meses - de junho de 2017 a maio de 2018 - e procedeu-se à caracterização demográfica, estudo das co-morbilidades, antibioterapia efetuada, rendimento dos estudos microbiológicos e resultado do tratamento.

Resultados: Incluíram-se 84 doentes (35 mulheres e 49 homens), com idade média de 78 anos, sendo que no total cerca de 42% ti-nham idade igual ou superior a 85 anos. O grupo etário dos 81-90 anos foi o que englobou mais doentes (33% dos doentes). A duração

do internamento foi, em média, 8 dias. Internaram-se, em média, 7 doentes/mês com o diagnóstico de pneumonia, com maior afluên-cia nos meses de inverno (dezembro a fevereiro). A média de co-morbilidades por doente foi 3, sendo as doenças cardiovasculares as mais frequentes; as doenças estruturais do pulmão afetavam cerca de 36% do total. Aproximadamente 25% da amostra era cons-tituída por indivíduos ex-fumadores. Os antibióticos mais prescritos foram os beta-lactâmicos (amoxicilina-clavulanato - 36% - e ceftria-xone - 24%), seguidos pela levofloxacina (23%). Em 12% dos doentes a piperacilina-tazobactam foi o antibiótico inicial. A associação com um macrólido ocorreu em 50% dos casos. A alteração da terapêutica inicial ocorreu em 11% dos doentes, sendo que em 2/3 foi por fa-lência do tratamento prévio. Considerou-se não existir indicação para a prescrição de antibióticos em 5% dos casos. Colheram-se hemoculturas em 82% dos casos, com uma rentabilidade de 6,8%. A pesquisa do antígeno urinário do *Streptococcus pneumoniae* foi efetuada em 63% dos doentes, com uma rentabilidade de 17%. Foi realizado o estudo microbiológico das secreções brônquicas num quarto dos casos, com uma rentabilidade de cerca de 33%. A maioria dos doentes à data da alta (55%) foram enviados à consulta e a taxa de mortalidade foi de 7%.

Conclusões: Os doentes internados por pneumonia são, na sua maioria, idosos e muito idosos, com um elevado número de comor-bilidades. Uma elevada percentagem de doentes foram tratados com piperacilina-tazobactam ou levofloxacina no esquema inicial por existência de factores modificadores de etiologia. Salienta-se, ainda, a baixa rentabilidade das hemoculturas na amostra conside-rada.

Palavras chave: *Pneumonia. Antibióticos. Estudo microbiológico.*

PE 102. FACTORES ASSOCIADOS A MORTALIDADE NA PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM ANO NUM CENTRO HOSPITALAR

A.L. Ramos, D.P. Marques, J. Carvalho, A.M. Mestre, J.M. Cristino, M.A. Pessanha, C. Toscano, M. Raposo, F. Nogueira

Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Introdução: A pneumonia pneumocócica é uma causa importante de morbi-mortalidade na população portuguesa, particularmente em indivíduos idosos e portadores de determinadas comorbilidades. Apesar de a vacinação ser considerada um método eficaz para pre-venir as formas graves de doença, os estudos mostram que a cober-tura vacinal nesta população se mantém baixa.

Objectivos: Identificação de factores associados a maior risco de morte nos doentes com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade a *Streptococcus pneumoniae* de um Centro Hospitalar Central durante o ano de 2017.

Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes de um Centro Hospitalar Central com o diagnóstico de pneumonia a *Streptococcus pneumo-niae* durante o ano de 2017. Colheita dos dados através da análise dos processos clínicos informáticos. Obtenção de serotipos por so-licitação ao laboratório responsável pela sua identificação. Os doen-tes foram distribuídos em dois grupos: sobreviventes e falecidos durante o internamento. Análise estatística com vista a identificar possíveis factores associados a maior risco de morte com recurso a SPSS Statistics v25[®] e Microsoft Excel 2013[®].

Resultados: Amostra total de 54 doentes com idade média de 72 anos e 77,8% do sexo masculino. Taxa de mortalidade da amostra 16,7%. Os doentes que faleceram apresentavam mais frequente-mente alteração do estado mental (56,6% vs 20%, p < 0,05), valores séricos de ureia e bilirrubina total médios superiores (84,1 vs 53,7 mg/dL e 1,6 vs 0,9 mg/dL, p < 0,05) e valor médio de hematócrito inferior (32,1 vs 37,4%, p < 0,05). Houve também uma maior admis-são destes doentes em unidade de cuidados intensivos (56% vs 11,1%, p < 0,05) tendo-se verificado também um score médio SAPS

-II superior (56 vs 40, $p < 0,05$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sobreviventes e falecidos em relação à idade, sexo, comorbilidades, hábitos tabágicos e score médio de APACHE II.

