



## POSTERS

### 25º Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 28 de Fevereiro a 2 de Março de 2018

#### PO01. SINDROME BIRT-HOGG-DUBÉ, UM CASO CLÍNICO

C. Freitas<sup>1</sup>, P. Mota<sup>1</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, M. Rodrigues<sup>2</sup>, A. Morais<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar São João.

**Introdução:** O síndrome de Birt-Hogg-Dubé (SBHD) é uma doença autossómica dominante rara causada por mutações no gene que codifica a foliculina (FLCN) e pode manifestar-se no pulmão, rim e pele. As alterações pulmonares consistem em cistos pulmonares e, conseqüentemente, aumento do risco de pneumotórax espontâneo. **Caso clínico:** Homem, 49 anos de idade, ex-fumador, com história familiar de neoplasia renal (pai). Apresentava história de pneumotóracas espontâneos de repetição já submetido a tratamento cirúrgico à direita. Foi admitido no Serviço de Pneumologia por novo episódio de pneumotórax espontâneo à direita. Ao exame objetivo, apresentava várias lesões cutâneas localizadas na zona superior do dorso, cujo exame histológico foi compatível com lipomas e angioliomas. Efectuou uma tomografia computadorizada (TC) do tórax que mostrou vários cistos pulmonares localizados predominantemente nos campos pulmonares médio-basais. Pela história de pneumotóracas espontâneos de repetição, com evidência imagiológica de cistos pulmonares, juntamente com a presença de lesões cutâneas benignas e história familiar de carcinoma renal, foi considerado o diagnóstico de SBHD. A pesquisa de mutação do gene FLCN foi positiva, confirmando o diagnóstico. Em consulta de genética, foi realizado o rastreio familiar e aconselhamento genético. Pelo risco aumentado de carcinoma renal, o doente encontra-se em programa de rastreio para esta complicação, até agora sem evidência de tumores renais.

**Discussão:** A SBHD é um diagnóstico diferencial da doença pulmonar cística. As manifestações clínicas e história familiar, juntamente com as características imagiológicas são fulcrais para o diagnóstico desta síndrome. Apesar das manifestações pulmonares e cutâneas serem relativamente benignas, o esclarecimento diagnóstico é importante uma vez que o SBHD aumenta o risco de carcinoma renal. A integração destes doentes em programas de rastreio de neoplasia renal permite o tratamento precoce desta manifestação que potencialmente fatal.

**Palavras-chave:** Síndrome Birt-Hogg-Dubé. Pneumotórax espontâneo. Carcinoma renal. Cistos pulmonares. Rastreio. Lipomas. Angioliomas.

#### PO02. SILICOPROTEINOSE ALVEOLAR - DAS COMPLICAÇÕES INFECIOSAS À UTILIDADE DA EXTRACORPÓREAL MEMBRANE OXYGENATION (ECMO) NA LAVAGEM PULMONAR TOTAL

C. Freitas<sup>1</sup>, C. Damas<sup>1</sup>, P. Mota<sup>1</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, R. Roncon<sup>2</sup>, C. Fiuza<sup>3</sup>, A. Morais<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Medicina Intensiva; <sup>3</sup>Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar São João.

**Introdução:** A silicoproteínose alveolar é rara. As infeções oportunistas são complicações comuns. A lavagem pulmonar total (LPT) constitui o tratamento de primeira linha. Os autores descrevem dois casos clínicos, submetidos a LPT, num deles com utilização de ECMO.

**Casos clínicos:** Caso 1: homem de 48 anos, pedreiro, ex-fumador, com insuficiência cardíaca isquémica e silicose diagnosticada há 15 anos. Com internamento recente por insuficiência respiratória (IR) atribuída a infeção respiratória. Face à não resolução do quadro, foi realizada uma TC torácica que mostrou padrão de *crazy-paving* em sobreposição a padrão micronodular e adenomegalias calcificadas. Realizou broncofibroscopia (BFC), sendo o lavado broncoalveolar (LBA) de aspecto leitoso, com material lipoproteináceo positivo à coloração ácido periódico-Schiff (PAS). Por isolamento de *Nocardia* spp no LBA iniciou trimetropim-sulfametoxazol (TMP-SMX), tendo sido realizada LPT bilateral (27,8 litros à direita e 13,2 litros à esquerda), sem intercorrências, com melhoria clínica e funcional significativa, observando-se nomeadamente reversão da IR. Caso 2: homem de 44 anos, mineiro, fumador, com silicose diagnosticada há 5 anos e silicotuberculose pulmonar tratada há 3 anos. Apresentou agravamento das queixas respiratórias com IR de novo. A TC torácica mostrou padrão *crazy-paving* sobreposto a um padrão de silicose pseudotumoral e adenomegalias calcificadas. Realizou BFC, com LBA turvo e material lipoproteináceo positivo à coloração PAS. Pela exuberância das alterações estruturais pulmonares, foi realizada a LPT (17,5 litros) sob ECMO veno-venoso, sem intercorrências, com melhoria clínica e funcional significativa, observando-se nomeadamente reversão da IR.

**Discussão:** O tratamento da silicoproteínose representa um desafio que engloba a abordagem das comorbilidades e/ou complicações.

As alterações estruturais pulmonares podem ser graves, sendo a modalidade de LPT com apoio de ECMO uma alternativa a considerar nestas situações.

**Palavras-chave:** *Proteinose alveolar. Silicose. Silicoproteinose. Lavagem pulmonar total. Extracorporeal membrane oxygenation. Nocardiose.*

### PO03. INTERSTITIAL LUNG DISEASE INDUCED BY SYSTEMIC THERAPY FOR LUNG CANCER

M.A. Mendes, N.C. Pereira, M. Dias, S. Conde, A. Barroso, S. Campinha

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

**Introduction:** Interstitial lung disease (ILD) is a potentially serious underrecognized adverse event of systemic therapy for lung cancer (LC). **Objectives:** To characterize LC systemic therapy-induced ILD in terms of clinical features and therapeutic management.

**Methods:** Retrospective analysis of patients with ILD induced by systemic therapy for LC diagnosed in our center between 2015 and 2016.

**Results:** Four patients were included: 50% men, median age of 63 years-old (IQR 58-65) and ECOG PS 0 or 1. Two patients had smoking history. Tumor histology was adenocarcinoma in 3 patients and small cell carcinoma in 1 patient. All patients were diagnosed at advanced stages (IIIB or IV). Recognized ILDs induced by systemic therapy for LC were organizing pneumonia secondary to pemetrexed, nonspecific interstitial pneumonia/hypersensitivity pneumonitis (NSIP/HP) with erlotinib and gefitinib (same patient), unclassifiable ILD due to osimertinib and sarcoid-like granulomatous reaction with carboplatin plus etoposide. All patients had grade 2 ILD and were treated with oral steroid therapy and discontinuation of suspected drugs, with clinical and radiological improvement. One patient with recurrence of ILD due to rechallenge with another EGFR tyrosine kinase inhibitor was kept under this drug and oral steroid therapy with improvement of ILD and partial remission of LC. No patients have died.

**Conclusions:** Awareness of LC systemic therapy-induced ILD is crucial to an accurate diagnosis and prompt treatment. In addition, with the new era of targeted therapy that changes the prognosis of LC, rechallenge must be considered on an individual basis.

**Key words:** *Drug-induced interstitial lung disease.*

### PO04. SÍNDROME DE COMBINAÇÃO DE FIBROSE PULMONAR E ENFISEMA

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

*Serviço de Pneumologia A, Hospitais da Universidade de Coimbra-CHUC.*

**Introdução:** A combinação de fibrose pulmonar com enfisema (CPFE) tem sido progressivamente reconhecida como uma nova entidade. Parece afetar quase exclusivamente homens fumadores ou ex-fumadores, que apresentam preservação dos volumes pulmonares (pseudonormalização), mas maior perda de capacidade de difusão, e risco de hipertensão pulmonar e de neoplasia do pulmão. As características clínicas e a melhor abordagem terapêutica são ainda pouco conhecidas, contribuindo para um prognóstico geralmente sombrio. Os autores descrevem uma série de casos desta entidade, de forma a contribuir para um melhor conhecimento da doença.

**Casos clínicos:** Apresentam-se os casos clínicos de quatro homens, com hábitos tabágicos ativos, todos referenciados por queixas de tosse escassamente produtiva e dispneia de esforço arrastadas. Um apresentava antecedentes de artrite reumatóide. Em todos a espirometria era normal, mas associava-se a redução moderada a grave da DLCO e hipoxémia. A tomografia computadorizada de alta resolução revelou um padrão de pneumonia intersticial usual com predomínio nos andares inferiores, associado a enfisema nos andares superiores, ambos com extensão variável. A existência de hipertensão pulmonar foi excluída por ecocardiograma transtorácico. Todos foram medicados com broncodilatadores, acetilcisteína e oxigenoterapia. Durante o seguimento um doente obteve estabilização clínica. Um segundo registou repetidos episódios de exacerbação de fibrose pulmonar, com óbito ao quarto internamento. Nos restantes dois casos foram posteriormente identificadas lesões nodulares e estabelecido o diagnóstico de neoplasia pulmonar, tendo sido orientados respectivamente para quimioterapia e cirurgia. O primeiro doente faleceu por episódio compatível com exacerbação de fibrose pulmonar idiopática, o segundo mantém-se em vigilância.

**Discussão:** Na nossa série de casos de CPFE as manifestações clínicas inespecíficas, o risco aumentado de neoplasia e mau prognóstico são concordantes com os dados conhecidos. A descrição de casos ou séries de CPFE poderá contribuir para melhorar a abordagem diagnóstica e terapêutica da doença.

**Palavras-chave:** *Enfisema. Fibrose pulmonar. Hipertensão pulmonar.*

### PO05. FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA: UM OLHAR SOBRE A DOENÇA ATRAVÉS DO RELATO DE 4 CASOS

D. Rodrigues, M. Galego, B. Seabra, I. Neves, J. Ferreira

*Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano.*

**Introdução:** A Fibroelastose Pleuroparenquimatosa (PPFE) é uma pneumonia intersticial rara. Alguns casos são idiopáticos, estando também descrita a associação a fármacos, infeções e transplante. Numa minoria existe associação familiar. Apresentamos 4 casos de PPFE diagnosticados na nossa instituição.

**Casos clínicos:** Caso 1: mulher, 47 anos, não fumadora, história paterna de doença pulmonar intersticial (DPI) mal esclarecida. Clínica de dispneia e tosse seca no último ano. Do estudo efetuado: defeito moderado da DLCO (3,45 mmol/min/KPa; 43%); TCAR - densificações pleuroparenquimatosas de predomínio apical e padrão em mosaico nos lobos inferiores; LBA - linfocitose (63%), CD4+/CD8+: 6; biópsias cirúrgicas compatíveis com PPFE, coexistindo infiltrados centrilobulares com granulomas epitelióides mal definidos. Assumida sobreposição PPFE-Pneumonite de Hipersensibilidade (PH). Melhoria clínica e estabilidade funcional aos 15 meses de tratamento com deflazacorte e azatioprina. Caso 2: mulher, 75 anos, não fumadora, infeções respiratórias recorrentes e dispneia para pequenos esforços. Funcionalmente, síndrome obstrutivo grave (FEV1: 0,8L/42%, CVF: 1,13L/49%) e defeito grave da DLCO (2,18 mmol/min/KPa; 32%); em TCAR, diâmetro torácico ântero-posterior diminuído, densificações pleuroparenquimatosas apicais e bronquiectasias bilaterais; Precipitinas de *Aspergillus* negativas; microbiópsia compatível com PPFE. Iniciou azitromicina, deflazacorte e hidroxicloquina mantendo estabilidade clínico-radiológica aos 12 meses. Caso 3: mulher, 71 anos, fumadora (40 UMA), assintomática. Funcionalmente, defeito moderado da DLCO (3,85 mmol/min/KPa; 57%); TCAR com enfisema centrilobular e densificações pleuroparenquimatosas apicais sugerindo PPFE, diagnóstico corroborado por biópsia. Proposta vigilância atendendo à expressão ligeira da doença. Caso 4: mulher, 67 anos, asma, quimiorradioterapia prévia por neoplasia mamária, dispneia habitual para médios esforços. Funcionalmente, obstrução moderadamente grave (FEV1: 1,06L/56%, CVF: 2,29L/100%); TCAR com densificações subpleurais apicais e calcificações pleurais. Biópsia pulmonar recente compatível com PPFE.

**Discussão:** A PPFE engloba aspectos imagiológicos e histopatológicos característicos, no entanto a coexistência com outras DPI como PH está documentada. Os casos apresentados permitem refletir acerca dos diversos contextos clínicos e fases de evolução desta patologia.

**Palavras-chave:** *Fibroelastose. pleuroparenquimatosa. Pneumonite. Hipersensibilidade.*

### PO06. FIBROELASTOSE PLEUROPARENQUIMATOSA-CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE 22 CASOS

J. Parreira<sup>1</sup>, L. Almeida<sup>2</sup>, J. Lages<sup>3</sup>, N. Melo<sup>2</sup>, P. Mota<sup>2,4</sup>, H. Bastos<sup>2,5,6</sup>, A. Morais<sup>2,4</sup>, J.M. Pereira<sup>7</sup>, R. Cunha<sup>7</sup>, S. Guimarães<sup>8</sup>, C.S. Moura<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda.

<sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. <sup>4</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>5</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal. <sup>6</sup>ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal. <sup>7</sup>Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João. <sup>8</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João.

**Introdução:** A fibroelastose pleuroparenquimatosa (PPFE) é uma entidade rara, descrita recentemente e caracteriza-se por fibrose pleural e do parênquima subpleural atingindo sobretudo os lobos superiores. Desde a sua descrição, tem havido um crescente número de diagnósticos.

**Objectivos:** O objetivo deste trabalho foi o de identificar e caracterizar os doentes com PPFE seguidos no Centro Hospitalar de São João.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com biópsia compatível com PPFE, englobando os dados demográficos, clínicos, laboratoriais e tratamento administrado.

**Resultados:** Identificaram-se 22 doentes com critérios de diagnóstico de PPFE e idade média de  $62.3 \pm 10.8$  anos, sendo 16 mulheres (66,6%) e 64% não fumadores. A maioria apresentava dispneia (68%) e tosse (55%) na altura do diagnóstico, seguindo-se emagrecimento (32%), infeções respiratórias de repetição (32%), pieira (18%) e dor pleurítica (9%). Na avaliação funcional na altura do diagnóstico, 12 (55%) doentes apresentavam diminuição da capacidade de difusão; em 4 doentes foi observado síndrome ventilatório restritivo e em 2 síndrome ventilatório obstrutivo; 10 doentes (45%) apresentavam *air trapping*. Apenas 8 doentes (36%) foram considerados como PPFE idiopática, dado que nos restantes, concomitantemente, 5 apresentavam padrão radiológico de pneumonia intersticial usual, 2 pneumonite de hipersensibilidade crónica, 2 enfisema, 2 neoplasia do pulmão, 1 silicose, 1 bronquiectasias e 1 toxicidade por amiodarona. Dez doentes (45%) encontravam-se em tratamento especificamente dirigido à PPFE, 3 em monoterapia com corticoterapia, azatioprina ou hidroxicloquina e 7 com a combinação de 2 destes fármacos.

**Conclusões:** A avaliação deste grupo de doentes com PPFE confirmou o seu carácter inespecífico e heterogéneo, dadas as diferentes associações e contextos em que ocorre. Dada a incontornável influência das associações na evolução clínica da PPFE, torna-se crucial o estudo da forma idiopática que poderá evidenciar de forma mais precisa a evolução natural da doença e a resposta aos tratamentos habitualmente instituídos.

**Palavras-chave:** Fibroelastose pleuroparenquimatosa. Doenças pulmonares difusas.

### PO07. APLICAÇÃO DO ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL GAP À PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE COM PADRÃO UIP

L. Mendonça e Almeida<sup>1</sup>, J. Parreira<sup>2</sup>, J.V. Lages<sup>3</sup>, E. Padrão<sup>1</sup>, N. Melo<sup>1</sup>, H. Novais e Bastos<sup>1,4,5</sup>, P. Mota<sup>1,6</sup>, N. Martins<sup>1,7</sup>, J.M. Pereira<sup>8</sup>, R. Cunha<sup>8</sup>, C.S. Moura<sup>9</sup>, S. Guimarães<sup>9</sup>, A. Morais<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital da Guarda. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. <sup>4</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal. <sup>5</sup>ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal. <sup>6</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>7</sup>IS - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde. <sup>8</sup>Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar São João. <sup>9</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar São João.

**Introdução:** A pneumonite de hipersensibilidade crónica (PHC) apresenta um amplo espectro de evolução e manifestação clínica, podendo cursar com o padrão de pneumonia intersticial usual (UIP). Os índices GAP (*gender-age-physiology*) e ILD-GAP foram validados, respetivamente, como *scores* preditores de mortalidade na fibrose pulmonar idiopática (IPF) e outras doenças intersticiais.

**Objectivos:** Avaliar o efeito dos índices GAP e ILD-GAP enquanto preditores de evolução desfavorável, nomeadamente de mortalidade/necessidade de transplante pulmonar.

**Métodos:** Análise retrospectiva de coorte de doentes com PHC-UIP. Analisaram-se dados demográficos, clínicos e laboratoriais, relacionando-os com a evolução dos doentes. Os dados foram analisados utilizando o software estatístico SPSS, v.24.