Conclusões: O facto de na amostra se terem verificado ausência de impacto da idade e comorbilidades na mortalidade poderá dever-se à reduzida dimensão da amostra. Ainda assim foi possível comprovar o impacto na mortalidade de factores bioquímicos classicamente associados a maior gravidade como o nível sérico de ureia e bilirrubina total.

Palavras chave: *Pneumonia pneumococica. Factores de risco. Streptococcus pneumoniae.*

PE 103. DERRAME PLEURAL DE ETIOLOGIA RARA

F. Silva, C. Braço-Forte, V. Durão, S. Carreira, A. Neves, F. Diaz, S. Sousa, I. Fernandes, P. Duarte

Centro Hospitalar de Setúbal.

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) constitui 1 a 2% de todas as neoplasias e 17% das neoplasias hematológicas. A incidência é 2 a 3 vezes superior na raça negra, mais frequente no sexo masculino e a idade mediana à data do diagnóstico é de 66 anos. O plasmocitoma extramedular é um tumor de plasmócitos localizado fora da medula óssea, ocorrendo em 7% dos doentes com MM.

Caso clínico: Os autores submetem o caso de uma mulher natural de Cabo Verde, de 61 anos sem antecedentes relevantes à excepção de inalação de rapé nos últimos 20 anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por dorso-lombalgia direita com dois meses de evolução, cansaço com um mês de duração e diminuição da força nos membros inferiores e incontinência urinária na semana anterior à admissão. Ao exame objectivo apresentava murmúrio vesicular abolido nos 2/3 inferiores do hemitórax direito e a radiografia de tórax apresentava hipotransparência homogénea sugestiva de derrame pleural direito, tendo ficado internada. Após toracocentese verificou-se líquido pleural compatível com exsudado, contagem superior a 1000 leucócitos (53% linfócitos), ADA 72,8 U/L, citologia negativa para células neoplásicas. Analiticamente anemia normocítica normocrómica, aumento discreto dos parâmetros inflamatórios, VS 119 mm/1h, insuficiência renal (creatinina 1,4 mg/dl), hipercalcémia (10,40 mg/dl), electroforese de proteínas sem alterações e β 2microglobulina 6,97 mg/L. Tomografia computadorizada (TC) de tórax: "formação sólida com 9,4 x 6,6 cm (...) no lobo superior do pulmão direito, com invasão do mediastino, brônquio principal direito, destruição do 5º arco costal posterior, apófise transversa e corpo vertebral de D5, com envolvimento dos músculos da parede posterior da região dorsal adjacente ao 5º arco costal (...) adenopatias patológicas mediastínicas, cadeia mamária interna e retrocraurais (...)". Por paraplegia observada em internamento foi submetida a TC de coluna que acrescentou: "(...) lesões de natureza osteolítica, secundárias (...) em D4/D5, (...) D10/D11 (...), imagem lítica do ilíaco esquerdo (...) redução da permeabilidade dos canais de conjugação L5/S1 (...) e L4/L5, com conflito radicular foraminal". A ressonância magnética confirmou a massa tumoral toracopulmonar, salientando "(...) entre D10-D12 massa tumoral paravertebral direita". Discutido com a Oncologia, Radioterapia e Neurocirurgia sem indicação para cirurgia ou condições para radioterapia urgente, podendo inviabilizar o diagnóstico histológico e tratamento dirigido. Houve agravamento da anemia, insuficiência renal e hipoalbuminémia. Efetuada colheita de urina de 24 horas com proteinúria nefrótica. Imunofixação de proteínas na urina evidenciou proteína de Bence-Jones positiva para cadeias leves lambda e a imunofixação das proteínas no soro uma banda monoclonal correspondente às cadeias leves lambda, confirmando o diagnóstico de MM a cadeias leves lambda. O mielograma mostrou uma medula óssea infiltrada por células neoplásicas da linhagem plasmocítica (61%), 52% plas-

mócitos. A doente iniciou o protocolo CyBORd. A punção aspirativa transtorácica, inicialmente sugestiva de linfoma/carcinoma, confirmou posteriormente o diagnóstico de plasmocitoma, pulmonar e vertebral.

Discussão: A apresentação deste caso clínico pretende pôr em evidência a dificuldade do diagnóstico de uma doença rara que se apresentou numa fase muito avançada do seu curso clínico.

Palavras chave: *Derrame pleural. Mieloma múltiplo. Plasmocitoma.*

PE 104. FIBRINÓLISE INTRAPLEURAL - UM CASO DE SUCESSO BEM ESTABELECIDO COM UMA ABORDAGEM NÃO TÃO BEM ESTABELECIDO

T. Rodrigues, L. Boal, I. Correia, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Caso clínico: O caso apresentado é o de uma mulher de 52 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica pleurítica com uma semana de evolução. Apresentava abolição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo e aumento dos parâmetros inflamatórios. A TC de tórax mostrou extenso derrame pleural multiloculado, tendo sido realizada toracocentese. O líquido tinha características de exsudado e foram isolados *Prevotella intermedia* e *Fusobacterium nucleatum*, para os quais foi iniciada antibioterapia dirigida. Por manter imagem radiológica de derrame pleural, foi colocada drenagem torácica guiada por ecografia na loca de maiores dimensões. No entanto, a drenagem revelou-se não eficaz mesmo sob aspiração ativa. Com o intuito de tentar evitar uma intervenção cirúrgica, decidiu-se iniciar fibrinólise intrapleural com alteplase 10 mg 12/12h e dornase alfa 5 mg 12/12h (4 administrações no total). Com a terapêutica fibrinolítica constatou-se progressiva melhoria clínica e radiológica. A infeção pleural é uma importante causa de morbidade e mortalidade e a sua incidência está a aumentar. O seu tratamento envolve drenagem e antibioterapia mas em 1/3 dos doentes a drenagem é ineficaz devido à formação de loculações, sendo necessária cirurgia para realizar descorticação. A fibrinólise é usada há mais de 50 anos em empiemas/infeções pleurais como alternativa à cirurgia mas ainda não existe consenso nem recomendações estabelecidas sobre a sua utilização.

Discussão: O presente caso, que teve um desfecho favorável, corrobora outros semelhantes na literatura, mostrando que esta opção terapêutica pode ser benéfica nas situações de derrames localizados, minimizando a necessidade de cirurgia, com os riscos e custos inerentes. São necessários mais estudos para estabelecer as indicações, a posologia e o regime de administração mais adequados da terapêutica fibrinolítica por via intrapleural.

Palavras chave: *Empiema. Fibrinólise. Alteplase. Dornase.*

PE 105. SÍNDROME DAS UNHAS AMARELAS - UMA CAUSA RARA DE DERRAME PLEURAL

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

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

Introdução: A síndrome das unhas amarelas é uma patologia descrita pela primeira vez em 1964, rara e provavelmente subdiagnosticada. Apresenta-se habitualmente entre os 40-60 anos e caracteriza-se por uma tríade composta por: linfedema, unhas amarelas distróficas e sintomatologia respiratória crónica (infeções respiratórias, derrame pleural, bronquiectasias, tosse crónica). No entanto, para diagnóstico da síndrome, apenas duas delas necessitam de

estar presentes. A causa mantém-se incerta mas tem sido descrita associação com doenças sistémicas, neoplasias ou imunodeficiências.

Caso clínico: Mulher de 58 anos, fumadora ativa de 60 unidades-maço-ano, com história clínica de obesidade (IMC 34,6), linfedema dos membros inferiores, tosse crónica e sinusite. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia de agravamento e edema dos membros inferiores. Havia referência, desde há cerca de 8 anos, de infeções respiratórias de repetição e unhas amarelas. Ao exame objetivo destacava-se oximetria de 90% em ar ambiente, diminuição do murmúrio vesicular na metade inferior do hemitórax direito, edema simétrico dos membros inferiores e unhas amarelas distróficas. A radiografia torácica apresentava hipotransparência da metade inferior do hemitórax direito, compatível com derrame pleural. Foi efetuada toracocentese, cujos resultados foram compatíveis com exsudado, com predomínio linfocítico. A citologia foi negativa para células neoplásicas. Os exames culturais do líquido pleural foram negativos. A biópsia pleural foi compatível com pleurite crónica inespecífica. O restante estudo, foi negativo - eletroforese de proteínas normal, auto-anticorpos negativos (anticorpos antinucleares, fator reumatoide, anticorpos citoplasmáticos antineutrofílicos), doseamento de complemento normal. Assim, e tendo sido excluídas outras causas, foi estabelecido o diagnóstico de síndrome das unhas amarelas. A terapêutica é sintomática, no entanto, a doente teve necessidade de múltiplas drenagens torácicas para alívio da dispneia, acabando por repetir biópsias pleurais - que foram sempre negativas para células neoplásicas. Para controlo de sintomatologia acabou por ser proposta para pleurodese.

Discussão: Os autores apresentam este caso clínico por se tratar de uma síndrome rara, subdiagnosticada e com sintomatologia respiratória inespecífica. Trata-se de uma causa incomum de derrame pleural que, quando presente, é na maioria dos casos, um exsudado com predomínio linfocitário. A patogenia encontra-se pouco esclarecida, sendo que os estudos atuais sugerem um papel importante de alterações da drenagem linfática com *leak* proteico. O prognóstico a longo prazo é favorável, dependendo da gravidade das manifestações respiratórias e da condição clínica de base do doente.

Palavras chave: Derrame pleural. Unhas amarelas.