**Resultados:** Foram identificados 63 doentes com PHC-UIP, mas 14 excluídos devido ao tempo de seguimento insuficiente ou impossibilidade de calcular o GAP. Da amostra selecionada ( $n = 49$ ), 29 mulheres e 20 homens, com idade média de  $65,1 \pm 11,8$  anos, 77,6% eram não fumadores. Em 69,4% foi identificada exposição compatível e 59,2% tiveram avaliação histológica na abordagem diagnóstica. Quinze (30,6%) doentes morreram, 8 (16,3%) foram orientados para transplante pulmonar. O tempo médio de seguimento foi 3,22 anos. Considerando o GAP, 25 (51%) doentes foram incluídos no estágio I, 20 (40,8%) no estágio II e 4 (8,2%) no estágio III. Relativamente ao ILD-GAP, 25 (51,0%) doentes apresentavam índice 0-1, 19 (38,8%) índice 2-3 e 5 (10,2%) em índice 4-5, não havendo nenhum doente com índice > 5. A variável dependente óbito ou transplante pulmonar correlacionou-se melhor com os estádios do GAP do que ILD-GAP ( $r = 0,316$ ,  $p = 0,027$  vs  $r = 0,259$ ,  $p = 0,036$ ).

**Conclusões:** Nesta coorte, o índice GAP parece predizer melhor o prognóstico do que o ILD-GAP, possivelmente por se tratar de um grupo de doentes com UIP que tem uma evolução habitualmente mais desfavorável e de maior sobreposição com a IPF.

**Palavras-chave:** Pneumonite de hipersensibilidade. Pneumonia intersticial usual.

### PO08. HIPERPLASIA LINFOIDE NODULAR DO PULMÃO - CASO CLÍNICO

E. Brysch<sup>1</sup>, A. Machado<sup>1</sup>, T. Abreu<sup>2</sup>, L. Mota<sup>2</sup>, J. Semedo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Unidade de Pneumologia de Intervenção do Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** A hiperplasia linfóide nodular do pulmão é uma doença rara, de natureza benigna, caracterizada por uma proliferação linfóide policlonal reativa e localizada, que geralmente se apresenta sob a forma de nódulo único ou lesões múltiplas no parênquima pulmonar.

**Caso clínico:** Os autores descrevem um caso de uma mulher de 77 anos, não fumadora, com diagnósticos prévios de insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, portadora de *pacemaker*, escoliose dorso-lombar e trombocitose essencial diagnosticada há um ano. A doente encontrava-se em estudo por suspeita de neoplasia oculta, quando se verificou em Tomografia Computorizada (TC) abdominal aumento da espessura da parede gástrica na região do antro/piloro e densificação de gordura intraperitoneal. Neste contexto realizou endoscopia digestiva alta com biópsias gástricas que revelaram gastrite crónica, colonoscopia sem alterações e biópsia da lesão peritoneal ecoguiada que revelou tecido muscular e adiposo sem lesão valorizável. Realizou também TC torácica que revelou derrame pleural direito e micronódulos pulmonares bilaterais, tendo realizado broncofibroscopia que não demonstrou lesões endoscópicas com lavado broncoalveolar cujo resultado citológico foi negativo para células neoplásicas. Sendo que a doente se mantinha assintomática optou-se por repetir a TC toracoabdominal passado 12 meses, que mostrou um padrão septal



e reticular em toda a espessura pulmonar, mais evidente no lobo superior esquerdo onde se observava também padrão em vidro despolido e a nível abdominal mantinha uma densificação reticular e nodular do grande epíloon. Optou-se por realizar criobiopsia pulmonar cujo resultado anatomopatológico revelou hiperplasia linfoide difusa. Por apresentar alterações difusas pulmonares optou-se por não submeter a doente a cirurgia e manteve-se vigilância a longo prazo.

**Discussão:** A hiperplasia linfoide nodular do pulmão é uma patologia que obriga a uma vigilância prolongada dos doentes visto que, apesar de ser considerada benigna, ainda não está totalmente esclarecida.

**Palavras-chave:** Doenças linfoproliferativas do pulmão. Hiperplasia linfoide nodular.

### PO09. HEMOCROMATOSE HEREDITÁRIA E FIBROSE PULMONAR: UMA ASSOCIAÇÃO IMPROVÁVEL?

L. Fernandes, V. Clérigo, R.P. Basto, M. Serrado, L. Ferreira, C. Bárbara

*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A hemocromatose é uma doença do metabolismo do ferro caracterizada pelo aumento da absorção intestinal e acumulação excessiva de ferro em diferentes órgãos. A acumulação pulmonar de ferro no espaço extracelular e hemossiderina nos macrófagos favorece lesões microscópicas recorrentes e fibrose pulmonar.

**Caso clínico:** Mulher, 73 anos, não fumadora, com contacto esporádico com pombos, esteatose hepática em estudo e quadro com oito anos de tosse irritativa e dispneia para esforços progressivamente menores. Objectivamente, auscultação pulmonar com crepitações bibasais, dessaturação periférica na prova de marcha e alteração ventilatória restritiva com compromisso grave da difusão de monóxido de carbono. TC torácica inicial evidenciava ligeira densificação em vidro despolido dos lobos inferiores e espessamento dos septos interlobulares, com agravamento paulatino imagiológico para maior prevalência do padrão reticular com gradiente crânio-caudal, bronquiectasias de tracção e favo-de-mel. Auto-imunidade e precipitinas aviárias negativas. Lavado bronco-alveolar e biopsias transbrônquicas sem achados relevantes. A doente recusou métodos invasivos de biópsia incluindo criobiópsia pulmonar. A Gastroenterologia determinou mutações nos genes C282Y e H63D compatíveis com hemocromatose hereditária. Evolutivamente, apresentou até à actualidade níveis progressivamente aumentados de transferrina a justificar flebotomias, concomitantemente ao agravamento clínico, funcional e radiológico. Discutido em reunião multidisciplinar o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade (PH) crónica versus pneumonia intersticial não específica fibrótica. Assumiu-se o diagnóstico de PH crónica fibrosante em potencial associação com hemocromatose hereditária. Decidiu-se iniciar terapêutica imunossupressora com corticoterapia e micofenolato de mofetil.

**Discussão:** Os estudos sobre o papel das mutações dos genes da hemocromatose na fibrose pulmonar idiopática demonstram que há acumulação pulmonar desregulada de ferro e produção exagerada de radicais livres de oxigénio, aumentando a suscetibilidade às exposições ambientais e potenciando fibrose pulmonar. Os autores propõem, assim, que a hemocromatose possa ter um papel ainda pouco valorizado como promotor de pneumonias intersticiais progressivamente fibrosantes, nomeadamente na predisposição para pneumonites de hipersensibilidade.

**Palavras-chave:** Hemocromatose. Fibrose pulmonar. Pneumonite de hipersensibilidade. Pneumonia intersticial não específica.

### PO10. TEACHING THE INHALATION TECHNIQUE: CAN WE PREDICT A SUSTAINED IMPROVEMENT IN COPD PATIENTS?

A. Duarte-de-Araújo<sup>1,2,3</sup>, P. Teixeira<sup>1,2</sup>, V. Hespanhol<sup>4,5</sup>, J. Correia-de-Sousa<sup>1,2,6</sup>

<sup>1</sup>Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal. <sup>2</sup>ICVS/3B's, PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal. <sup>3</sup>Respiratory Department, H. S<sup>a</sup> Oliveira, Guimarães, Portugal. <sup>4</sup>Department of Pneumology, Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal. <sup>5</sup>Faculty of Medicine (FMUP), University of Porto, Portugal. <sup>6</sup>Horizonte Family Health Unit, Matosinhos, Portugal.

**Objectives:** In COPD patients, inhalers mishandling remains an important clinical issue. Even after learning a correct inhalation technique, it can deteriorate over time. The aim of this study is to evaluate the inhalers and patient-related characteristics that can predict a sustained improvement of inhalation technique, after a single intervention education.

**Methods:** COPD out-patients diagnosed according to GOLD criteria, were recruited consecutively. In a previous visit, participants were invited to demonstrate the use of their prescribed inhaler devices (ID). For each ID we defined a checklist of steps for a correct inhalation technique and critical errors which are likely to make therapy useless. After this evaluation, demonstrations and training with placebo inhalers were given to participants, until a correct use is achieved. In a second medical visit, 10 to 12 months after the first, a re-evaluation was done by the same healthcare professional using the same check-list. Patients using different ID were excluded. A statistics analysis was then performed.

**Results:** We re-validated 136 out of 319 subjects performing 214 inhalation manoeuvres with 10 different IDs. Misuse due to critical errors were less common in the second visit (29.4%/17.8%). An improvement in the total number of critical errors was observed in 27.9% and a worsening in 9.6% of participants. An association between patients' demographic or clinical characteristics and a decrease of critical errors was not statistically significant. An improvement of inhalation technique was observed in all types of IDs, with statistical significance in sDPI group (p = 0.007). Although some improvement in inhalation technique was observed in pMDI group, its misuse related to inhalation manoeuvre remains the more common reason for any inhaler misuse.

**Conclusions:** An improvement in the efficient use of IDs after a single educational intervention was related to the type of inhaler device but not to patients' demographic or clinical characteristics.

**Key words:** COPD. Inhalation technique. Educational intervention.

### PO11. COPD: CLINICAL RELEVANCE OF THE DEFINITION OF AIR-FLOW LIMITATION

A. Duarte-de-Araújo<sup>1,2,3</sup>, P. Teixeira<sup>1,2</sup>, V. Hespanhol<sup>4,5</sup>, J. Correia-de-Sousa<sup>1,2,6</sup>

<sup>1</sup>Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal. <sup>2</sup>ICVS/3B's, PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal. <sup>3</sup>Respiratory Department, H. S<sup>a</sup> Oliveira, Guimarães, Portugal. <sup>4</sup>Department of Pneumology, Centro Hospitalar de S. João, Porto, Portugal. <sup>5</sup>Faculty of Medicine (FMUP), University of Porto, Portugal. <sup>6</sup>Horizonte Family Health Unit, Matosinhos, Portugal.

**Introduction:** A persistent airflow limitation, defined as a low ratio of FEV1/FVC, is required for the diagnosis of COPD. According to GOLD, a post-bronchodilator FEV1/FVC < 0.70 confirms the presence of airflow limitation. However, there is currently no consensus on the best criteria to be used for the diagnosis of a low FEV1/FVC,

and many authors argued that the use of LLN would reduce overdiagnosis in elderly people.

**Objectives:** To compare the characteristics of COPD patients that meet both criteria defining airflow limitation, FEV1/FVC < 0.70 and < LLN, with those who do not meet the LLN criteria.

**Methods:** COPD out-patients over 40 years and diagnosed according to GOLD criteria were recruited consecutively. Assessment of symptoms was done using the CAT and mMRC questionnaires. Spirometries were performed according to ERS/ATS criteria and referenced according to the Global Lung Function Initiative prediction equations (GLI 2012). The variables under study were age, gender, smoking status, FEV1, symptoms, number of reported acute exacerbations, history of asthma and current heart disease. A statistical analysis was performed, using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0.

**Results:** A total of 303 individuals were included. 46 patients had FEV1/FVC > LLN, were significantly older ( $76.1\% \geq 65$  years,  $p = .001$ ), less actual smokers ( $p = 0.047$ ), and less frequent exacerbators ( $p = 0.023$ ). The mean FEV1% was significantly higher ( $p = 0.000$ ) in this group, and patients were less symptomatic, with lower mMRC grade ( $p = 0.007$ ) and CAT scores ( $p = 0.004$ ). Although they were older, prevalence of current cardiac conditions was similar ( $p = 0.258$ ), but a diagnosis of asthma before 40 years was less referred ( $p = 0.029$ ).

**Conclusions:** This symptomatic group of patients with exposure to relevant risk factors but not meeting the LLN criteria were usually less symptomatic, with less risk to exacerbate and less airflow limitation. They are more likely to have a milder form of COPD.

**Key words:** COPD. Air-flow limitation. Criteria for diagnosis.

## PO12. DETERMINANTES DE REHOSPITALIZAÇÃO POR AGUDIZAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBRSTRUTIVA CRÔNICA

M.B.D. Barata, R. Gomes, T. Martín, H. Grumete

*Hospital Garcia de Orta.*

As hospitalizações por agudização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) podem agravar o prognóstico e afectar a progressão da doença. O objetivo deste trabalho foi identificar os determinantes que levaram à readmissão de doentes com agudização de DPOC. Realizou-se um estudo observacional retrospectivo com os doentes hospitalizados nos anos de 2015 e 2016 na enfermaria de Pneumologia com o diagnóstico de DPOC. Foram comparados 2 grupos: doentes que foram readmitidos até 90 dias após a alta e doentes que não foram reinternados nesse período. Dos 60 doentes incluídos (90% homens, 10% mulheres, com idade média de  $69 \pm 11$  anos), 19 doentes (32%) foram rehospitalizados 90 dias após terem tido alta. As rehospitalizações ocorreram 53% nos primeiros 30 dias, 12% entre o 31º e 60º dia após a alta e 11% entre o 61º e o 90º dia. A média das idades dos doentes readmitidos ( $74 \pm 8$  anos) foi significativamente superior à dos doentes não rehospitalizados ( $67 \pm 11$  anos) ( $p = 0.02$ ). A mediana da duração do primeiro internamento dos doentes readmitidos (20, 4 - 36 dias) foi superior à duração do internamento dos doentes não readmitidos (14, 4 - 24 dias) ( $p = 0.04$ ), tendo sido mais frequente o uso de VNI nos doentes readmitidos (63% vs 17%) ( $p = 0.01$ ). As comorbilidades cardiovasculares foram mais prevalentes na população readmitida, nomeadamente a Cardiopatia isquémica (32% vs 10%) ( $p = 0.03$ ). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nos valores gasimétricos, leucocitose, PCR, VS, Troponina, NT pro BNP. Na nossa amostra, os doentes readmitidos eram mais velhos, tiveram internamentos iniciais mais prolongados e com necessidade de VNI. A prevalência de comorbilidades cardiovasculares, nomeadamente de cardiopatia isquémica foi superior nos doentes rehospitalizados.

**Palavras-chave:** DPOC rehospitalização. Agudização.

## PO13. COMPARAÇÃO DE SCORES DE PROGNÓSTICO EM DOENTES INTERNADOS POR EXACERBAÇÃO AGUDA DE DPOC

R. Pereira, M.J. Araújo, F.L. Aguiar, J.V. Lages, A.L. Vieira, J.F. Cruz

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** Existem scores prognóstico na doença crónica estável, mas existem poucos estudos nas exacerbações agudas de DPOC (EADPOC).

**Objectivos:** Identificar o melhor score de gravidade e prognóstico como preditor de readmissão ou morte sem readmissão aos 90 dias, após internamento por EADPOC.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes internados por EADPOC no serviço de Pneumologia do Hospital de Braga, em 2016. Análises variáveis demográficas, características dos doentes, dados relacionados com o internamento. Scores de gravidade e prognóstico foram calculados para cada doente: CURB-65, LACE, BODEX, CODEX, DECAF modificado e PEARL. Os doentes foram divididos no grupo 1 se readmissão ou morte sem readmissão e no grupo 2 se ausência de readmissão ou morte, aos 90 dias.

**Resultados:** Total de 113 doentes, no grupo 1 incluídos 38 doentes (34%) e no grupo 2 incluídos 75 doentes (66%). Idade média de  $76 \pm 11$  anos, mais de metade ex-fumadores (58%); nº médio do índice de Comorbilidades de Charlson ajustado à idade de 4; valor médio de FEV1 previsto de  $50,18 \pm 25\%$ . Tempo médio de internamento de  $11 \pm 12$  dias, uma taxa de mortalidade hospitalar de 7% ( $n = 8$ ) e a 90 dias de 10% ( $n = 11$ ), sendo a mortalidade aos 90 dias sem readmissão de 5% ( $n = 6$ ). Taxa de readmissão hospitalar aos 90 dias de 28% ( $n = 32$ ). Quando comparados os diferentes scores, verificou-se apenas uma correlação ligeira, mas significativa, entre o score CURB-65 e a readmissão ou morte aos 90 dias ( $p = 0,007$ ,  $r = 0,251$ ). Na comparação da área abaixo da curva ROC (AUROC), as maiores AUROC foram dos scores CURB-65 (0,639) e DECAF (0,619), ambos estatisticamente significativos ( $p = 0,016$  e  $p = 0,04$ , respetivamente).

**Conclusões:** De acordo com os nossos resultados, os scores CURB-65 e DECAF foram superiores na identificação dos doentes com alto risco de morte ou readmissão, aos 90 dias, após internamento por EADPOC.

**Palavras-chave:** Exacerbação aguda DPOC. Internamento hospitalar. Scores gravidade e prognóstico.

## PO14. RISCO PREDITIVO DE READMISSÃO HOSPITALAR OU MORTE AOS 90 DIAS APÓS INTERNAMENTO POR EXACERBAÇÃO AGUDA DPOC: PAPEL DOS SCORES LACE E CURB-65

R. Pereira, M.J. Araújo, F.L. Aguiar, J.V. Lages, A.L. Vieira, J.F. Cruz

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** Um em cada três pacientes hospitalizados devido a exacerbação aguda de DPOC (EADPOC) é readmitido dentro de 90 dias.

**Objectivos:** Comparar 2 scores prognóstico LACE e CURB-65 como preditores de readmissão ou morte sem readmissão, aos 90 dias, após internamento por EADPOC.

**Métodos:** Estudo comparativo entre doentes readmitidos ou morte sem readmissão (grupo 1) e doentes não readmitidos ou ausência de morte (grupo 2), aos 90 dias, nos doentes internados por EADPOC em 2016, no Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga. Análises variáveis demográficas, características dos doentes, dados relacionados com o internamento. Calculados e comparados os scores de gravidade e prognóstico CURB-65 e LACE, entre os dois grupos.