PE 106. DERRAME PLEURAL PERSISTENTE - MANIFESTAÇÃO DE ARTRITE REUMATÓIDE

D. Cardoso, S. Freitas, J. Cemlyn-Jones, I. Ferreira, C.R. Cordeiro
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistémica de origem auto-imune, que afeta principalmente articulações, causando uma destruição simétrica e progressiva da cartilagem e do osso. Existem manifestações extra-articulares que contribuem de forma significativa para a morbidade e mortalidade da doença. O envolvimento pleural é comum sendo a sua forma de manifestação habitual o derrame pleural. Este é mais frequente em homens com artrite ativa e nódulos subcutâneos. A maioria dos derrames pleurais são de pequeno a moderado volume, unilaterais e assintomáticos. O líquido pleural é tipicamente um exsudato estéril, com pH e glucose baixos e lactato desidrogenase elevada. A maioria dos derrames têm uma resolução espontânea, sem necessidade de terapêutica específica.

Caso clínico: Doente do género masculino, 57 anos, com antecedentes pessoais de tromboembolia pulmonar por trombofilia genética, esferocitose hereditária (esplenectomizado), nefropatia por IgA, artrite reumatoide (sob imunossupressores), hipertensão arterial e dislipidemia. Enviado ao serviço de urgência dos HUC, transferido do hospital de área de residência, por quadro de dispneia, toracalgia postero-inferior esquerda de características pleu-

ríticas e astenia, com cerca de uma semana de evolução e agravamento progressivo. Encontrava-se medicado há 3 dias com levofloxacina por pneumonia adquirida na comunidade, mantendo-se, no entanto, subfebril e sem melhoria clínica. Referia infeções respiratórias de repetição nos últimos 6 meses. Do estudo realizado no hospital de origem destacava-se aumento dos parâmetros inflamatórios e radiografia do tórax com persistência de opacidade na base do hemitórax esquerdo. Foi ajustada a antibio-terapia para piperacilina-tazobactam, tendo ficado internado para estudo etiológico. Do estudo analítico destaca-se positividade dos auto-anticorpos anti-CCP e aumento do factor reumatóide (FR) no soro e da imunoglobulina IgA, em concordância com antecedentes pessoais já conhecidos. As culturas de expectoração, urina e sangue foram negativas, bem como a pesquisa de antígenos urinários. Gasometria arterial sem alterações. A TC torácica apresentava derrame pleural esquerdo em aparente organização e colapso parcial do lobo inferior e da lúgula, provavelmente compressivo. Realizou videobroncoscopia com aspirado, lavado e escovado brônquicos, que não revelaram alterações. Apesar da boa evolução inicial, houve recrudescimento do quadro, com nova elevação de parâmetros inflamatórios e aumento do volume de derrame pleural após ciclo completo de antibioterapia. Iniciou posteriormente linezolid e meropenem, com boa resposta clínica e analítica, persistindo, contudo, derrame pleural esquerdo de moderado volume. Foi submetido a toracocentese diagnóstica e evacuadora, tendo o estudo do líquido revelado exsudato, sem sinais de especificidade na citologia, com microbiologia negativa e com FR elevado (88 IU/mL), assumindo-se o diagnóstico de derrame pleural secundário a AR. Após toracocentese evacuadora, não houve recidiva do derrame pleural.

Discussão: Um derrame pleural persistente num doente com antecedentes de AR não deve ser assumido *ab initio* como secundário. É essencial a exclusão de causas frequentes e potencialmente graves, nomeadamente infecciosas e malignas. Assumida a causalidade, é ainda difícil o diagnóstico diferencial com empiema que pode surgir como complicação.

Palavras chave: Derrame pleural. Artrite Reumatóide.

PE 107. PNEUMOTÓRAX: CASUÍSTICA DE UM ANO DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

A.S. Machado, A.F. Matos, C. Costa, R. Macedo, L. Boal, F. Caeiro, A. Manique, I. Correia, C.R. Bárbara

Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Maria-Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: Define-se por pneumotórax a presença de ar no espaço pleural, cuja etiologia pode ser diversa. Podem ser classificados em espontâneos primários (PEP), espontâneos secundários (PES) ou traumáticos (PT). Os PEP ocorrem em doentes sem patologia pulmonar prévia com incidência estimada de 7,4-18 casos/100.000 por ano nos homens e 1,2-6 casos/100.000 por ano nas mulheres. Os PES resultam de alterações pulmonares estruturais, com incidência estimada de 6,3 casos/100.000 por ano nos homens e 2,0 casos/100.000 por ano nas mulheres. Dada a sua incidência e a necessidade de diagnóstico e intervenção precoces, os autores resumem a casuística do hospital do ano de 2016.

Métodos: Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados em 2016 no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte-Hospital Santa Maria, com o diagnóstico de pneumotórax.