**Resultados:** Total de 113 doentes incluídos, 68% ( $n = 77$ ) do sexo masculino, idade média de  $76 \pm 11$  anos, a maioria com história de

hábitos tabágicos (83,7%). Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre os dois grupos, nas seguintes variáveis: presença de internamento nos últimos 3 meses ( $p = 0,0041$ ), no último ano ( $p = 0,001$ ) e presença de exacerbações prévias ( $p = 0,025$ ). A presença do parâmetro confusão na admissão hospitalar, parece ser o melhor parâmetro clínico de gravidade e prognóstico do *score* CURB-65 ( $p = 0,032$ ), enquanto que o parâmetro nº exacerbações do *score* LACE foi o melhor preditor ( $p = 0,003$ ) de reinternamento ou morte sem readmissão aos 90 dias. Quando comparados os dois *scores*, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre risco de readmissão ou morte, aos 90 dias, e o *score* CURB-65 ( $p = 0,009$ ; OR = 2,102). O *score* CURB-65 apresentou uma maior área sobre a curva (0,639), com sensibilidade de 97,1% e especificidade 89,3%, estatisticamente significativa  $p = 0,016$ .

**Conclusões:** O *score* CURB-65 poderá ser um bom *score* de gravidade e prognóstico realizado, desde admissão hospitalar, nos doentes internados por EADPOC, permitindo a estratificação de acordo com o risco de readmissão, bem como o planeamento pós-alta destes doentes.

**Palavras-chave:** readmissão hospitalar. DPOC agudizada. Score CURB-65 e LACE.

### PO15. USO DE BENZODIAZEPINAS NO DOENTES COM DPOC E INSÔNIA - É SEGURO?

L.M. Santos<sup>1</sup>, J.V. Silva<sup>2</sup>, C.C. Loureiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>2</sup>Serviço de Psiquiatria, Hospital de Magalhães Lemos, Porto.

**Objectivos:** Analisar o efeito do uso de benzodiazepinas nos doentes com DPOC e insónia, com enfoque no consumo de cuidados de saúde (idas ao serviço de urgência (SU); internamentos) e mortalidade.

**Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo dos doentes internados por exacerbação de DPOC durante o ano de 2016, no Serviço de Pneumologia A do CHUC. Os dados clínicos foram registados numa base de dados e tratados pelos métodos estatísticos apropriados.

**Resultados:** Ocorreram 70 internamentos, com duração média de 10 dias (DP = 4,8). Os doentes internados tinham, em média, 77 anos (DP = 11), 77,1% do género masculino, 84,3% com exposição tabágica. A maioria (64,3%) eram GOLD C ou D, 30% encontrava-se medicado com LABA/LAMA, 68,6% com LAMA+LABA, 27,1% com corticoterapia inalada e 60% com aminofilina oral. No ano prévio ao internamento tiveram, em média, 3 episódios de SU e 1 internamento por exacerbação da DPOC. A mortalidade observada aos 30 dias, 6 meses e 1 ano foi de 17,1%, 27,1% e 35,7%, respectivamente. A prevalência de insónia foi de 48,6%, com 85,3% destes doentes medicados com benzodiazepinas. As benzodiazepinas mais frequentemente prescritas foram o lorazepam (26,8%) e o oxazepam (23,5%). Os doentes com insónia medicados com benzodiazepinas não mostraram diferença estatisticamente significativa no que respeita à gravidade da DPOC ou ao grau de terapêutica respiratória, relativamente aos restantes doentes com DPOC estudados. O mesmo se verificou na prevalência de idas ao SU, internamentos ou mortalidade. No entanto, verificou-se maior média de dias de internamento (12 vs 9) que foi estatisticamente significativa ( $p = 0,045$ ).

**Conclusões:** A prevalência da insónia nestes doentes foi superior à da população em geral (20,3%), podendo ser atribuída à medicação respiratória crónica, sintomas nocturnos respiratórios e comorbilidades associadas. A maioria desses doentes estava medicada com benzodiazepinas apresentando diferença significativa na média de dias de internamento relativamente aos outros doentes com DPOC internados.

**Palavras-chave:** DPOC. Insónia. Benzodiazepinas. Exacerbação. Internamento. Mortalidade.

### PO16. UM CASO INCOMUM DE ASPERGIOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA NUM DOENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

V. Clérigo, L. Fernandes, C. Gomes, C. Bárbara

*Pneumologia - Departamento de Tórax, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) é largamente conhecida associada a patologia crónica, nomeadamente asma brônquica e fibrose quística. Todavia, verifica-se um aumento de relatos de caso na literatura da associação da ABPA com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), com fisiopatologia e critérios diagnósticos específicos, ainda pouco definidos, neste contexto preciso de patologia respiratória crónica. O objetivo deste caso foi alertar para a desafiante abordagem diagnóstica e terapêutica neste grupo particular de doentes.

**Caso clínico:** Os autores relatam o caso de um doente de 83 anos de idade, diagnosticado com DPOC tabágica GOLD D, com exacerbações agudas infecciosas frequentes, que resolviam parcialmente com instituição de antibioterapia empírica ou dirigida, segundo teste de sensibilidade antibiótica, associada a restante terapêutica de suporte. Adicionalmente, aos diagnósticos previamente conhecidos e na sequência da investigação etiológica das exacerbações agudas infecciosas da DPOC assume-se o diagnóstico de ABPA. Tratava-se de doente com testes cutâneos positivo para *A. fumigatus*, IgE total elevada e IgE específica para *Aspergillus* spp positiva. A tomografia computadorizada torácica revelava enfisema centrilobular e panacinar associado a bronquiectasias centrais. O doente preenchia os critérios diagnósticos mínimos para o diagnóstico de ABPA, com a exceção da presença de asma brônquica ou FQ. Todavia, e na sequência de investigação realizada, o doente foi igualmente diagnosticado com adenocarcinoma gástrico estágio IIIA da classificação TNM. O desafio terapêutico tornou-se evidente neste doente com comorbilidade oncológica ativa e com possibilidade de tratamento curativo, pelo que atendendo à maior estabilidade da doença respiratória crónica decidiu-se em Reunião Multidisciplinar iniciar primeiramente quimioterapia neoadjuvante com vigilância clínica regular e ponderar posteriormente tratamento da ABPA.

**Discussão:** A ocorrência de ABPA em doentes com DPOC exhibe um padrão específico e deve ser considerado em doentes com exacerbações recorrentes, constituindo um desafio diagnóstico e terapêutico sobretudo nos doentes mais idosos com multimorbilidade associada.

**Palavras-chave:** ABPA. DPOC. Abordagem.

### PO17. ENFISEMA PULMONAR EM CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: AVALIAÇÃO DE 20 MESES DE TRATAMENTO DE REPOSIÇÃO

M.E. Brandão, J. Silva, B. Conde, A. Fernandes

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

**Introdução:** O tratamento de reposição de alfa-1 antitripsina (AAT) é recomendado pelas diversas sociedades científicas, tendo benefício demonstrado em doentes adultos com deficiência grave de AAT e obstrução das vias aéreas atribuível a enfisema pulmonar.

**Caso clínico:** Criança de 15 anos, sexo masculino, com o diagnóstico de deficiência grave de AAT desde os 9 meses de vida (genótipo ZPI; doseamento inicial de AAT = 50 mg/dL). Aos 10 anos, foi referenciado à Pneumologia, por dispneia para esforços, tosse produtiva diária e atingimento do estado geral (IMC 12). O estudo funcional respiratório evidenciava obstrução ligeira (VEMS1 1,42 L/71,3% prev) com prova de broncodilatação negativa. A tomografia computadorizada (TC) torácica documentava enfisema panlobular e bronquiectasias de predomínio nos lobos inferiores. Em reavaliação clínica e funcional um ano após início da terapêutica broncodilatadora, o doente mantinha-se sintomático, com obstrução fixa das vias aéreas (VEMS1



1,82 L/77,7% prev) e air trapping (VR 1,60 L/181,8% prev). Após discussão multidisciplinar, dada a gravidade da doença e o risco de progressão, na ausência de alternativas terapêuticas, foi decidido tratamento de reposição de AAT que iniciou em Abril de 2016. Até ao momento realizou 90 infusões, na dose de 60 mg/Kg/semana, sem intercorrências. Do ponto de vista clínico, observou-se melhora sintomática, boa evolução ponderal (IMC 19) e ausência de internamentos ou utilização do serviço de urgência no último ano. A reavaliação aos 18 meses de tratamento mostrou VEMS1 mantido (2,28 L/77,8% prev), diminuição do *air trapping* (VR 1,73 L/168,9% prev) e estabilidade do enfisema pulmonar em TC de alta resolução. **Discussão:** Os autores relatam o segundo caso descrito na literatura de tratamento de reposição de ATT em idade pediátrica. Durante 20 meses de tratamento, observou-se bom perfil de segurança, eficácia bioquímica e benefício clínico com estabilidade da função pulmonar e do enfisema. Com base neste resultado favorável, sugere-se a inclusão de indivíduos com deficiência grave de AAT independentemente da idade, em futuros estudos de avaliação de eficácia terapêutica da reposição de AAT.

**Palavras-chave:** Deficiência de alfa-1 antitripsina. Enfisema pulmonar. Pediatria. Tratamento de reposição.

#### PO18. PNEUMONIA EM DOENTES COM DPOC, UM ESTUDO RETROSPECTIVO NO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

I.S. Pereira, A. Alves, E. Silva, C. Ribeiro, T. Shiang, M. Vanzeller

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A pneumonia é uma causa importante de internamento e de morbimortalidade em doentes com DPOC.

**Objectivos:** Caracterizar e determinar a mortalidade dos doentes internados com DPOC e pneumonia no Serviço de Pneumologia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com base na consulta do histórico clínico dos doentes internados com DPOC e pneumonia, no ano 2016.

**Resultados:** Foram registados 70 internamentos. A caracterização dos doentes é dada na tabela 1 e os dados relativos aos internamentos na tabela 2. Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa da mortalidade intra-hospitalar com o menor grau de autonomia e com a realização de  $\geq 2$  esquemas de antibioterapia.

Tabela 1. Caracterização dos doentes

Caraterísticas	Resultados
Sexo masculino (%)	84,3%
Idade (média)	73
Comorbilidades (%)	
HTA	47,1%
Bronquiectasias	35,7%
Insuficiência cardíaca	32,9%
Dislipidemia	22,9%
DM	18,6%
Arritmia	18,6%
Neoplasia pulmonar	11,4%
Depressão	10%
SAOS	8,6%
Mais de 3 comorbilidades (%)	51,4%
Autonomia (%)	
Independentes	65,7%
Parcialmente dependentes	27,1%
Totalmente dependentes	7,1%
FEV1 (% média)	50% $\pm$ 17%
FEV1 (valor absoluto, média)	1.198 $\pm$ 545 ml
Corticoterapia inalada	75,7%
Internamento no ano anterior	50%

Tabela 2. Caracterização do internamento

Caraterísticas	Resultados
Duração (mediana)	11 dias
Tipo de pneumonia (%)	
Adquirida na comunidade	62,9%
Nosocomial	37,1%
Nº esquemas antibioterapia (média)	1,3
Duração antibioterapia (mediana)	9,5 dias
Utilização de vni	20%
Isolamento microbiológico (%)	21,4%
<i>P. aeruginosa</i>	33% (n = 5)
<i>S. pneumoniae</i>	20% (n = 3)
<i>H. influenzae</i>	20% (n = 3)
Mortalidade intra-hospitalar	14,3%

**Conclusões:** A mortalidade neste grupo de doentes foi inferior à mortalidade nacional por pneumonia, sendo significativamente maior nos doentes com menor grau de autonomia e em doentes com maior número de esquemas de antibióticos. Não foi possível estabelecer preditores de mortalidade dado o pequeno tamanho amostral.

**Palavras-chave:** DPOC. Pneumonia.

#### PO19. ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO-IMUNE SECUNDÁRIA A NIVOLUMAB

C. Sousa<sup>1</sup>, E. Teixeira<sup>2</sup>, M. do Carmo Gouveia<sup>2</sup>, D. Hasmucrai<sup>2</sup>, A.S. Vilarça<sup>2</sup>, P. Alves<sup>2</sup>, R. Sotto-Mayor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** O nivolumab foi aprovado no carcinoma do pulmão não pequenas células metastático em progressão pós quimioterapia, sendo a anemia hemolítica auto-imune (AHAI) recentemente reconhecida como um efeito adverso raro desta terapêutica.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 63 anos, não fumadora, com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão estágio IV (T2aN2M1a) com metastização pleural e pulmonar, em Setembro de 2015. Iniciou terapêutica de 1ª linha com cisplatina-pemetrexedo, completando 6 ciclos em Janeiro de 2016, num centro hospitalar de Lisboa, sem toxicidade relevante e com resposta parcial. Em Março de 2017, por progressão de doença, foi avaliada no CHLN, efectuado estudo mutacional EGFR e ALK negativo, expressão de PD-L1 > 50%, motivo pelo qual iniciou 2ª linha com nivolumab 3 mg/Kg de 2-2 semanas. Após 3º ciclo de nivolumab, recorreu ao serviço de urgência com quadro de fadiga e astenia com 1 semana de evolução, sem outras queixas. Exame objectivo sem alterações. Analiticamente apresentava hemoglobina 7,6 mg/dl, lactato desidrogenase 294 U/L (referência: 100-250 U/L), bilirrubina total de 1,35 mg/dl (referência: < 1,2 mg/dl) e bilirrubina directa de 0,4 mg/dl (referência: < 0,2 mg/dl). O teste de coombs directo foi positivo para anti-IgG, anti-IgM e anti-complemento 3d; negativo para Anti-IgA. A doente foi diagnosticada com AHAI, tendo iniciado pulsos de metilprednisolona 1.000 mg endovenoso seguido de prednisolona 1 mg/Kg/dia oral, com desmame lento em 10 semanas por manter anticorpos anti-IgM e anti-IgG fortemente positivos. Dada relação com início de nivolumab e ausência de outros factores causais, o mesmo foi suspenso, não tendo sido reiniciado por manter o mesmo perfil de anticorpos e anemia grau 2, com elevado risco de recorrência.

**Discussão:** A imunoterapia está em crescente utilização no cancro do pulmão. É importante reconhecer os seus efeitos adversos, nomeadamente auto-ímmunes, e saber como abordá-los correctamente, uma vez que frequentemente implicam a suspensão do fármaco, vigilância da evolução da doença e discussão da sua reintrodução.

**Palavras-chave:** Nivolumab. Anemia hemolítica auto-imune.

## PO20. DIAGNÓSTICO SÍNCRONO DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO E TUBERCULOSE

M. Pereira, A. Lopes, C. Gomes, L. Carvalho, C. Bárbara

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso clínico de um doente do género masculino, com 45 anos, natural e residente na Guiné, com hábitos tabágicos (carga tabágica 25 UMA), sem antecedentes pessoais de relevo. Foi transferido para Portugal e recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria por quadro com 8 meses de evolução caracterizado por tosse com expectoração mucopurulenta, febre associada e toralgia posterior, assim como astenia, anorexia e perda ponderal de cerca de 20 kg. Ficou internado no Serviço de Pneumologia para estudo etiológico. Dos exames complementares de diagnóstico efectuados destaca-se ligeiro aumento da Proteína C reactiva e na radiografia do tórax hipodensidade nos 2/3 superiores do campo pulmonar direito e infiltrado no 1/3 superior do campo pulmonar esquerdo. Sem insuficiência respiratória na avaliação por gasimetria. Efetuou TC-tórax que revelou massa expansiva no lobo superior direito e consolidação pulmonar com broncograma aéreo no segmento apico-posterior do lobo superior esquerdo. O doente foi submetido a broncofibroscopia e a biópsia pulmonar realizada à direita veio a revelar o diagnóstico de adenocarcinoma primitivo do pulmão, negativo para PD-L1. O lavado broncoalveolar, colhido à esquerda, foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. A pesquisa de micobactérias no exame bacteriológico da expectoração veio a revelar-se também positiva para *Mycobacterium tuberculosis* multissensível e negativo para pesquisa de mutações para resistência de anti-bacilares. No sentido de fazer estadiamento efectuou TC-abdomino-pélvico que não revelou imagens sugestivas de metastização. Iniciou terapêutica com isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida e radioterapia torácica paliativa. Portanto, obteve-se o diagnóstico síncrono de Tuberculose e Adenocarcinoma do pulmão com o estadiamento cT4 cN2 cM1.

**Discussão:** Este caso permite alertar para a possibilidade de diagnósticos síncronos que podem aumentar a sua complexidade e morbidade e que devem ser sempre considerados, apesar da sua baixa frequência.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma. Pulmão. Tuberculose.

## PO21. ADENOCARCINOMA METASTÁTICO E LINFOMA LINFOCÍTICO CONCOMITANTES

F.R. Fernandes<sup>1</sup>, J. Dionísio<sup>2</sup>, A. Szantho<sup>2</sup>, D. da Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda.* <sup>2</sup>*Serviço de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.*

**Introdução:** Casos de linfoma e carcinoma metastático concomitantes, no mesmo nódulo linfático, são uma ocorrência rara, existindo poucos casos descritos na literatura.

**Caso clínico:** Doente do género feminino, com 50 anos, fumadora de 35 UMA e com antecedentes pessoais de linfoma linfoplasmocítico em remissão há vários anos, inicia quadro de astenia e sudorese com cerca de um mês de evolução. Referia ainda aparecimento, nos últimos dias, de massa cervical de consistência dura. Foi submetida a citologia aspirativa com agulha fina da massa cervical, que revelou apenas material necrótico. A tomografia computadorizada de tórax revelou nódulo pulmonar periférico, de 30 × 20 mm, localizado no lobo superior do pulmão direito, associado a múltiplas adenopatias mediastínicas. Foi realizado EBUS (*Endobronchial Ultrasound*) que permitiu identificação e punção aspirativa transbrônquica (TBNA) de adenopatias mediastínicas dos grupos 4L, 4R, 7 e 11R. O EBUS-TBNA nas estações 4L, 4R, 7 e 11R foi consistente com linfoma linfocítico confirmado por citometria de fluxo. Contudo, nas estações 4R e 11R, foi simultaneamente documentada infiltra-

ção do nódulo linfático por adenocarcinoma metastático TTF1+, compatível com origem pulmonar. Conclusões: Apesar de descritos na literatura casos de carcinoma de múltiplas origens associados a linfoma (prévio ou concomitante), a metastização de adenocarcinoma do pulmão, em nódulos linfáticos com linfoma, constitui uma situação rara. Parece ser plausível que a imunossupressão crónica secundária ao linfoma e o tratamento com citostáticos, constituam factores de risco para o desenvolvimento de múltiplos tumores primários.

**Discussão:** Este caso pretende evidenciar que o aumento de dimensão de gânglios linfáticos em doente com história prévia de linfoma nem sempre significa recidiva da doença, devendo proceder-se a uma marcha diagnóstica completa, de forma a investigar outras hipóteses de diagnóstico.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma do pulmão. Linfoma. Tumores síncronos.

## PO22. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO COM MUTAÇÃO BRAF-V600E DETETADA POR NGS (NEXT GENERATION SEQUENCING) - UMA NOVA OPORTUNIDADE TERAPÉUTICA

M. Jacob<sup>1</sup>, R. Paupério<sup>1</sup>, J.L. Costa<sup>2</sup>, J. Reis<sup>2</sup>, M.J. Pina<sup>2</sup>, H. Queiroga<sup>1,3</sup>, C.S. Moura<sup>4</sup>, J.C. Machado<sup>2</sup>, V. Hespanhol<sup>1,3</sup>, G. Fernandes<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto.* <sup>2</sup>*IS/ IPATIMUP-Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto.* <sup>3</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.* <sup>4</sup>*Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de São João EPE, Porto.*

**Introdução:** As mutações do BRAF ocorrem em cerca de 3% dos carcinomas de células não pequenas do pulmão (CPNPC) e a V600E representa 50% destas. Atualmente, a deteção da mutação BRAF-V600E é clinicamente relevante pois a inibição com fármacos específicos demonstrou superioridade relativamente à quimioterapia (QT) convencional.

**Casos clínicos:** Os autores descrevem 3 casos clínicos com identificação da mutação BRAF-V600E por NGS (Ion Torrent PGM), destacando as respetivas opções terapêuticas. Caso 1: doente do sexo masculino, 65 anos, não fumador, com adenocarcinoma TTF1+, em estágio IV, por derrame pleural, com estabilidade da doença após 2 linhas de QT. Foi identificada a mutação BRAF-V600E na amostra tumoral inicial. Dada a estabilidade da doença, não foi ainda iniciada terapêutica molecular dirigida. Caso 2: doente do sexo feminino, 58 anos, não fumadora, com adenocarcinoma TTF1+ com metastização multiorgânica (óssea, tireoide e pulmonar). Confirmada metastização leptomeníngea por punção lombar, após 4 ciclos de QT. Por identificação da mutação BRAF-V600E na amostra tumoral inicial e ADN tumoral circulante, efectuou tratamento *off-label* com Vemurafenib 960 mg q12h, com resposta parcial durante 9 meses e sobrevivência global de 12 meses. Caso 3: doente do sexo masculino, 58 anos, ex-fumador, diagnosticado adenocarcinoma TTF1+ avançado (metastização óssea difusa e linfângite carcinomatosa). Realizou QT com resposta parcial, seguida de manutenção. Progrediu com metastização cerebral e hepática. Por identificação da mutação BRAF-V600E na amostra tumoral inicial, iniciou tratamento *off-label* combinado de dabrafenib 150 mg q12h com trametinib 2mg q24h, com franca melhoria do estado geral e da clínica neurológica.

**Discussão:** Realçamos a necessidade de usar uma estratégia de diagnóstico multiplex para deteção de mutações em doentes com CPNPC avançado. A aplicação de NGS, na amostra tumoral e/ou no ADN plasmático circulante permitiu detetar a mutação BRAF-V600E e o uso de terapêuticas alvo com alta eficácia, como o vemurafenib e dabrafenib + trametinib.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma do pulmão. Mutações BRAF. BRAF-V600E.



### PO23. LINFOMA MALT PRIMÁRIO DO PULMÃO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO NÓDULO PULMONAR

F.V. Machado, C. Damas

*Centro Hospitalar São João.*

**Introdução:** O linfoma MALT (*Mucosa-Associated Lymphoid Tissue*) é um linfoma extranodal de baixo grau das células B. Apesar de ser o subtipo mais frequente de linfomas primários do pulmão, o linfoma MALT é uma entidade rara, responsável por menos de 0,5% das neoplasias malignas do pulmão. O diagnóstico é mais frequente na sexta década de vida e a apresentação clínica variável, com uma grande parte dos doentes a manter-se assintomático.

**Caso clínico:** Mulher de 53 anos, ex-fumadora desde há 15 anos (8 UMA), com antecedentes de colite ulcerosa, actualmente sem qualquer medicação. No contexto de preparação para colonoscopia realizou uma radiografia torácica que revelou um nódulo no pulmão esquerdo, que motivou encaminhamento para consulta de Pneumologia. Realizou TC torácico e PET, que revelaram uma área de densificação paramediastínica na vertente medial do segmento lingular do pulmão esquerdo, predominantemente em vidro despolido com hipercaptação de 18F-FDG (SUVmax = 5,1). Realizou biópsia aspirativa transtorácica guiada por TC desta lesão, que foi inconclusiva (suspeita de linfoma B de baixo grau), pelo que foi submetida a ressecção toracoscópica *single-port* da língula, cuja histologia confirmou a presença de linfoma não Hodgkin B do tipo MALT. A doente manteve-se assintomática, sem alterações analíticas e com exame físico normal, pelo que foi admitido o diagnóstico de linfoma MALT primário do pulmão, estágio IV-A. Por não ter critérios de grande carga tumoral nem sintomas associados foi decidido em reunião de grupo multidisciplinar manter apenas vigilância clínica. Apesar de ser um diagnóstico raro, o linfoma primário do Pulmão pode ser considerado no diagnóstico diferencial do nódulo pulmonar em estudo.

**Discussão:** Dado o largo espectro de manifestações pulmonares da doença inflamatória intestinal e a sua conhecida associação com o linfoma MALT gastro-intestinal, é também de considerar uma possível associação entre o linfoma MALT primário do pulmão e a Colite Ulcerosa por mecanismos semelhantes.

**Palavras-chave:** *Nódulo pulmonar. Linfoma MALT.*

### PO24. RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO COM TKI NA FORMA DE CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUENAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R. Boaventura<sup>1</sup>, M. Jacob<sup>1</sup>, V. Cardoso<sup>1</sup>, C.S. Moura<sup>1</sup>, M. Marques<sup>1</sup>, H. Queiroga<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar São João.* <sup>2</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.*

**Introdução:** A resistência adquirida de adenocarcinomas com mutação EGFR aos inibidores desta tirosina cinase (TKI), na forma de carcinoma pulmonar de células pequenas (CPCP), tem vindo a ser alvo de estudo, com algumas séries de casos reportadas.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de uma mulher de 47 anos, com antecedentes de tuberculose pulmonar e não fumadora. Durante o estudo de queixas constitucionais e hemoptises foi-lhe diagnosticado um adenocarcinoma pulmonar estágio IV (metastização óssea e supra-renal), com mutação do EGFR (exão 19). Foi realizado tratamento com gefitinib e, posteriormente, radioterapia (RT) óssea, com boa resposta clínica e radiológica. Após cerca de 13 meses de tratamento a doente apresentou metastização cerebral, pela qual realizou RT (sem progressão da doença torácica). Após cerca de 24 meses, apresentou progressão da doença pulmonar e cerebral, tendo realizado nova biópsia pulmonar que revelou CPCP combinado com adenocarcinoma. A doente foi proposta para trata-

mento de CPCP. Entretanto, verificou-se degradação do estado neurológico, com necessidade de internamento para controlo sintomático.

**Discussão:** No caso apresentado, a doença torácica praticamente inexistente e evolução desfavorável essencialmente circunscrita ao sistema nervoso central, dificultou a possibilidade de realização de nova biópsia precocemente. Os autores pretendem realçar a existência de formas de resistência raras aos TKI, com o aparecimento de outro tipo histológico em doentes sob tratamento. Discute-se o papel de nova biópsia precoce em situações de progressão, nos doentes sob tratamento. De notar que se tratou do primeiro caso comprovado histologicamente, na experiência de um hospital central.

**Palavras-chave:** *EGFR. Resistência. carcinoma pulmonar células pequenas.*

### PO25. SÍNDROME MIASTÉNICO COM PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE CARCINOMA PULMONAR

M.I. Costa<sup>1</sup>, V. Oliveira<sup>2</sup>, H. Bastos<sup>3,4,5</sup>, J. Gomes<sup>1</sup>, J.P. Braga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia;* <sup>2</sup>*Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar do Porto.* <sup>3</sup>*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João.* <sup>4</sup>*Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho.* <sup>5</sup>*ICVS/3B's-PT Government Associate Laboratory.*

**Introdução:** A síndrome miasténica de Lambert-Eaton (LEMS) resulta numa anomalia na junção neuromuscular conduzindo a fraqueza muscular proximal. Apesar de rara, cerca de 50% dos casos associam-se a malignidade, nomeadamente ao carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC).

**Caso clínico:** Homem de 64 anos, admitido na urgência de Neurologia por clínica lentamente progressiva de tetraparesia proximal ascendente, paresia facial, disfagia, diplopia e sinais de disautonomia. Estudo inicial excluiu lesão vascular aguda ou infeção. Eletromiografia documentou disfunção da placa neuromuscular com incremento no teste de estimulação repetitiva a altas frequências, compatível com a hipótese de LEMS. Rápido agravamento com necessidade de escalada de cuidados e ventilação invasiva prolongada conduzindo a traqueostomia. Intercorrências infecciosas associadas a cuidados de saúde a justificar ciclos longos de antibioterapia de largo espectro. Estudo imunológico da admissão a identificar positividade para os anticorpos SOx-1 e ZIC4, achados altamente sugestivos de síndrome paraneoplásica. TC de tórax revelou apenas duas adenopatias paratraqueal e hilar esquerda de 17 e 27 mm respetivamente. Broncofibroscopia a mostrar secreções mucopurulentas espessas e estenose atribuível a compressão extrínseca por adenopatia 4L. Punção da lesão com anatomia patológica sem evidência de malignidade. PET scan com hipermetabolismo de etiologia incerta nas adenopatias acima citadas. EBUS-TBNA do gânglio 4L com citologia compatível com CPPC. Melhoria do quadro neurológico após plasmaferese, fampridina e corticoterapia, permitindo descanulação, mantendo suporte ventilatório não invasivo durante o período noturno. Evolução favorável permitindo a alta. Orientado para consulta de oncologia e iniciada quimioterapia com carboplatina e etoposídeo.

**Discussão:** O CPPC representa uma variante histológica menos frequente que tem um comportamento agressivo com rápida metastização. Associa-se frequentemente a síndromes paraneoplásicas, por vezes raras, que podem ser a primeira manifestação da doença. Uma alta suspeita clínica, rápida abordagem diagnóstica e início célere de terapêutica são fundamentais para um melhor resultado clínico e melhoria da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** *Carcinoma pulmonar de pequenas células. Síndrome miasténico. Síndrome de Lambert-Eaton.*

## PO26. IMUNOTERAPIA NO CANCRO DO PULMÃO: RESPOSTA IMUNE POTENCIADA PELA RADIOTERAPIA?

D. Machado, F. Lima, S. Conde, S. Campinha, A. Barroso

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** A combinação da imunoterapia com outros tratamentos no cancro é uma área em estudo. A radioterapia (RT) como agente potenciador da resposta à imunoterapia no cancro do pulmão está a ser alvo de ensaio clínico atualmente. Apresenta-se um caso no qual se observou uma resposta inesperada à imunoterapia após RT paliativa para controlo de dor.

**Caso clínico:** Homem, 73 anos, com diagnóstico em 04-2016 de adenocarcinoma do pulmão estágio IVA (T3NxM1a). EGFR e ALK negativos. Expressão de PD-L1: 0%. Iniciou quimioterapia com carboplatina e pemetrexed com remissão parcial. Manteve pemetrexed em manutenção até 08-2017 (17 ciclos), altura em que se verificou progressão locorregional da doença com aumento da lesão no lobo superior esquerdo (LSE) que infiltrava a parede torácica. Iniciou nivolumab em 2ª linha, tendo-se observado ao fim de 3 ciclos aumento da referida lesão infiltrativa e aparecimento de um novo nódulo no mesmo lobo. Perante a possibilidade de pseudo-progressão realizou mais 2 ciclos com nova reavaliação imagiológica, observando-se redução dimensional do novo nódulo e estabilidade das restantes alterações (11-2017), pelo que manteve imunoterapia. Por dor torácica esquerda não controlada com medicação antálgica o doente realizou em 12-2017 radioterapia paliativa do tórax (3DRT, 20 Gy, 5 Fr), com melhoria marcada das queixas algícas. Após 3 semanas efetuou radiografia do tórax por quadro de infeção respiratória, tendo-se constado franca redução dimensional da massa do LSE.

**Discussão:** Apesar da resposta observada se poder dever exclusivamente à imunoterapia, a estreita relação temporal com a RT e a magnitude da resposta levam a considerar que a RT teve um papel preponderante na inesperada resposta tumoral à imunoterapia. Este caso reforça a suspeita de um sinergismo resultante da associação destes dois tratamentos. Apenas os estudos a decorrer poderão esclarecer qual o papel desta combinação e quais os doentes que desta beneficiarão.

**Palavras-chave:** Imunoterapia. Radioterapia. Cancro do pulmão.

## PO27. RESPOSTA SUSTENTADA AO PEMBROLIZUMAB NO CARCINOMA PULMONAR DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS AVANÇADO: CASO CLÍNICO

N. Caires<sup>1</sup>, D. Hasmucrai<sup>2</sup>, E. Teixeira<sup>2</sup>, A.S. Vilariça<sup>2</sup>, P. Alves<sup>2</sup>, R. Sotto-Mayor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Lisboa Central, NOVA Medical School.* <sup>2</sup>*Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A terapêutica com inibidores de checkpoint imunológicos tem demonstrado benefícios significativos no carcinoma pulmonar de não pequenas células (CPNPC) avançado.

**Caso clínico:** Homem de 60 anos, fumador de 80 UMA, com o diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar noutra instituição hospitalar (dezembro de 2013). Ao final de dois meses de antibióticos, por ausência de melhoria clínica e radiológica, realizou broncofibroscopia (abril de 2014) com evidência de oclusão do brônquio lobar superior esquerdo. As biópsias brônquicas foram compatíveis com carcinoma pavimento-celular do pulmão. Os achados tomográficos foram confrontados com os da PET-TC e estadiado em IIIB (T4N3M0) por lesões nos lobos superior e inferior esquerdos, massa hilar esquerda sem plano de clivagem com a aorta e o esófago e gânglios supra-claviculares direitos. Tratava-se de um doente com ECOG PS de 1 e sem comorbilidades significativas, pelo que foi proposto para quimioterapia e radioterapia sequencial. Após três

ciclos de vinorelbina e cisplatina verificou-se progressão de doença com aparecimento de micronódulos pulmonares contralaterais. Foi incluído num ensaio clínico e após positividade para PD-L1 iniciou pembrolizumab (setembro de 2014). Ao final de três ciclos apresentava resposta parcial com desaparecimento dos micronódulos à direita e diminuição das restantes lesões. Manteve resposta parcial sustentada, tendo suspenso o pembrolizumab após 35 ciclos de terapêutica por obrigatoriedade do protocolo do ensaio clínico (setembro de 2016). Verificou-se melhoria do estado geral, da qualidade de vida e não se registaram efeitos adversos da imunoterapia. Actualmente, o doente encontra-se sem terapêutica há cerca de 15 meses, sem queixas e sem evidência de progressão de doença. **Discussão:** O PD-L1 é expresso num número significativo de CPNPC, sendo um biomarcador de resposta à imunoterapia. Através da estimulação do sistema imunitário, esta terapêutica é capaz de alcançar uma resposta anti-tumoral prolongada e como no caso apresentado, pode manter-se mesmo após a sua suspensão.

**Palavras-chave:** Imunoterapia. Carcinoma pulmonar não pequenas células.

## PO28. CANCRO DO PULMÃO METASTIZADO - POSSIBILIDADES INFINITAS

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

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

**Introdução:** Actualmente, e apesar da progressão na sequenciação do genoma do cancro do pulmão, o conhecimento científico encontra-se ainda limitado no que diz respeito à compreensão da epidemiologia da metastização. Frequentemente metastiza para o pulmão, osso, cérebro, fígado e glândulas supra-renais, podendo, no entanto, metastizar para todo o organismo.

**Casos clínicos:** Apresenta-se uma série de casos clínicos, cuja metastização atípica consideramos digna de relevo. 1) Mulher, 48 anos, fumadora, carcinoma do pulmão de pequenas células (CPPC) (lobo inferior direito). PET-TC com hipermetabolismo focal suspeito na mama esquerda. Biopsia: metástase de CPPC. 2) Mulher, 65 anos, fumadora, adenocarcinoma do pulmão (massa do lobo superior esquerdo), estágio IV - metastização óssea. Quimioterapia com carboplatino e pemetrexed com boa resposta. Manutenção com pemetrexed. Quadro de náuseas, vômitos e diplopia, motivando realização de TC-CE: Lesão expansiva centrada ao músculo recto interno direito - depósito secundário muscular. 3) Homem, 68 anos, ex-fumador, prostatectomia radical por adenocarcinoma da próstata. Pós operatório complicado de tromboembolismo pulmonar bilateral, avaliado por TC e com visualização de nódulo pulmonar. Anatomia patológica da peça cirúrgica com células positivas para adenocarcinoma da próstata e metástases de adenocarcinoma de origem pulmonar. 4) Mulher, 50 anos, fumadora, carcinoma epidermóide do pulmão (lobo superior direito) estágio IV por metastização cerebral. QT de primeira linha. Intercorrência: infeção respiratória. Progressão com aparecimento de metástases nos glúteos, parede da vagina (entre outras). 5) Homem, 69 anos, fumador, CPPC estágio III-a (T4N0M0), cumpriu quimio/radio concomitante, com boa resposta. Por odinofagia, realiza TC-faringe visualizando-se lesão com 25 mm de diâmetro na amígdala direita. Resultado anatomicopatológico: metástase de carcinoma de pequenas células. 6) Mulher, 58 anos, fumadora, adenocarcinoma do pulmão, estágio IV (metastização cerebral). Alterações visuais - TC-CE: metástase globo ocular direito.