Resultados: No período em análise, no Serviço de Pneumologia houve 504 internamentos, dos quais 55 (10,9%) por pneumotórax, correspondendo a 50 doentes. A maioria dos doentes eram homens (n = 36; 72,0%), com idade média de 49,6 ± 22,7 anos. Eram fumadores/ex-fumadores 64,0% dos doentes, com carga tabágica média de

25,0 ± 19,0 UMA. Do total de doentes, 14,0% apresentavam profissão/hobbies de risco (associada a carga intensa), 12,0% tinham consumo de canabinóides/opioides inalados e 2,0% usavam instrumento de sopro. A toracalgia de tipo pleurítico foi a apresentação clínica mais frequente (n = 38; 76,0%), seguindo-se de dispneia (n = 27; 54,0%). Quanto à classificação, 48,0% (n = 24) eram PEP, 28,0% (n = 14) eram PES, sendo os restantes PT (n = 12; 24,0%). Nos casos de PEP, 37,5% (n = 9) apresentavam blebs ou bolhas subpleurais identificadas em TC torácica. Os casos de PES foram devidos a DPOC (n = 7; 50,0%), enfisema bolhoso (n = 2; 14,3%), linfangioleiomiomatose, asma brônquica, suberose, pneumonite rídica e metastização pulmonar por carcinoma esofágico, cada um correspondendo a 7,1%. Os casos de PT foram devidos a colocação de Implantofix® ou cateter venoso central (n = 5, 41,7%), após colocação de pace-maker, após realização de toracocentese, após realização de biópsia trans-torácica, por barotrauma em doente ventilado invasivamente, após fracturas de arcos costais por queda, num doente politraumatizado e por traumatismo penetrante com arma de fogo, cada um correspondendo a 8,3%. De realçar que em 18 casos (36,0%) verificou-se pneumotórax hipertensivo. Apresentaram enfisema subcutâneo 26,0% (n = 13) dos doentes e houve 2 (4,0%) óbitos, secundários a patologia adjacente, num doente com PES e outro com PT. A taxa global de recidiva foi de 24%. Quando à sua resolução, 76,0% (n = 38) dos doentes necessitaram de drenagem torácica, 10,0% (n = 5) foram submetidos a tratamento cirúrgico (por videotoroscopia ou toracotomia com ressecção de bolhas enfisematosas) e 10,0% (n = 5) necessitaram de realização de pleurodese por toracoscopia ou por slurry.

Conclusões: Na população estudada, e de acordo com a literatura, os factores de risco mais frequentes para o desenvolvimento de pneumotórax foram o género masculino, presença de hábitos tabágicos e/ou patologia obstrutiva das vias aéreas. A TC torácica deve ser usada na distinção entre PEP e PES, pois o risco de recidiva, sobretudo nos PES, requer intervenção terapêutica precoce, nomeadamente com realização de toracoscopia e/ou cirurgia.

Palavras chave: *Pneumotórax.*

PE 108. OS DERRAMES PLEURAIIS E AS PISTAS QUE ESTES NOS DÃO

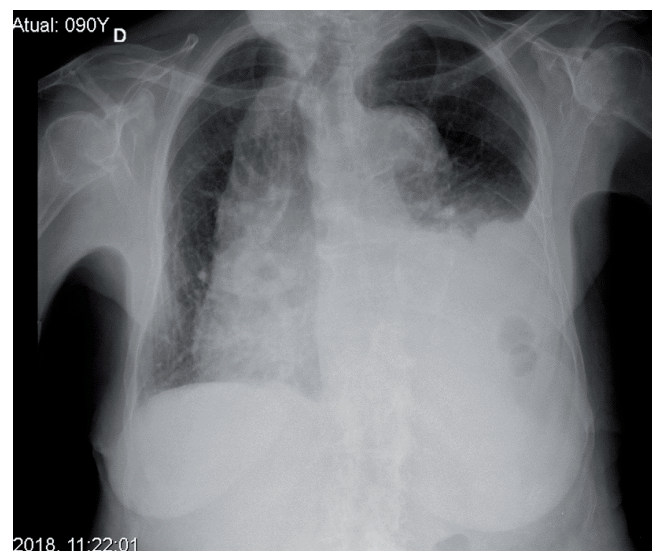
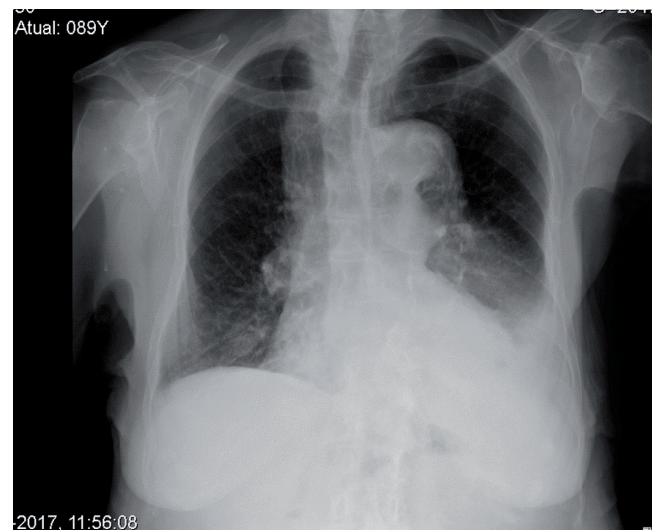
C. Sousa, J. Barbosa, M.L. Carvalho, C. Gomes, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O derrame pleural constitui um desafio no que diz respeito ao diagnóstico diferencial. As características do líquido pleural continuam a ser úteis para a marcha diagnóstica e chegam a ser determinantes na obtenção de um diagnóstico das entidades nosológicas mais ou menos frequentes.