**Discussão:** Apresentam-se estes casos clínicos pela raridade e heterogeneidade do processo metastático, devendo alertar-nos para as múltiplas possibilidades de metastização no cancro do pulmão.

**Palavras-chave:** Metástases. Cancro pulmão.

**PO29. A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO COM CRIZOTINIB**

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:** O crizotinib é um inibidor da tirosina cinase com atividade antitumoral no carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC) em estágio avançado com rearranjo da cinase do linfoma anaplásico (ALK) ou do receptor do protooncogene ROS1. O rearranjo do ALK encontra-se em cerca de 5% dos CPNPC e o rearranjo do ROS1 em menos de 1%.

**Casos clínicos:** Apresentam-se 4 casos clínicos, reflectindo a experiência do centro com o fármaco. 1) Mulher, 49 anos, ex-fumadora, CPNPC do lobo superior esquerdo, estágio IIIb (T3N3M0), rearranjo ALK positivo. Cumpriu quimioterapia com carboplatino e vinorelbina, seguida de radioterapia pulmonar. Progressão de doença com metastização cerebral múltipla - tendo sido submetida a radioterapia holocraneana. Iniciou Crizotinib, com necessidade de redução da dose (200 + 200 mg) por náuseas, vômitos e diarreia. Cumpriu 9 meses até progressão - estenose brônquica por crescimento tumoral e infeção respiratória que culminaram no óbito. 2) Mulher, 69 anos, não fumadora, adenocarcinoma do lobo inferior direito, estágio IV (T3N2M1b) - metastização hepática e gânglios extratorácicos, ALK positivo. Iniciou crizotinib, cumprindo apenas 2 meses de terapêutica. Óbito no contexto de AVC isquémico. 3) Homem, 79 anos, não fumador, adenocarcinoma mucinoso do lobo inferior direito, em estágio IV (fígado e sistema nervoso central), ALK positivo. Fez radioterapia holocraneana e posteriormente crizotinib com necessidade de redução de dose por náuseas, diplopia, ataxia e anorexia. Cumpriu dois meses de terapêutica. Óbito por tromboembolismo pulmonar. 4) Mulher, 43 anos, não fumadora, adenocarcinoma do lobo inferior esquerdo, estágio IV (T3N3M1) - metástases ganglionares, hepáticas, osso, sistema nervoso central e suprarrenal esquerda, ROS positivo. Diagnóstico após excisão de lesão cerebral única. Cumpriu radioterapia holocraneana e iniciou Crizotinib que cumpriu durante 5 meses até progressão da doença com aparecimento de nova metástase cerebral inabordable, cujo crescimento culminou no óbito.

**Discussão:** Considera-se crucial a partilha da experiência do serviço, bem como a reflexão acerca dos seus resultados.

**Palavras-chave:** Crizotinib. ALK. ROS1.

**PO30. EGFR-VARIANT ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF THE LUNG: A CASE REPORT**

M.A. Mendes, M. Dias, A. Barroso, S. Campinha

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

**Introduction:** There is no consensus on treatment of advanced stages of adenoid cystic carcinoma of the lung (ACCL), a rare malignancy with usually indolent clinical behavior. Limited evidence suggests that some oncogenic drivers could be a potential therapeutic target. We present a case of an ACCL with EGFR mutation who achieved disease control with erlotinib.

**Case report:** 60-year-old Caucasian woman, non-smoker, ECOG PS 1, diagnosed ACCL involving the whole extent of the left main bronchus cT3N0M0, stage IIB in 03/2015. Since surgical resection was technically impossible, the patient underwent concomitant chemotherapy (carboplatin/paclitaxel) and radiotherapy (3DRT, 66 Gy, 33 fr), with complete remission. After 15 months of clinical, radiological and endoscopic surveillance, chest computed tomography (CT) revealed bilateral pulmonary nodules and transthoracic core needle biopsy confirmed recurrence. Next generation sequencing identified an EGFR exon 21 variant c.2593G > A, not previously described. Targeted therapy with erlotinib was started in 04/2017. The last chest CT in 12/2017 confirmed stable disease and the patient keeps on erlotinib with excellent quality of life.

**Discussion:** Treatment of advanced ACCL can be a real challenge in daily clinical practice due to scarce evidence-based treatment approaches. This case highlights one could cautiously adapt what has been learnt about non-small cell lung cancer for individualized therapy of rare lung malignancies.

**Key words:** Adenoid cystic carcinoma of the lung. EGFR targeted therapy.

**PO31. SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR RESISTENTE A TRATAMENTO**

A. Almendra, F.T. Lopes, E. Brysch, J. Carvalho, P. Barradas

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A síndrome da veia cava superior (VCS) resulta da obstrução do fluxo sanguíneo através da VCS. É causada por invasão ou compressão extrínseca da VCS por um processo patológico adjacente envolvendo o pulmão direito, nódulos linfáticos e outras estruturas mediastínicas, ou por trombose intravascular. Relatamos um caso de um doente com neoplasia pulmonar sob quimioterapia e radioterapia que desenvolveu um síndrome da veia cava superior (SVCS) grau 2.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 50 anos e ex-fumador (CT 30UMA). Antecedente de adenocarcinoma do pulmão estágio IV em progressão e com desenvolvimento de SVCS apesar de já ter realizado 3 ciclos de Cisplatina/Permetrexedo e 5 sessões de radioterapia. Por agravamento do quadro clínico (ortopneia, insuficiência respiratória parcial, congestão venosa superficial, edema do pescoço e do membro superior direito) foi internado para monitorização e controlo sintomático. Na tomografia computadorizada (TC) toraco-abdomino-pélvica apresentava agravamento adenopático mediastínico e hilar pulmonar bilateral (mais expressivo à direita) que condicionava invasão da vertente distal do tronco venoso braquicefálico esquerdo, não sendo possível a drenagem do mesmo para a veia cava superior, a qual também apresenta redução do seu calibre ao longo do seu trajecto. Foi iniciada terapêutica de suporte (elevação da cabeceira, oxigenoterapia, corticoterapia, diuréticos e anti-coagulação) e realizou-se angioplastia com colocação de stent na VCS. Verificou-se melhoria sintomática e imagiológica (confirmada por TC) significativas 72h após colocação de stent.

**Discussão:** No SVCS de origem maligna o tratamento é maioritariamente paliativo. Nos doentes com carcinoma de não pequenas células já histologicamente caracterizado e que desenvolvem SVCS apesar de já terem realizado quimioterapia e radioterapia, as novas guidelines preconizam a colocação de stent na VCS como tratamento de 2º linha para alívio sintomático.

**Palavras-chave:** Síndrome da veia cava. Neoplasia pulmonar. Stent da veia cava superior.

**PO32. METÁSTASE GENGIVAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE CARCINOMA DO PULMÃO: UM CASO CLÍNICO RARO**

A. Almendra, M. Pereira, D. Organista, J. Martins, J. Carvalho, P. Barradas

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A metastização de tumores malignos para os tecidos moles da cavidade oral é rara e representa 1% de todas as neoplasias orais. As origens mais comuns das metástases orais são: mama, pulmão e rim. Relatamos o caso de um doente com metástase pulmonar na gengiva, que foi detectada antes do tumor primário.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino, 64 anos, ex-fumador (CT 40 UMA). Antecedentes de HTA e Epilepsia, medicadas. Encaminhado à consulta de Estomatologia por lesão exofítica e pediculada no rebordo alveolar inferior direito com 1 mês de evolução, que surgiu



após ter retirado o dente incisivo inferior. Realizou excisão da lesão cuja análise anatomo-patológica diagnosticou metástase de carcinoma pouco diferenciado com perfil imunohistoquímico a favorecer origem pulmonar. Por quadro de hemoptises episódicas com 3 meses de evolução mas sem sintomas constitucionais, foi enviado ao serviço de urgência onde a telerradiografia torácica evidenciou massa apical esquerda, tendo sido internado para investigação etiológica. Realizou: tomografia computurizada (TC) crâneo-encefálica: sem alterações; TC toraco-abdomino-pélvica: LESÃO sólida de contornos espiculados no lobo superior esquerdo (5,4 × 5,2 × 4,6 cm); formações ganglionares mediastínicas pré-vasculares suspeitas; Lesão da glândula supra-renal esquerda (5,7 × 5,5 cm); broncofibroscopia: Coágulo visível ao nível de B1/2 da árvore brônquica esquerda; biópsia pulmonar: carcinoma de não pequenas células pouco diferenciado com eventual diferenciação pavimentosa. Tratava-se de um carcinoma pouco diferenciado do pulmão em estágio IV (T4, N2, M1c).

**Discussão:** A metastização para os tecidos moles da cavidade oral é rara e o seu diagnóstico constitui um desafio pois estas lesões mimetizam muitas vezes uma lesão benigna. Assim, o exame completo do doente e a biópsia da lesão devem ser realizados para o diagnóstico. A detecção precoce da metástase gengival e o tratamento adequado são necessários para melhorar a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Metástase gengival. Neoplasia do pulmão.

### PO33. UM CASO RARO DE METÁSTASES NO CANCRO DO PULMÃO

M.J. Araújo, F. Aguiar, R. Pereira, J. Lages, A.L. Vieira, L. Ferreira, J. Cunha

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** A presença de metástases de tumores malignos no osso temporal é rara e geralmente assintomática, o que dificulta o seu diagnóstico. Mais frequentemente, as metástases no osso temporal têm origem em câncros primários da mama, próstata, estômago e pulmão. Os sintomas mais frequentes são a perda de audição, vertigem, zumbido e paralisia facial periférica.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem de 72 anos, ex-fumador há 20 anos (35 UMA), diagnosticado adenocarcinoma do pulmão estágio IV em Março de 2017, já com metastização pulmonar bilateral, ganglionar, óssea, suprarenal e muscular. Em Setembro de 2017 recorreu ao serviço de urgência por disartria e paralisia da hemiface direita, apresentado desvio da comissura labial e incapacidade de fechar o olho direito. Realizou TC crânio que mostrou a presença de uma provável lesão metastática na região frontoparietal esquerda e possível lesão ocupando espaço na região da escama occipital direita/região cervical alta de características osteolíticas. Dado a paralisia facial periférica não se enquadrar no contexto de metástases cerebrais e sob a suspeita de afetação do nervo facial, realizou-se uma RMN cerebral para melhor caracterização das lesões. O exame confirmou a existência de metástases cerebrais e de uma lesão expansiva e parcialmente destrutiva da ponta da mastoide direita com extensão extracraniana e acompanhada de reação inflamatória da mastoide. O doente foi apresentado em consulta de grupo de pulmão tendo feito 10 sessões de radioterapia cerebral holocraniana e da lesão expansiva da apófise mastoide direita. Durante o internamento evoluiu favoravelmente, com melhoria dos défices neurológicos e com recuperação da capacidade de fechar o olho direito.

**Discussão:** Este caso é apresentado dado a sua raridade. A doença metastática do osso temporal, nomeadamente da apófise mastoide, deve ser sempre considerada em doentes com neoplasias malignas e com paralisia facial periférica.

**Palavras-chave:** Cancro do pulmão. Metástases. Apófise mastoide. Paralisia facial periférica.

### PO34. BIÓPSIA LÍQUIDA PARA PESQUISA DA MUTAÇÃO DE RESISTÊNCIA T790M DO GENE EGFR NO ADENOCARCINOMA PROGRESSIVO DO PULMÃO - EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

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

*Centro Hospitalar Cova da Beira.*

**Introdução:** A biópsia líquida permite detetar biomarcadores no sangue periférico que retratam em tempo real o panorama genético das lesões tumorais. A maioria dos doentes com adenocarcinoma do pulmão sob terapêutica com inibidores da tirosina-cinase (TKi) do EGFR apresenta progressão da doença aos 9-12 meses. A causa mais comum de resistência adquirida é a mutação T790M do exão 20 do gene EGFR, detetável através de biópsia líquida.

**Objectivos:** Descrever a experiência do serviço com a biópsia líquida no adenocarcinoma progressivo do pulmão.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes seguidos em consulta de Pneumologia Oncológica no Centro Hospitalar Cova da Beira, entre 2012 e 2017, com adenocarcinoma primitivo do pulmão, com mutação ativadora do gene EGFR e tratamento com erlotinib, que tiveram progressão e realizaram biópsia líquida para pesquisa da mutação T790M.

**Resultados:** Foram estudados quatro doentes, dois homens fumadores e duas mulheres não fumadoras, com idade média de 57 anos ao diagnóstico. Três doentes em estágio IV ao diagnóstico. Todos apresentaram resposta parcial ao erlotinib, verificando-se progressão da doença, em média, aos 13 meses de tratamento dirigido. À data de progressão realizaram biópsia líquida, sendo a única técnica viável em dois doentes por agravamento do *performance status*. A mutação de resistência T790M foi identificada nas duas mulheres, uma através de biópsia líquida. Uma doente iniciou osimertinib e mantém estabilidade ao primeiro mês de tratamento. Neste estudo, a sobrevida global média após o diagnóstico foi 28 meses, com um máximo de 67 meses. A sobrevida livre de progressão variou entre 11 e 36 meses.

**Conclusões:** A detecção da mutação T790M permitiu iniciar tratamento com TKi-EGFR de 3ª geração. Como é pouco invasiva, a biópsia líquida constitui uma alternativa à re-biópsia tecidual nos doentes com pobre *performance status*, sendo assim uma importante arma para o futuro seguimento e tratamento do cancro do pulmão.

**Palavras-chave:** Biópsia líquida. TKi-EGFR. Adenocarcinoma do pulmão. Progressão. Re-biópsia.

### PO35. UM SEGUIMENTO INESPERADO DE CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO

I. Moreira<sup>1</sup>, S. Alfarroba<sup>1</sup>, P. Winckler<sup>2</sup>, J. Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central.

<sup>2</sup>Hospitalar Santo António dos Capuchos-Centro Hospitalar Lisboa Central.

**Introdução:** O carcinoma de pequenas células do pulmão apesar de ser sensível à quimioterapia (QT) e radioterapia (RT), recidiva frequentemente e a maioria dos doentes morre como consequência de metastização sistémica.

**Caso clínico:** Doente do sexo masculino de 84 anos. Diagnóstico de carcinoma do pulmão de pequenas células no lobo superior esquerdo em Setembro de 2008, submetido a quimioterapia com carboplatina e etoposido e radioterapia 60 Gy sequencial até Dezembro de 2008. Manteve vigilância com doença controlada durante 8 anos até Fevereiro de 2017 com aumento da lesão pulmonar por aparente recidiva pulmonar. Realizou broncofibroscopia para confirmação histológica que revelou sinais indirectos de neoplasia, tendo realizado escovado brônquico e biópsias brônquicas com resultado histológico de adenocarcinoma primário do pulmão (TTF-1 positivo). As mutações EGFR,

ALK foram negativas e PDL1 negativo. Completou estadiamento com TC-cranioencefálico e PET-TC sem sinais de metastização mas que demonstrou hipermetabolismo na lesão pulmonar (SUV 26), nas adenopatias supraclaviculares direita (SUV 11,2), paratraqueais (9,3 e 14,1) e subcarinal (SUV 12,3), conferindo estadiamento T2N3M0-IIIB. Não tendo indicação para repetir RT no local da lesão e considerado sem condições para QT pela sua fragilidade, angina para esforços mínimos e trombocitopenia grave, foi medicado com vinorelbina oral. Cumpriu 26 semanas, com interrupção de 3 semanas não consecutivas por agravamento da trombocitopenia, mas com boa tolerância geral. Actualmente na TC de reavaliação verificou-se progressão da doença por agravamento dimensional da lesão pulmonar, várias formações nodulares periféricas nos vários lobos, múltiplas adenomegalias mediastínicas e colapso sintomático da vértebra L2, pelo que se propôs o doente para terapêutica paliativa.

**Discussão:** Pretende-se com este caso evidenciar a excelente resposta terapêutica do carcinoma de pequenas células, com seguimento sem intercorrências durante 8 anos, e com aparecimento de adenocarcinoma do pulmão na mesma localização ao contrário da suspeita inicial de recidiva do carcinoma de pequenas células.