Caso clínico: Este caso clínico relata o internamento de uma doente de 90 anos, independente nas atividades de vida diária, com os antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca congestiva, gamapatia monoclonal, doença renal crónica e derrame pleural loculado à esquerda com 2 anos de evolução e cuja investigação foi inconclusiva. Em maio de 2018, a doente é internada por traqueobronquite aguda e insuficiência respiratória global, tendo necessitado de ventilação mecânica não invasiva, para além de antibioterapia e otimização da terapêutica para a insuficiência cardíaca descompensada. Radiologicamente, à admissão, era notório o agravamento do derrame pleural esquerdo em relação aos exames prévios. Foi submetida a tomografia computadorizada do tórax que demonstrou a manutenção do derrame pleural e uma pequena consolidação de novo, com nível hidroaéreo e com cerca de 1 cm. Para estudo complementar foi submetida a toracocentese, com drenagem de pequena quantidade de líquido (40 mL) cujo pH era normal. O exame bioquímico revelou tratar-se de um exsudado, com ADA de 40 U/L, e o

exame citológico detetou a presença de 69% linfócitos, sem evidência de células neoplásicas. Foi submetida a broncofibroscopia, complicada por hemorragia espontânea pelo que não foram realizadas biópsias. Os exames citológicos, microbiológicos, micológicos e pesquisa de micobactérias foram negativos, quer da expectoração quer do lavado broncoalveolar. Pelo facto da doente apresentar antecedentes de gamapatia monoclonal (que frequentemente evoluem para malignidade hematológica), adenopatias relatadas em tomografia abdómino-pélvica realizada um ano antes noutro hospital e pelo achado de linfocitose no líquido pleural, optou-se por pedir imunofenotipagem do sangue periférico. O resultado foi compatível com leucemia linfocítica crónica de células B (LLC).



Discussão: A LLC é a forma mais frequente de leucemia e é uma causa rara de derrame pleural. Pensa-se que apenas 4% a 9% dos doentes com LLC apresentem esta complicação no decurso da sua doença. Ainda mais raro é a sua ocorrência como forma de apresentação da LLC. Neste caso, as características do líquido associadas à suspeição pelas comorbilidades da doente, permitiram que se obtivesse um diagnóstico etiológico, ressaltando-se a importância que a análise do líquido continua a ter na obtenção de um diagnóstico, mesmo quando raro.