**Palavras-chave:** *Carcinoma de pequenas células do pulmão. Recidiva. Adenocarcinoma do pulmão.*

### PO36. ACROMETÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DO PULMÃO

I. Moreira<sup>1</sup>, S. Alfarroba<sup>1</sup>, R. Luz<sup>2</sup>, J. Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Marta-Centro Hospitalar Lisboa Central. <sup>2</sup>Hospital Santo António dos Capuchos-Centro Hospitalar Lisboa Central.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 46 anos, não fumadora. Diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em exames de rotina caracterizado por massa pulmonar no lobo superior direito, com adenopatias hilares e mediastínicas homolaterais. Em TC-toracoabdominopélvica foi identificada lesão osteolítica no osso íliaco direito mas não hipercaptante em PET-TC nem cintigrafia óssea, sendo de etiologia indeterminada, pelo que foi assumida ausência de lesões à distância. O resultado histológico foi obtido por biópsia trans-torácica, com diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado do pulmão (TTF-1 positivo) com desmoplasia do estroma e estudo mutacional negativo. O EBUS para estadiamento mediastínico identificou adenopatias dos grupos 2R, 4R e 7, com resultados positivos para neoplasia em 2R e 4R. Assumiu-se estadiamento inicial: T3N2M0 estágio IIIA. Cumpriu quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) sequencial (cisplatina-pemetrexedo e radioterapia 66 Gy), verificando-se estabilidade de doença e sem alteração da lesão óssea (por TAC e cintigrafia óssea) mantendo-se de etiologia indeterminada para vigilância. Quadro de dor e sinais inflamatórios localizados à mão direita no local de infiltração subcutânea no segundo ciclo de QT, com novo agravamento das queixas durante a RT. Realizou ecodoppler que excluiu trombose venosa profunda e foi medicada sintomaticamente para tendinopatia. Após o término das 36 sessões de RT, realizou RM da mão direita, que revelou suspeita de metastização ao nível do 2º metacarpo, tendo realizado biópsia óssea que confirmou metástase de adenocarcinoma do pulmão. Recentemente identificado ALK positivo em contexto de EBUS, estando a doente sob radioterapia paliativa da lesão óssea e a aguardar início de terapêutica com crizotinib.

**Discussão:** A metastização óssea é muito comum nos casos de neoplasia do pulmão, sendo raras as metástases com acometimento da mão (acrometástases), apresentando uma taxa de sobrevivência mediana de poucos meses. Reportamos este caso pela sua infrequência e para salientar a importância de ter em conta este foco de metastização.

**Palavras-chave:** *Acrometástase. Metástase óssea. Adenocarcinoma do pulmão.*

### PO37. OSTEONECROSE DA MANDÍBULA ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFONATOS EM DOENTE COM NEOPLASIA DO PULMÃO: DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

P.I. Pedro, D. Canário

*Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** A osteonecrose da mandíbula (ONM) pode surgir como complicação do tratamento com bifosfonatos, sendo incomum, mas potencialmente grave.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 68 anos de idade, com carcinoma de pequenas células do pulmão diagnosticado em fevereiro de 2009, em estágio T4 (com invasão óssea local) N2M0, que foi submetido a quimioterapia e radioterapia sequenciais, e radioterapia holocraneana profilática, com resposta completa. Simultaneamente iniciou ácido zoledrónico endovenoso de 4/4 semanas. Como comorbidades, refere-se a presença de doença renal crónica estágio 2 (DRC). Em abril de 2011, iniciou dor na hemiface esquerda com agravamento progressivo. Foi observado por Es-tomatologia que descreveu lesão no trígono da mandíbula esquerda, com exposição óssea e fistula intra-oral, tendo sido referenciado para a Cirurgia Maxilo-Facial. Realizou tomografia computadorizada da face que revelou extensa lesão morfoestrutural nos 2/3 posteriores do corpo e ângulo da mandíbula esquerda, com áreas osteolíticas e ruptura da cortical óssea, e acentuada densificação das partes moles envolventes, com extensão ao plástima, gordura subcutânea e cútis. Neste contexto, assumiu-se o diagnóstico de ONM associada ao uso de bifosfonatos em estágio 2, e suspendeu-se a administração de ácido zoledrónico em Junho de 2011. Realizou-se antibioterapia oral, analgesia, e desbridamento no foco de osteonecrose, com melhoria lentamente progressiva e recuperação completa em cerca de 30 meses. O doente manteve-se sem evidência de recidiva da neoplasia primitiva e faleceu em 2017 por choque séptico.

**Discussão:** Os autores pretendem alertar para os riscos do uso prolongado deste tipo de terapêutica antitumoral. Deve-se privilegiar a prevenção e advertir o doente em relação à sua higiene oral e evicção de procedimentos invasivos dentários. No caso descrito, a presença de DRC e utilização de prótese dentária poderão ter contribuído para o aparecimento e gravidade da ONM. Este é o 1.º caso diagnosticado na Pneumologia Oncológica no nosso Hospital.

**Palavras-chave:** *Osteonecrose da mandíbula. bifosfonatos. Ácido zoledrónico. Neoplasia do pulmão.*

### PO38. A HETEROGENEIDADE TUMORAL E AS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

A.M.F. Silveira<sup>1</sup>, E. Teixeira<sup>2</sup>, D. Hasmucrai<sup>2</sup>, P. Alves<sup>2</sup>, A.S. Vilarça<sup>2</sup>, R. Sotto-Mayor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. <sup>2</sup>Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** Actualmente sabe-se que a progressão tumoral é um processo complexo, caracterizado por uma marcada heterogeneidade tumoral, quer a nível do tumor primitivo, quer a nível das metástases.

**Caso clínico:** O caso refere-se a um doente de 77 anos, caucasiano, reformado (ex-agricultor) com antecedentes de dislipidemia. O doente é seguido por Adenocarcinoma do Lobo Médio estágio IV (T4N2M1a) com metastização pulmonar, diagnosticado em Julho de 2014. Na altura, fez estudo mutacional com mutação EGFR positiva (exão 19), pelo que iniciou Gefitinib 250 mg 1x/dia. Manteve tratamento com Gefitinib durante 23 ciclos, até Dezembro de 2016, altura em que se objectivou discreta progressão da doença em TC tórax. Dada a ausência de sintomatologia, optou-se por manter sob Gefitinib. Nessa sequência, fez pesquisa da mutação T790M por biópsia líquida, cujo resultado foi negativo. Realizou assim biópsia tecidual por biópsia

brônquica cujo resultado foi, novamente, negativo para a mutação T790M. O doente manteve-se sob terapêutica com Gefitinib até ao 33º ciclo, em Setembro de 2017, altura em que ficou sintomático. Nesse sentido, pediu-se nova TC torácica que mostrou franca progressão da doença a nível pulmonar, pelo que se programou início de quimioterapia. Uma vez que a biópsia líquida inicial havia sido realizada há cerca de 1 ano, com muito menor carga tumoral, optou-se por pedir nova biópsia líquida em Outubro de 2017. Desta vez, a mesma, foi positiva para a mutação T790M e o doente acabou por iniciar Osimertinib com resposta clínica e imagiológica.

**Discussão:** A heterogeneidade tumoral pode ser responsável por resultados heterogêneos de biópsias efectuadas em locais e timings diferentes, que podem ter impacto na escolha e resultado terapêutico.

**Palavras-chave:** *Heterogeneidade tumoral. Gefitinib. Osimertinib.*

### PO39. PULMONARY ARTERIOVENOUS MALFORMATION AFTER METASTATIC GESTATIONAL TROPHOBLASTIC TUMOR

C. Costa<sup>1</sup>, J. Massardier<sup>2</sup>, D. Gamondes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>2</sup>Centre de Référence des Maladies Trophoblastiques, Lyon, France. <sup>3</sup>Service de Radiologie, Hospices Civils de Lyon, Groupe Hospitalier Est, Lyon, France.

**Introduction:** Pulmonary Arteriovenous malformations (PAVMs) are mostly congenital, although approximately 20% are acquired.

**Case report:** 67-year-old woman, occasional cigar smoker, who during her first pregnancy in 1977, presented with a hydatidiform mole with pulmonary metastases visualized as a perihilar left opacity. Chemotherapy with methotrexate and vincristine was performed with a complete remission. In 2016, after a respiratory infection, she underwent a chest radiography revealing a pulmonary nodule. The CT-scan showed a nodule, 20 mm in diameter, located in the apical segment of the left lower lobe. Upon contrast injection, on the arterial time, a total enhancement of this image was seen, which formed an aneurysmal sac, with a connection to a sub-segmental branch of the upper branch of the pulmonary artery, and to a pulmonary vein, at the lower end. No internal thrombosis was observed. The patient was asymptomatic and denied episodes of hemoptysis, trauma, thoracic surgery, and no personal nor family history of epistaxis. At examination, no telangiectasia was seen in the oral cavity, lips, face or fingertips. Peripheral oxygen saturation and pulmonary auscultation were normal. Human chorionic gonadotropin (hCG) and hCG beta chain were low. Echocardiography and spirometry were normal. Based on the history of molar pregnancy, and on the imaging demonstrating a typical PAVM in a territory where a metastasis of trophoblastic tumor had regressed with treatment, we diagnosed isolated PAVM developed on pulmonary sequelae of a metastatic molar pregnancy.

**Discussion:** As far as we know, this is the second report of a PAVM after a molar pregnancy. We hypothesize that a pulmonary metastasis of the gestational trophoblastic neoplasia formed the PAVM which remained at the metastatic site, even though the metastasis had been successfully controlled by chemotherapy. In fact, it has been described that AVM can persist after a successful eradication of the GTN by chemotherapy.

**Key words:** *Pulmonary arteriovenous malformation. Hydatidiform mole.*

### PO40. PROJETO AIR - APOIO E INTERVENÇÃO NO DOENTE RESPIRATÓRIO

D. Pinto, M. Rodrigues

Centro Hospitalar de São João.

**Introdução:** Os dados do Relatório de Primavera (OPSS, 2015) reportam a existência de cerca de 110.000 pessoas dependentes no

autocuidado no domicílio sendo que destas, 50.000 são acamadas (INE, 2011). A evidência sugere que a ação dos enfermeiros junto dos utentes/prestadores de cuidados é essencial para que estes possam responder de forma eficaz à complexidade dos cuidados em contexto domiciliário (Petronilho, 2013).

**Objectivos:** Melhorar o acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes/prestadores de cuidados que se encontram no domicílio, através da criação de uma rede de apoio (telefónico e acompanhamento domiciliário), que possibilite despistar precocemente situações clínicas de risco, reais ou potenciais, promovendo assim a confiança no desempenho do papel de prestadores de cuidados e a segurança dos cuidados prestados ao utente.

**Métodos:** Esta rede de apoio será disponibilizada aos utentes que tenham alta do serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de São João EPE, com uma situação moderada/elevada de dependência ou com uma gestão complexa do regime terapêutico no domicílio. O apoio via telefone será utilizado não só como estratégia que permite avaliar de forma contínua a condição de saúde do utente, mas também como recurso de apoio e esclarecimento de dúvidas relativas a essa mesma condição. A realização de visitas domiciliárias será fundamental para acompanhar a evolução dos cuidados prestados ao utente em contexto domiciliário, possibilitando uma melhor adaptação do utente/prestador de cuidados a este novo contexto.

**Resultados:** Serão considerados indicadores como as admissões/readmissões hospitalares, a satisfação dos utentes/prestadores de cuidados e a sobrecarga do prestador de cuidados.

**Conclusões:** O projeto AIR visa melhorar a qualidade de vida do utente com patologia respiratória através da promoção do seu nível máximo de funcionalidade e da gestão eficaz da sua condição de saúde.

**Palavras-chave:** *Enfermagem. Doença pulmonar. Qualidade dos cuidados.*

### PO41. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO E ENDARTRECTOMIA PULMONAR - UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA

T. Sequeira<sup>1</sup>, J.P. Boléo-Tomé<sup>1</sup>, R. Plácido<sup>2</sup>, A. Mineiro<sup>3</sup>, F. Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. <sup>2</sup>Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>3</sup>Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** A doença tromboembólica pulmonar crónica (TEPC) é uma causa importante de hipertensão pulmonar grave, associada a morbilidade e mortalidade significativas. O tratamento cirúrgico apenas se encontra disponível fora de Portugal.

**Casos clínicos:** O caso 1 é referente a um homem de 53 anos com antecedentes de D. Graves, AVC isquémico e tromboembolismo pulmonar (TEP) em 2005. Tinha história de cansaço fácil (mMRC 2) e tosse desencadeada pelo esforço, tendo iniciado investigação diagnóstica em 2012 com angioTC que confirmou TEP segmentares múltiplos e cintigrafia ventilação/perfusão (V/Q) compatível com TEP crónico (TEPC). Ecocardiograma com PSAP 77 mmHg [hipertensão pulmonar (HTP) grave grupo IV da OMS]. Sem grande resposta a terapêutica médica, foi submetido a endartrectomia pulmonar em Abril 2016 em Londres, com melhoria significativa da tolerância ao exercício (aumento > 100 metros na prova de marcha). No caso 2, mulher de 63 anos com história de AVC em criança, comunicação interauricular encerrada em 2011, flutter auricular e neoplasia da mama operada há 20 anos. Em 2015 internada por dispneia e hipoxémia, com extenso TEP em angioTC. Teve alta anticoagulada sob oxigenoterapia 24 horas. Realizou nessa altura cintigrafia V/Q a favor de TEPC e documentou-se HTP grupo II e IV com PSAP 50 mmHg. Progressivo agravamento clínico com necessidades crescentes de O2 (15L esforço com dessaturação; 6L repouso), tendo-se referenciado



para endartrectomia pulmonar que acabou por realizar em Maio 2017 (Londres). Após intervenção foi possível reduzir oxigenoterapia (1L repouso, e 4L esforço) e melhorar qualidade de vida.

**Discussão:** O diagnóstico de TEPC requer um grau de suspeição elevado e o tratamento cirúrgico não é de fácil acesso. A selecção e referenciação destes doentes é complexa e multidisciplinar, porém a melhoria clínica e da qualidade de vida dos doentes intervenções é significativa.

**Palavras-chave:** Tromboembolismo pulmonar crónico. Hipertensão pulmonar. Endartrectomia pulmonar.

#### PO42. PECTUS EXCAVATUM. UMA CAUSA RARA DE SÍNCOPE

A. Alves<sup>1</sup>, G. Atanásio<sup>2</sup>, I. Sucena<sup>1</sup>, C. Ribeiro<sup>1</sup>, A. Seixas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** O *pectus excavatum* (PE) é a deformidade congénita mais frequente da parede torácica anterior. Embora ocorra habitualmente de forma esporádica, está descrita a associação a distúrbios do tecido conjuntivo e doenças neuromusculares. Os doentes com formas mais exuberantes de PE e/ou sintomas sugestivos de compromisso cardiopulmonar devem ser avaliados por tomografia computadorizada, de forma a determinar com acuidade a gravidade do defeito e o seu impacto nas estruturas torácicas. O Índice de Haller (IH) traduz a relação entre o maior diâmetro torácico transversal e a menor distância entre a face posterior do esterno e a face anterior dos corpos vertebrais. A decisão de quando e como tratar o PE permanece controversa, mas são habitualmente critérios para tratamento cirúrgico um IH superior a 3.25 e a evidência de compressão cardíaca.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 34 anos com antecedentes de PE encaminhada ao Serviço de Urgência por síncope precedida de desconforto retroesternal. Referia um episódio prévio semelhante no mês anterior. À admissão, apresentava hipotensão pouco responsiva a fluidoterapia e hiperlactacidemia (3 mmol/L). Analiticamente, sem elevação dos biomarcadores cardíacos sugestiva de necrose miocárdica e D-dímeros negativos. Apresentava angio-TC cerebral, eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico normais. A angio-TC torácica excluiu tromboembolismo pulmonar e disseção aórtica. No entanto, evidenciou uma deformidade da cavidade torácica do tipo PE (IH 4.6), condicionando significativo efeito compressivo das câmaras cardíacas direitas. Foi, assim, assumida síncope de causa hemodinâmica secundária à compressão cardíaca por PE exuberante.

**Discussão:** A particularidade deste caso prende-se com o facto de este retratar uma complicação rara e potencialmente fatal do PE, um defeito habitualmente assintomático. De facto, a síncope constituiu uma manifestação do PE documentada em apenas 8% dos casos. Adicionalmente, este caso demonstra que embora este defeito possa estar presente desde a infância poderá condicionar sintomas e complicações apenas na idade adulta.

**Palavras-chave:** Deformidades da caixa torácica. Pectus excavatum. Síncope.

#### PO43. HEMOPTISES PERSISTENTES SEM CAUSA APARENTE: À TERCEIRA É DE VEZ

F.V. Machado, M. Sucena, A. Marinho

Centro Hospitalar São João.

**Introdução:** As hemoptises de grande volume são uma forma de apresentação de uma grande variedade de patologias, com elevado risco e mortalidade. A angioTC torácica, arteriografia brônquica com embolização e estudo endoscópico da árvore respiratória per-

mitem identificar e tratar a causa das hemoptises na maioria dos casos. Apresentamos um caso de hemoptises de grande volume, persistentes e sem fator precipitante aparente em que só à terceira arteriografia foi possível identificar e tratar a causa.

**Caso clínico:** Homem de 55 anos, fumador (40 UMA), recorreu ao serviço de urgência por hemoptises e pieira com uma semana de evolução, sem outros sintomas. O exame físico e estudo analítico não apresentavam alterações relevantes. No SU presenciado episódio de hemoptises de grande volume. Realizou angioTC torácica, sem alterações imagiológicas sugestivas de hemorragia alveolar, tendo ficado internado para vigilância e estudo. Durante o internamento realizou arteriografia brônquica que não encontrou alterações vasculares relevantes. A broncofibroscopia e broncoscopia rígida demonstraram restos hemáticos e presença de coágulo a obstruir parcialmente o brônquio lobar superior direito. Três dias depois, em broncofibroscopia de reavaliação, inicia hemorragia ativa após aspiração de coágulo. Repetiu angioTC torácica e arteriografia brônquica que continuaram a não demonstrar causa para hemoptises. Nesta fase foi contactada Cirurgia Torácica para eventual abordagem cirúrgica em caso de agravamento do quadro. No 12º dia de internamento o doente tem novo episódio de hemoptises de grande volume. Realizou uma terceira arteriografia que identificou uma fistula arterio-arterial broncopulmonar de baixo débito que foi embolizada. Desde então não repetiu hemoptises, mantendo seguimento em consulta de Pneumologia.

**Discussão:** Os meios complementares de diagnóstico de primeira linha no estudo de hemoptises podem não conseguir identificar e tratar a causa das mesmas. Neste caso a insistência na repetição de arteriografia permitiu identificar a causa das hemoptises e oferecer uma terapêutica eficaz e minimamente invasiva, evitando uma eventual cirurgia.

**Palavras-chave:** Hemoptises. Arteriografia brônquica.

#### PO44. ANÁLISE DOS PEDIDOS DE REFERENCIAÇÃO À CONSULTA DE PNEUMOLOGIA GERAL

B. Ramos, C. Loureiro

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospitais da Universidade de Coimbra.

**Objectivos:** Analisar os pedidos de referenciação à consulta de Pneumologia Geral, realizados pelos CSP.

**Métodos:** Estudo descritivo de amostra que incluiu os pedidos realizados pelos CSP (região centro), de 01.01-31.12.2016. Foram pesquisados: sinais/sintomas (SS), exame objetivo (EO), auscultação pulmonar (APulm), antecedentes pessoais (AP) e familiares (AF), medicação habitual (MH), alergias, exposição ambiental/profissional (EAP), hábitos tabágicos (HT), cuidados respiratórios (CR), ECDT e diagnósticos.

**Resultados:** Realizadas 308 referenciações, de 38 instituições, média de 1,2 referenciações/dia útil e tempo médio até à consulta de 64 dias. Destes, 51% (n = 157) pertenciam ao género feminino, média de idade 65,7 anos (DP ± 14,9). Em 69,8% (n = 215) descrevem um SS, em 14,3% (n = 44) consta EO e em 7,2% (n = 22) APulm. Em 18,2% (n = 56) houve conjugação de SS com EO ou APulm. Em 67,2% (n = 207) mencionam um exame de imagem [rx-tórax 36,7% (n = 113), TC-tórax 44,2% (n = 136) ou ambos 13,6% (n = 42)], em 34,1% (n = 105) o EFR e em 18,2% (n = 56) outros ECDT. Em 23,7% (n = 73) constavam resultados de exame de imagem e EFR. O diagnóstico que motivou a referenciação surge em 32,1% (n = 99). Em 35,1% (n = 108) foi descrita a MH, em 50% (n = 154) os AP e AF em 2,9% (n = 9). Especificam HT em 21,1% (n = 65), alergias em 2,6% (n = 8), EAP em 8,4% (n = 26) e CR em 3,9% (n = 12). Relativamente ao seguimento, 41,2% (n = 127) mantêm a consulta, 11% (n = 34) faltaram à primeira e 7,2% (n = 22) às de seguimento, 7,2% (n = 22) foram encaminhados para subespecialidades e 1,3% (n = 4) faleceram. Os restantes 32,1% (n = 99) tiveram alta da consulta, em média

4,3 meses depois do início do seguimento, sendo que 29,3% (n = 29) destes, tiveram alta após a primeira consulta.

**Conclusões:** Conclui-se que em < 1/5 dos pedidos havia a descrição de um SS aliado a um EO ou APulm e < 1/4 tinham à data da consulta um exame de imagem e EFR. Relativamente aos outros dados clínicos, o mais descrito foram os AP. Importa refletir que uma referência com informação adequada e dirigida pode permitir uma melhor triagem, otimizando os recursos existentes.

**Palavras-chave:** Consulta Pneumologia Geral. CSP.  
**Referenciação.**

#### PO45. PROVA DE MARCHA DE 6 MINUTOS COM AUSCULTADORES - A PERSPETIVA DO DOENTE

R. Boaventura<sup>1</sup>, L. Almeida<sup>1</sup>, F. Machado<sup>1</sup>, P. Amorim<sup>1</sup>, A. Pimentel<sup>1</sup>, A. Neves<sup>1</sup>, P. Teles<sup>1</sup>, J.C. Pipa<sup>1</sup>, E. Moreira<sup>1</sup>, N. Martins<sup>1,3</sup>, M. Drummond<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar São João. <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. <sup>3</sup>Instituto de Investigação e Inovação em Saúde.

**Introdução:** A prova de marcha de 6 minutos (PM6m) é um teste funcional útil na avaliação da capacidade de exercício; os seus resultados podem ser influenciados pelo método de execução.

**Objectivos:** Avaliação da satisfação relativamente a um novo método de PM6m relativamente ao método tradicional, na perspetiva do doente.

**Métodos:** Na tentativa de validar um método de exame que elimine a variabilidade inter e intra exame associada à sua execução, foram selecionados 31 doentes para realização de PM6m clássica e uma PM6m em que a explicação do exame e as indicações de encorajamento standardizadas durante a prova foram fornecidas a partir de uma gravação, que o doente ouvia durante o exame por meio de auscultadores com um leitor de MP4 portátil (“com auscultadores”). No final da realização dos 2 métodos o doente preenchia um questionário de satisfação com 7 perguntas.

**Resultados:** A população avaliada teve uma mediana de idade de 64 anos (20 a 89 anos), com 17 doentes do sexo masculino (54,8%), 21 (67,7%) dos quais já tinha realizado PM6m. Do questionário aplicado verificou-se que os doentes acharam, de forma estatisticamente significativa (p < 0,05), que perceberam melhor a mensagem (54,8%), que foi mais confortável (51,6%), se sentiram mais motivados (51,6%) e que repetiam o exame (54,8%) “com auscultadores”. Nas perguntas acerca da preferência, fiabilidade e melhor audição da mensagem, o método PM6m “com auscultadores” foi preferido, mas não atingiram significância estatística.

**Conclusões:** Na perspetiva do doente, o método descrito, não acrescentou desconforto significativo. Discute-se a possibilidade de validação futura de um novo método de execução da PM6m.

**Palavras-chave:** Prova de marcha de 6 minutos.

#### PO46. SEQUESTRO BRONCOPULMONAR - EXPERIÊNCIA DE 11 ANOS

S. Lareiro, P. Fernandes, M. Guerra, J. Miranda, L. Vouga

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** O sequestro broncopulmonar (SBP) define-se como uma malformação congénita rara, (0,15-6,4% de todas as malformações congénitas pulmonares), consistindo numa porção de tecido pulmonar que não está em normal comunicação com a árvore traqueobrônquica e que recebe suprimento sanguíneo arterial através da circulação sistémica.

**Casos clínicos:** Os autores descrevem uma série de 13 casos, com diagnóstico anatomopatológico compatível com SBP após cirurgia, no período entre 2006 e 2017. Foram revistos os processos clínicos e procedeu-se à recolha de dados atendendo à demografia, quadro clínico, tipo de cirurgia, tempo de internamento, resultado anatomopatológico e anomalias associadas ao SBP. A idade média foi de 31 anos [5-75] e 53,8% eram do sexo masculino (N = 7). Em 3 (23,1%) doentes foi feito o diagnóstico pré-natal de SBP, 4 (30,8%) apresentavam história de sintomatologia respiratória e 6 (46,1%) estavam assintomáticos à data do diagnóstico. Em todos os casos a TAC torácica sugeriu o diagnóstico de SBP. O tratamento cirúrgico consistiu em lobectomia (7 casos) e segmentectomia atípica (6 casos) com laqueação dos vasos anómalos. Duas cirurgias foram realizadas por toracoscopia e as restantes por toracotomia. O tempo mediano de internamento foi de 5 dias [3-12] com complicações pós-operatórias verificadas em 2 doentes (fuga aérea prolongada e revisão de hemostase). Houve predominância da forma intralobar (69,2%), com localização predominante no lobo inferior esquerdo (76,9%). Em 3 casos houve associação com outras malformações (quisto bronco-génico, malformação adenomatóide quística e aneurisma de vaso anómalo).

**Discussão:** Todos os doentes com SBP sintomáticos devem ser submetidos a excisão cirúrgica, que é curativa e está associada a baixa morbidade. Em doentes assintomáticos, a decisão entre cirurgia e observação é controversa. A cirurgia pode ainda ser justificada uma vez que estes indivíduos parecem ter um risco acrescido de desenvolver infecções respiratórias mais tarde.

**Palavras-chave:** Sequestro broncopulmonar. Tratamento. Cirurgia.

#### PO47. ENDARTERECTOMIA PULMONAR NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

C. Marques, D. Machado, A. Oliveira, T. Shiang, D. Ferreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

**Objectivos:** Avaliação sintomática e hemodinâmica dos doentes submetidos a endarterectomia pulmonar (EP) devido a hipertensão pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC).

Tabela 1 PO47

Doente	Sexo; idade	Antecedentes pessoais	Data diagnóstico HPTEC	Tratamento alvo	Data EP
1	Feminino; 38 anos	Tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo 2004 Púrpura trombocitopénica Síndrome anti-fosfolipídico	2005	Bosentan+Sildenafil	2012
2	Feminino; 45 anos	TEP agudo 2006	2007	Bosentan	2007
3	Feminino; 46 anos	TEP agudo 2013 Obesidade	2014	0	2014
4	Feminino; 63 anos	TEP agudo 2007 Fibromas uterinos	2007	Sildenafil+Ambrisentan	2012
5	Feminino; 74 anos	TEP agudo 2006	2007	Bosentan+Sildenafil	2011

Tabela 2 PO47

Doente	Classificação NYHA/OMS		Pressão média artéria pulmonar [mmHg]		Resistência pulmonar total [dynes*s/cm5]		Resistência vascular pulmonar [dynes*s/cm5]		Index cardíaco [l/min/m <sup>2</sup> ]		SvO2 [%]		Prova de marcha 6-minutos [distância percorrida]	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
1	II/IV	I/IV	53	22	1.452	546	1.041	422	1,99	2,1	67,8	73,0	510	
2	III/IV	I/IV	62	17	1.298			272	2,13		60,1		440	537
3	III/IV	II/V	49	25	1.311	466	1.070	186	1,63	2,28	52,4	70,9	486	501
4	II/IV	I/IV	38	24	1.583	1.149	1.416	814	1,23	1,06	54,2	63,0	501	540
5	III/IV	I/IV	45	17	1.161	433	851	203	1,69	1,83	59,5	68,0	243	329

**Métodos:** Foram recolhidos retrospectivamente os dados dos doentes seguidos em consulta de hipertensão pulmonar que foram submetidos a EP devido a HPTEC.

**Resultados:** Os resultados encontram-se descritos na tabela 1 (caracterização) e tabela 2 (comparação dos sintomas e alterações hemodinâmicas antes e após 1 ano da realização de EP).

**Conclusões:** Após EP todas as doentes com HPTEC obtiveram melhorias significativas a nível hemodinâmico e sintomático, que se mantiveram ao longo de vários anos de follow-up. Este trabalho visa realçar o potencial curativo da EP no tratamento da HPTEC, bem como a importância de se pensar na HPTEC como um diagnóstico diferencial em doentes que mantenham dispneia de esforço após um episódio de TEP agudo.

**Palavras-chave:** Hipertensão pulmonar. Hipertensão pulmonar tromboembólica crónica. Endarterectomia pulmonar.

#### PO48. AVALIAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM DOENTES OBESOS: ESTUDO RETROSPECTIVO

C.B. Forte, M. Silva, C. Rijo, S.B. Carreira, S. Sousa, P. Duarte

Hospital de São Bernardo-Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

**Introdução:** A obesidade é a doença metabólica mais prevalente no mundo Ocidental, associando-se a elevada morbi-mortalidade.

**Objectivos:** Caracterizar funcionalmente uma população de doentes obesos sem patologia respiratória conhecida.

**Métodos:** Estudo retrospectivo da análise de doentes referenciados ao Laboratório de Fisiopatologia Respiratória pela consulta de Cirurgia de Obesidade, entre 2015 e 2017, para avaliação funcional respiratória pré-cirúrgica. Foram incluídos doentes com índice de massa corporal (IMC)  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> sem patologia respiratória. Todos os doentes realizaram espirometria e gasometria arterial (GSA). Doentes com hipersonolência diurna foram submetidos a estudo poligráfico do sono nível III para diagnóstico de Síndrome de Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Avaliámos os doentes de acordo com a classificação de Síndrome de Obesidade-Hipoventilação (SOH), proposta pela *Task Force Report* ATS/ERS (Randerath et al, 2016).

**Resultados:** Obtivemos uma amostra de 174 doentes, com média de idades de 42,8 anos, 82,8% (n = 144) do género feminino. O IMC médio foi de 42,7 Kg/m<sup>2</sup> com um predomínio de obesidade grau III (66,7%; n = 116), sem diferença significativa entre géneros. Funcionalmente verificou-se que 90,8% (n = 158) não tinham alterações espirométricas significativas, 4,6% (n = 8) apresentaram padrão restritivo confirmado por pletismografia e 4,6% (n = 8) padrão obstrutivo. A GSA mostrou valores de HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>  $\geq 27$  mmol/L em 48,3% (n = 84) e presença de hipoventilação alveolar por critérios de hipercapnia em 12,1% (n = 21). Foi realizado estudo do sono a 98 doentes, verificando-se SAOS (IAH  $\geq 5$ ) em 53,1% (n = 52). Relativamente à classificação da SOH, 51,7% (n = 90) doentes encontravam-se nos grupos 0-I, 36,2% (n = 63) no grupo II, 8% (n = 14) no grupo III e 4% (n = 7) no grupo IV. Não foi encontrada diferença

significativa da classificação de SOH entre os diferentes graus de obesidade.

**Conclusões:** O presente estudo demonstrou elevada prevalência de SOH entre a população obesa, salientando a importância do valor de HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> na classificação da sua gravidade.

**Palavras-chave:** Síndrome de obesidade-hipoventilação. Avaliação funcional.

#### PO49. REFERENCIAÇÃO DE DOENTES COM ALTERAÇÕES NA ESPIROMETRIA PRÉ-OPERATÓRIA

C. Marques, D. Machado, F. Lima, I. Ladeira, R. Lima, L. Costa, M. Guimarães

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

**Introdução:** A espirometria é requisitada durante o estudo pré-operatório de doentes com sintomas ou história de doença pulmonar.

**Objectivos:** Avaliar se os doentes com alterações na espirometria pré-operatória são referenciados para estudo adicional.

**Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de todos os doentes que realizaram espirometria pré-operatória num hospital central durante 2015, referenciados por cirurgia geral, cirurgia vascular, ginecologia, ortopedia e urologia.

**Resultados:** Os resultados encontram-se descritos na tabela 1. Dos doentes com alterações na espirometria, 50 (47,6%) não tinham doença respiratória conhecida (tabela 2). Destes, apenas 5 foram referenciados para consulta de Pneumologia ou Medicina Geral e Familiar. Apenas 1 doente iniciou terapêutica broncodilatadora.

**Conclusões:** A avaliação pré-operatória é uma oportunidade para investigar patologia respiratória em doentes com factores de risco. Neste estudo 47,6% das alterações na espirometria ocorreram em doentes sem história conhecida de patologia pulmonar, sendo que em 14 doentes estas alterações eram graves ou muito graves. No entanto, apenas 5 doentes foram referenciados para avaliação. É necessário que os doentes com alterações espirométricas sejam referenciados para estudo complementar, para tal pode ser benefício a implementação de protocolos de referenciação nas instituições.

**Palavras-chave:** Espirometria. Função respiratória.

#### PO50. ESTENOSE SUBGLÓTICA NO ADULTO - APRESENTAÇÃO INICIAL DE UM CASO DE GRANULOMATOSE COM POLIANGIITE (GPA)

A.F. Matos, A. Machado, L. Ferreira, A.S. Oliveira, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** A estenose subglótica é um problema complexo da via aérea superior cuja investigação requer um estudo abrangente, clínico, imagiológico, laboratorial e funcional. Dispneia, pieira e es-



Tabela 1 PO49

	Espirometria sem alterações	Espirometria com alterações	
N doentes	140	105	
Idade (mediana; amplitude interquartil)	59 [21]	66 [16]	p = 0,001
Sexo masculino (n;%)	81 (52,6)	73 (47,4)	p = 0,061
Tabagismo (n;%)			
Não fumador	67 (64,4)	37 (35,6)	p = 0,048
Fumador	40 (54,8)	33 (45,2)	p = 0,628
Ex-fumador	33 (48,5)	35 (51,5)	p = 0,091
Seguimento por (n;%)			
Cirurgia Geral	70 (60,3)	46 (39,7)	p = 0,337
Cirurgia Vascular	42 (54,5)	35 (45,5)	p = 0,578
Ginecologia	12 (62,2)	7 (36,8)	p = 0,581
Ortopedia	9 (64,3)	5 (35,7)	p = 0,578
Urologia	7 (36,8)	12 (63,2)	p = 0,063
Alteração na espirometria (n;%)			
AV Obstrutiva		82 (78,1)	
Ligeira		56 (68,3)	
Moderada		9 (11)	
Moderadamente grave		5 (6,1)	
Grave		7 (8,5)	
Muito Grave		5 (6,1)	
Obstrução das pequenas vias aéreas		10 (9,5)	
AV Restritiva		7 (6,7)	
Ligeira		2 (28,6)	
Moderada		1 (14,3)	
Moderadamente grave		3 (42,9)	
Grave		1 (14,3)	
AV Mista		4 (3,8)	
Moderada		1 (25)	
Moderadamente grave		2 (50)	
Grave		1 (25)	
Outras		2 (2)	

AV: Alteração ventilatória.

Tabela 2 PO49

	N doentes sem doença respiratória conhecida
AV obstrutiva	38
AV restritiva	6
AV mista	2
Obstrução das pequenas vias	2
Outras	2

tridor constituem as principais formas de apresentação nos doentes com estenose relevante.