Palavras chave: *Derrame pleural. Linfocitose. Leucemia linfocítica crónica.*

PE 109. MANIFESTAÇÃO RARA DE ARTRITE REUMATÓIDE

M. Cabral, B. Mendes, C. Figueiredo, P. Cravo, J. Cardoso

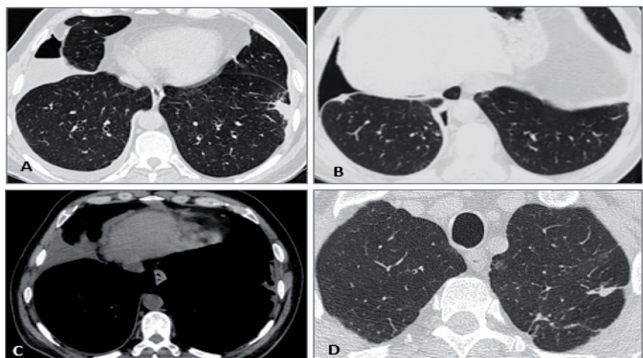
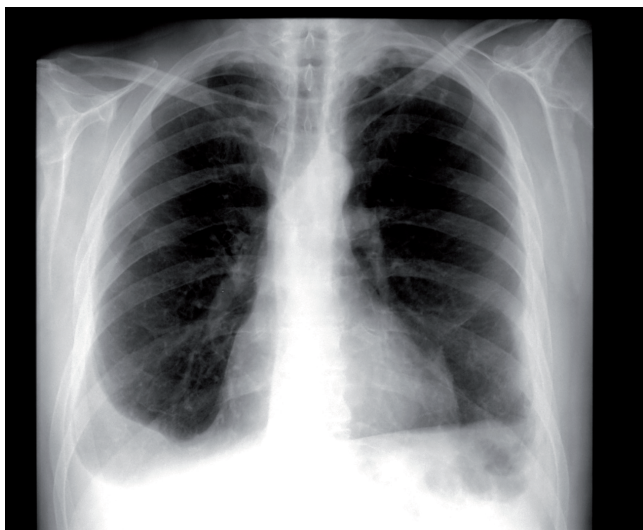
Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Caso clínico: Homem de 51 anos de idade, fumador ativo (44 UMA), referenciado a consulta de Pneumologia por alteração imagiológica em radiografia do tórax de rotina. História de tuberculose pulmonar com 36 anos, tratada no CDP. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Após anamnese aprofundada, o doente revelou dor e edema de múltiplas articulações. Ao exame objectivo, destacava-se na auscultação pulmonar diminuição do murmúrio vesicular e crepitações na base pulmonar direita e, de referir ainda, nódulos subcutâneos no cotovelo e no punho esquerdo. Dos exames complementares de diagnóstico, destaca-se tomografia computadorizada (TC) torácica: pequeno derrame pleural à direita, pequeno pneumotórax de predomínio basal, um nódulo pleural ipsilateral, e sequelas de tuberculose pulmonar. Não havia evidência de infecção, massas, enfisema, quistos pulmonares ou gânglios mediastínicos. O estudo analítico revelou anemia ligeira, parâmetros inflamatórios aumentados, nomeadamente, leucócitos, VS e PCR; factor reumatóide e anticorpo antipeptídeo citrulinado positivos. Por toracocentese diagnóstica e terapêutica obteve-se um líquido de aspecto leitoso com pH diminuído de características compatíveis com exsudado (LDH elevada, glicose diminuída, ADA e colesterol aumentados), e foram observados cristais de colesterol. As colorações de Gram e Ziehl-Neelsen foram negativas. A citologia do líquido pleural foi negativo e as biópsias pleurais “cegas” revelaram fibrose e infiltrado inflamatório sem granulomas ou tecido neoplásico. Por suspeita inicial de empiema, foi colocada drenagem torácica e iniciada antibioterapia. No entanto, após conhecimento das características

do derrame pleural conclui-se que era um pseudoquilotórax. O doente teve alta sem sinais de derrame pleural ou pneumotórax. De acordo com os critérios de classificação do *American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism 2010*, o diagnóstico de artrite reumatóide (AR) foi estabelecido. Além disso, os nódulos subcutâneos revelaram ser nódulos de AR após excisão cirúrgica. O tratamento imunossupressor foi iniciado pela equipa de Reumatologia com melhoria dos sintomas articulares. Quatro anos após o diagnóstico, constatou-se a recorrência de um pequeno pneumotórax direito e novos nódulos pleurais foram identificados na TC torácica. Como o doente se encontrava assintomático, decidiu-se por não drenar o pneumotórax, mantendo-se apenas o acompanhamento clínico e radiológico.

Discussão: Este caso ilustra uma complicação pouco comum da doença pleural reumatóide, sugerindo que, quando o derrame pleural é detectado e tem características de pseudoquilotórax, a AR deve ser considerada, particularmente se houver queixas articulares. Considerou-se que a associação de AR e pseudoquilotórax/pneumotórax não seria uma coincidência, uma vez que a doença pleural é comum na AR. Excluíram-se outras causas de pseudoquilotórax e pneumotórax. Embora pouco se saiba sobre a etiologia do pseudoquilotórax na AR, há alguns casos relatados na ausência de espessamento pleural significativo, como o verificado neste caso. Além disso, não se encontrou uma melhor explicação para o pneumotórax, além da ruptura dos nódulos pleurais reumatóides.

Palavras chave: Pseudoquilotórax. Artrite reumatóide. Doença pleural.



PE 110. PROVA DE MARCHA DE 6 MINUTOS - A PADRONIZAÇÃO NECESSÁRIA?

R. Boaventura, L. Almeida, E. Eusébio, P. Amorim, A. Pimentel, J.C. Pipa, A. Neves, P. Teles, M. Jacob, F. Machado, M. van Zeller, M. Drummond

Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A prova de marcha de 6 minutos (PM6m) é um exame útil na avaliação da capacidade de exercício dos doentes respiratórios, principalmente na avaliação da capacidade de exercício de baixa intensidade. O exame deve sempre, ser realizado nas mesmas condições uma vez que os resultados são sensíveis ao método de execução. Os autores pretendem testar um novo método de execução da PM6m que elimine alguma da variabilidade entre provas.

Métodos: Foi selecionada uma amostra de conveniência de doentes agendados para realização de PM6m. Todos os doentes foram submetidos à realização de PM6m tradicional e a PM6m com auscultadores, com um intervalo de 30 minutos de recuperação e alternância aleatorizada. O método com auscultadores consistia na realização da PM6m cuja explicação e encorajamento durante a prova eram fornecidos por meio de uma gravação em MP3, que os doentes ouviam com auscultadores. No final, os doentes preenchiam um questionário de satisfação com 7 perguntas, que comparava os dois métodos. O estudo incluiu 43 indivíduos com 58% (n = 25) do sexo masculino, idade média de 60 anos [desvio padrão (DP): 13]. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em termos de distância final percorrida e variação de saturação periférica de oxigénio (SpO2) durante a prova.

Resultados: Na avaliação de satisfação, os doentes consideraram, significativamente, o método com auscultadores mais motivador (p = 0,02) e que, caso repetissem o exame, optavam pelo exame com auscultadores (p = 0,03). Notou-se, ainda, uma tendência para a preferência do exame realizado com auscultadores relativamente às perguntas: que método preferiu (n = 19 com auscultadores e n = 13 ambos os métodos); que método ouviu melhor (n = 21 com auscultadores e n = 11 ambos os métodos); que método percebeu melhor (n = 21 com auscultadores e n = 12 ambos os métodos); que

método achou mais confortável (n = 21 com auscultadores e n = 9 ambos os métodos) e que método considerou mais fiável (n = 17 com auscultadores e n = 9 ambos os métodos).

Conclusões: Os autores concluem que o novo método de realização de PM6m foi, tendencialmente, preferido pelos doentes e demonstrou não inferioridade de eficácia diagnóstica na população testada.

Palavras chave: Centro Hospitalar de São João.

PE 111. HIPOXÉMIA PERSISTENTE - UM CASO QUE CARECEU DE ABORDAGEM DIAGNÓSTICA AINDA MAIS PERSISTENTE

T. Rodrigues, F. Caeiro, I. Correia, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Caso clínico: O caso apresentado é o de uma mulher de 77 anos, reformada de cozinheira, sem hábitos tabágicos, com os diagnósticos de hipertensão arterial, patologia osteoarticular degenerativa, doença arterial periférica, hipotireoidismo e obesidade. Durante o último ano tinha iniciado seguimento em Consulta de Reumatologia para investigação de quadro de agravamento progressivo de artralgia das grandes articulações. Em novembro de 2017 recorreu ao Serviço de Urgência por quadro com uma semana de evolução de confusão mental. A TC-CE e a análise do LCR não mostraram alterações de relevo. A gasometria arterial em ar ambiente revelava insuficiência respiratória parcial (pO₂ 56,7 mmHg). Durante o internamento apresentou vários episódios de dessaturação, de difícil correção com aporte suplementar de O₂, pelo que foi instituída VNI. A angio-TC tórax e a cintigrafia V/Q excluíram TEP. O ecocardiograma transesofágico não mostrou shunt intracardíaco. As provas de função respiratória mostraram discreta obstrução das pequenas vias aéreas. O registo polissonográfico do sono revelou um índice de apneia-hipopneia 9,6/h, pelo que o bi-nível foi substituído por auto-CPAP. A par da insuficiên-

cia respiratória, a doente desenvolveu quadro de pé pendente bilateral, pelo que realizou eletromiografia, que revelou acentuada polineuropatia sensitivo-motora axonal. O caso foi discutido com a equipa de Reumatologia, que colocou as hipóteses de vasculite associada a ANCA PR3 vs vasculite paraneoplásica. A RM-CE excluiu vasculite do SNC e a TC toraco-abdomino-pélvica não mostrou sinais de neoplasia, pelo que foi instituído curso de 5 dias de Imunoglobulina EV + toma única de ciclofosfamida 1g e teve alta. Um mês depois recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de mialgias generalizadas. Apresentava novamente hipoxémia (pO₂ 45,5 mmHg com O₂ a 2 L/min), febre e aumento dos parâmetros inflamatórios, pelo que realizou curso de piperacilina + tazobactam, tendo sido isolado MSSA em hemoculturas. Para investigação etiológica da insuficiência respiratória parcial, repetiu ecocardiograma transesofágico, que desta vez revelou foramen ovale permeável (FOP), aneurisma do septo interauricular, shunt espontâneo e inversão fácil com Valsalva. A doente foi submetida a encerramento percutâneo do FOP com bom resultado imediato. Teve alta com melhoria da hipoxémia (pO₂ 68,8 mmHg em ar ambiente), com diagnóstico de vasculite associada a ANCA (PR3). Numa situação destas, em que a gravidade da hipoxémia não é explicada por outras hipóteses, a possibilidade de um shunt venoarterial deve estar sempre presente. Nomeadamente, o shunt inter-atrial direito-esquerdo é uma situação frequente e sub-diagnosticada, curável com procedimentos simples.

Discussão: Este caso lembra-nos que a manutenção de uma elevada suspeição clínica deve motivar a repetição de exames de diagnóstico, ainda que o primeiro resultado seja negativo. Nenhum exame é 100% sensível e pode haver situações intermitentes, como no presente caso. Finalmente, enquanto a procura de uma causa comum para a disfunção de vários sistemas em simultâneo é importante, os doentes podem ter problemas paralelos não relacionados, cada um merecendo a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica.

Palavras chave: Foramen ovale patente. Shunt veno-arterial. Hipoxémia. SAOS.