**Caso clínico:** Género masculino, 35 anos, não fumador. Apresentação com dispneia e estridor em repouso. Estudo funcional respiratório - obstrução fixa do fluxo aéreo. TC-torácica-banda linear na região subglótica entre as 11h e as 6h. Nódulo de 11 mm na periferia do lobo superior direito. Autoimunidade-positividade para c-ANCA (84,4 UQ). Função renal e sedimento urinário sem alterações. Vi-

deobroncofibroscopia-estenose concêntrica da região subglótica associada a banda fibrótica, nacarada, móvel com os movimentos respiratórios. Submetido a broncoscopia rígida com extracção do septo nacarado e dilatação mecânica com balão. O resultado histológico das biópsias traqueais foi inespecífico. Aguardava biópsia pulmonar cirúrgica. Por agravamento clínico e confirmação endoscópica de agravamento da estenose, admitiu-se o diagnóstico de GPA e iniciou terapêutica com ciclofosfamida e corticoterapia sistémica com melhoria clínica e posterior remissão do nódulo pulmonar. Mantidos exuberantes sinais inflamatórios ao nível da região subglótica. Iniciou recentemente terapêutica com rituximab apresentando primeira avaliação no curso de acompanhamento, com cANCA negativo.

**Discussão:** A estenose subglótica é uma patologia complexa cuja decisão terapêutica deve considerar a patologia subjacente, gravidade dos sintomas e objectivos esperados, assentando na discussão integrada de uma equipa multidisciplinar experiente. A GPA é uma doença sistémica, sendo a forma mais comum de vasculite com envolvimento pulmonar. As manifestações clínicas dependem da inflamação granulomatosa necrotizante e vasculite de pequenos vasos. Estenose subglótica ocorre em aproximadamente 20% dos doentes, podendo apresentar-se na ausência de outras características de doença ativa. A estenose subglótica, por ser uma situação potencialmente ameaçadora à vida, ditou, neste caso, o início terapêutico prévio à confirmação histológica, baseado na convicção clínica, suportada em resultados analíticos e imagiológicos.

**Palavras-chave:** Estenose. Vasculite. c-ANCA.

#### PO51. DISTROFIA UNGUEAL DE ETIOLOGIA TUBERCULOSA

F. Carriço<sup>1</sup>, M. Jacob<sup>2</sup>, R. Marçôa<sup>3</sup>, R. Guedes<sup>3</sup>, C. Sousa<sup>2</sup>, L.S. Pinto<sup>4</sup>, M. Sousa<sup>4</sup>, R. Duarte<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>ULS Guarda-Hospital Sousa Martins. <sup>2</sup>Centro Hospitalar de São João. <sup>3</sup>Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. <sup>4</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico de Gaia.

**Introdução:** A tuberculose cutânea é rara, representando apenas 1,5% de todas as manifestações extra-pulmonares de tuberculose.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso de uma doente do género feminino, 80 anos, reformada, não fumadora e com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidémia. Recorreu aos serviços de saúde por apresentar distrofia ungueal do polegar esquerdo com 1 ano de evolução. Inicialmente foi feito o diagnóstico de onicomicose com base em biópsia ungueal, tendo sido medicada com anti-fúngicos tópicos e orais. Por apresentar agravamento da lesão ungueal e exsudato purulento, realizou uma 2ª biópsia ungueal cujo exame histológico mostrou granulomas epitelióides com focos de necrose e infiltrado linfocítico ao seu redor. O exame cultural da biópsia foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. A doente negava antecedentes de tuberculose ou contacto com doentes bacilíferos. Foi excluída doença pulmonar através de estudo imagiológico do tórax e exame micobacteriológico de secreções brônquicas. Foi iniciado tratamento com esquema de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. O teste de sensibilidade antibiótica mostrou sensibilidade a todos os fármacos de 1ª linha. Atualmente, a doente apresenta melhoria clínica significativa, sem toxicidades medicamentosas ou outras intercorrências.

**Discussão:** A tuberculose cutânea pode apresentar diversas manifestações clínicas. O diagnóstico e tratamento atempados são importantes, na tentativa de evitar complicações a longo prazo. A terapêutica inclui o regime habitual anti-bacilar, podendo ser necessário o seu prolongamento ou até mesmo a excisão ou reconstrução cirúrgica. Não existe atualmente nenhum tratamento tópico aprovado nestes casos.

**Palavras-chave:** Tuberculose cutânea. Distrofia ungueal. Granulomas.

## PO52. MICOSE FUNGÓIDE: UM CASO DE UMA MANIFESTAÇÃO RARA E AGRESSIVA DA DOENÇA

A. Magalhães<sup>1</sup>, I. Moreira<sup>1</sup>, A.R. Costa<sup>2</sup>, J.E. Reis<sup>2</sup>, E. Pinto<sup>3</sup>, R. Coelho<sup>1</sup>, J. Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica, Hospital Santa Marta, CHLC. <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar Lisboa Central.

**Introdução:** A micose fungóide é o tipo mais comum de linfoma T cutâneo. Apresenta-se geralmente da quinta à sétima décadas de vida, tem uma evolução indolente, com vários anos entre as primeiras manifestações cutâneas da doença e o desenvolvimento de estadios avançados com envolvimento de órgãos à distância.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma mulher de 22 anos, não fumadora, desportista, sem história médica relevante. Recorre à consulta de Dermatologia por edema duro do períneo com 10 meses de evolução. A lesão foi biopsada revelando doença granulomatosa inespecífica compatível com sarcoidose. Foi referenciada à consulta de Pneumologia neste contexto. Apresentava dispneia para esforços intensos, inferiores ao seu padrão habitual (mMRC 0) e restante exame objetivo normal. Analiticamente a destacar VS 41 mm/h, ECA 140 U/L. Estudo funcional respiratório: FVC 81%, FEV1 84%, FEV1/FVC 90,21%, TLC 93%, DLCO 52,1%, DLCO/VA 65,1%. TC tórax: espessamento dos septos interlobulares de forma difusa, infiltrado micronodular pericisural, pneumotórax laminar à esquerda. Foi revista a histologia inicial sendo a revisão compatível com linfoma não-Hodgkin cutâneo de células T, subtipo micose fungóide. A doente foi referenciada para Cirurgia Torácica com realização de biópsia pulmonar cirúrgica por VATS que confirmou extenso envolvimento pulmonar pelo linfoma. Foi encaminhada para a consulta de Hematologia tendo iniciado tratamento com CHOP, estando no 3º ciclo com boa resposta até ao momento.

**Discussão:** Embora a Micose fungóide tenha um curso tipicamente indolente, quando há envolvimento de órgãos viscerais a sobrevida decresce significativamente. Apesar de estudos *post-mortem* demonstrarem que o pulmão é o local de metastização mais frequente, existem poucas descrições na literatura de casos *in vivo*. Como tal pretende-se, com este caso em que a doença se manifesta numa jovem de forma agressiva, alertar para a importância da identificação precoce de metastização à distância com ênfase na secundarização pulmonar.

**Palavras-chave:** Linfoma. Metastização pulmonar. Neoplasia do pulmão. Sarcoidose.

## PO53. METASTIZAÇÃO CUTÂNEA NA NEOPLASIA DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO

A.C. Alves Moreira, J. Soares, J. Duarte

Hospital Garcia de Orta.

**Introdução:** As manifestações iniciais do cancro do pulmão são muitas vezes heterogêneas e atípicas, o que se pode traduzir no diagnóstico tardio.

**Caso clínico:** O caso clínico refere-se a doente do sexo feminino, 62 anos, fumadora (carga tabágica 40 UMA) com quadro de dispneia para médios esforços, febre e tosse produtiva desde o início de Dezembro 2016. Foi medicada com amoxicilina-ácido clavulânico, com parcial resolução das queixas. Desde o início de Novembro, constatou o aparecimento de tumefacção inguinal direita, com progressivo aumento dimensional e múltiplos nódulos subcutâneos no dorso e membros superiores. Recorreu ao Serviço de Urgência no final de Dezembro, pela manutenção do quadro. Objetivamente, febril (38,2 °C), eupneica (FiO2 21%); na auscultação pulmonar, diminuição do murmúrio no terço superior do hemitórax esquerdo e crepitações grosseiras; múltiplos nódulos subcutâneos de consistência pétreo no dor-

so, membros superiores e membros inferiores e tumefacção inguinal direita, de cor púrpura e consistência pétreo. Na radiografia de tórax destacava-se hipotransparência arredondada apical esquerda. No estudo complementar realizado em internamento, com TC torácica e posteriormente, PET-CT, evidente massa pulmonar no L5E (10 × 4 cm) (SUV 22), com infiltração mediastínica peri-hilar ipsilateral e metastização multifocal (suprarrenal, pancreática, mesentérica, pélvica, peritoneal, óssea). De destacar, extensa metastização subcutânea (cervical, escapular, torácica, mamária, membros, abdominal e inguino-femoral direita) (SUV 8,7 a 14,2), e incontáveis focos musculoesqueléticos latero-cervicais, escapulares, intercostais, dorsais, paravertebrais, recto abdominal, íliaco direito e glúteos. Realizada broncofibroscopia, com evidência de extenso tumor infiltrativo ao nível do BL5E. A biópsia brônquica foi diagnóstica de adenocarcinoma, histologia concordante com a histologia de nódulo subcutâneo abdominal biopsado. As metastases cutâneas são uma manifestação rara, com incidência de 1 a 5%. Em 20 a 60% dos casos surge como manifestação clínica concomitante ou inicial, sendo que a sua ocorrência agrava o prognóstico, traduzindo uma sobrevida média após diagnóstico de 3 a 5 meses.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma. Metástases cutâneas.

## PO54. OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE ADENOCARCINOMA E TUBERCULOSE. A PROPÓSITO DE UM CASO

J.F. Costa, G. Samouco, M. Oliveira, R. Natal, R. Gomes, A. Tavares, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital Sousa Martins.

**Introdução:** A associação entre cancro do pulmão e tuberculose, embora ocorrendo em apenas 2% dos casos de cancro do pulmão, é reconhecida e tem vindo a ser relatada em diversas publicações, sendo mais frequente no carcinoma epidermóide.

**Caso clínico:** Doente de 83 anos, género feminino, com antecedentes de exposição passiva ao fumo do tabaco e braseira a carvão. Recorreu ao SU por cansaço a pequenos esforços, ortopneia e dispneia paroxística nocturna com dois anos de evolução e agravamento nos seis meses anteriores. Sem alterações analíticas aparte elevação dos D-dímeros. Realizou ecocardiograma, sem alterações significativas, e angio-TC torácica: formação nodular no segmento apical do LID com 23,5 mm, subpleural. Do estudo complementar: Broncofibroscopia sem achados relevantes; citobacteriológico, micobacteriológico e DNA-MTC do aspirado brônquico negativos; citologia do aspirado negativa para células neoplásicas. PET-CT: lesão cavitada no LID, de etiologia incerta; densificação subpleural no LSD, de provável natureza inflamatória. EBUS radial: processo inflamatório crónico inespecífico da mucosa, sem representação de neoplasia. Submetida a toracotomia com ressecção em cunha de formação nodular do LID e LSD, sem linfadenectomia; diagnóstico intra-operatório de provável processo inflamatório de ambas as lesões, e diagnóstico pós-operatório de adenocarcinoma do LID, com extensão à pleura visceral, e tuberculose do LSD. Iniciou terapêutica antibacilar (HRZE), desenvolvendo quadro de hepatotoxicidade grave à Pirazinamida; reintrodução progressiva dos antibacilares, encontrando-se sob HRE. Apresentado o caso em reunião de Decisão Terapêutica: indicação para manter antibacilares e follow-up da ressecção do nódulo, sem quimioterapia adjuvante. TC torácica após um mês com evidência de recidiva tumoral, tendo iniciado quimioterapia.

**Discussão:** O presente caso pretende ilustrar o diagnóstico incidental de tuberculose pulmonar num doente com suspeita de neoplasia e a associação rara entre duas patologias com prevalência significativa, assim como alertar para a problemática que reside no timing de início de quimioterapia em doentes com diagnóstico concomitante de tuberculose.

**Palavras-chave:** Cancro do pulmão. Adenocarcinoma. Tuberculose.

### PO55. HIPERPLASIA DIFUSA IDIOPÁTICA DE CÉLULAS NEUROENDÓCRINAS PULMONARES (DIPNECH): UMA CAUSA RARA DE TOSSE CRÔNICA

P.I. Pedro<sup>1</sup>, A. Szánthó<sup>2</sup>, T. Almodovar<sup>2</sup>, F. Cunha<sup>2</sup>, J.D. da Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta. <sup>2</sup>Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

**Introdução:** A DIPNECH define-se como uma alteração pré-neoplásica que consiste na proliferação generalizada de células neuroendócrinas pulmonares, que poderão ficar confinadas no epitélio dos brônquios/bronquíolos ou invadir localmente formando *tumourlet* ou tumor carcinóide. Pode associar-se a bronquiólite constrictiva (BC) por inflamação linfocítica crónica com fibrose nas vias aéreas envolvidas.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino com 71 anos de idade, não fumadora, com tosse seca crónica com cerca de 40 anos de evolução. A doente foi medicada com broncodilatador e corticoterapia inalada com melhoria parcial das queixas. Em 2017 referiu agravamento da frequência da tosse. Apresentava obstrução das pequenas vias aéreas e diminuição da transferência alvéolo-capilar do monóxido de carbono, com valor corrigido para o volume alveolar normal. A tomografia computadorizada torácica revelava múltiplos micronódulos e nódulos pulmonares com distribuição difusa, notando-se dois de maiores dimensões no lobo médio (LM) (15 e 10 mm), e não apresentava alterações sugestivas de broncoconstricção. Realizou videobroncoscopia cuja biópsia brônquica distal do LM documenta mucosa brônquica infiltrada por uma neoplasia epitelial com imunoreactividade de marcadores neuroendócrinos, sem mitoses ou necrose, sendo compatível com tumor carcinóide, não subclassificável nesta amostra. A doente foi referenciada ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Na tomografia por emissão de positrões <sup>68</sup>Ga-Dotanoc destacava-se um nódulo no LM. Radiologicamente mantém-se estável. Em Reunião Multidisciplinar de Tumores Neuroendócrinos colocou-se a hipótese diagnóstica de DIPNECH possivelmente associada a tumor carcinóide síncrono no LM. Actualmente aguarda realização de biópsia pulmonar cirúrgica (BPC) para melhor caracterização histológica da doença.

**Discussão:** O diagnóstico de DIPNECH pode ser sugerido na presença de um contexto clínico e radiológico sugestivo (sexo feminino, não fumadora, tosse/dispneia, alterações ventilatórias obstrutivas, múltiplos nódulos ± BC). Nestas circunstâncias, a biópsia brônquica distal/pulmonar transbrônquica pode permitir o diagnóstico, embora a BPC continue a ser o *gold standard*.

**Palavras-chave:** DIPNECH. tosse crónica. tumor carcinóide.

### PO56. A ESPERANÇA NA CRONICIDADE - O FUTURO DO CANCRO DO PULMÃO

A.C. Vieira, J. Carvalho, A.F. Santos, C. Guimarães, C. Matos, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Caso clínico:** Apresentamos o caso clínico de um homem, 76 anos, com antecedentes pessoais de tabagismo, prostatectomia e HTA. Por tosse crónica, realizou em Março de 2014 uma radiografia de tórax que revelou uma hipotransparência paracardiaca direita, compatível com uma neoformação localmente avançada, associada a nódulos bilaterais caracterizada por tomografia computadorizada. Após marcha diagnóstica, concluiu tratar-se de um adenocarcinoma do pulmão estágio IV [T4N3M1 (pulmão e cérebro)]. Realizou radioterapia holocraneana e quimioterapia com carboplatino e pemetrexed (6 ciclos) com resposta parcial e posteriormente manutenção com pemetrexed. Na reavaliação subsequente, por progressão da doença a nível pulmonar e ganglionar, iniciou terapêutica de segun-

da linha com erlotinib, completando 12 ciclos dada a boa resposta. Em início de 2016 constatou-se nova progressão da doença e dado manter status performance (PS) 1, iniciou imunoterapia (nivolumab) que cumpriu durante 18 meses (37 ciclos). Em Setembro de 2017 houve agravamento do PS com nova evidência de progressão. Suspendeu imunoterapia e iniciou quimioterapia (vinorelbina), encontrando-se em fase de reavaliação. Destacamos este caso clínico dado tratar-se de um doente com diagnóstico inicial de cancro do pulmão estágio IV cuja literatura atual estima sobrevida média de 8.8 meses, e que, contrariando estas probabilidades, apresenta sobrevida de 44 meses.

**Discussão:** Assistimos, nos últimos anos, a uma mudança no paradigma do tratamento do cancro do pulmão e na realidade desta doença oncológica. O desenvolvimento de novas linhas terapêuticas e o investimento em tratamentos que visam o doente, enquanto principal agente no combate da doença, torna esta doença *a priori* mortal em potencialmente crónica. A evolução científica nesta área traduz-se num aumento da sobrevida e melhoria da qualidade de vida incentivando-nos a cada dia a fazer mais e melhor pelos doentes em fase avançada de doença. A gestão desta doença oncológica está em fase de transformação sendo a cada dia um desafio para médicos e doentes.

**Palavras-chave:** Neoplasia. Pulmão. Adenocarcinoma. Sobrevida.

### PO57. DOENÇA PULMONAR DIFUSA EM ESTUDO: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

M. Conceição, S. Guerra, Â. Cunha, J. Correia, T. Abrantes, J. Silva, A. Reis, A.S. Torres

Centro Hospitalar Tondela Viseu.

**Introdução:** O diagnóstico diferencial de infiltrados pulmonares intersticiais difusos inclui um grupo heterogéneo de doenças cujo mecanismo patogénico é semelhante.

**Caso clínico:** Homem de 69 anos, ex-fumador (42 UMA) e exposição ocupacional a vapor de carvão e derivados de petróleo. Antecedentes de obesidade, HTA e DM II. Admitido por quadro de tosse produtiva com expectoração mucosa, dispneia de agravamento progressivo (mMRC 2) e perda ponderal de 6 kg, com 3 meses de evolução. Negava toracalgia, hemoptises ou febre. Sem outras queixas específicas de órgão. Negava introdução de novos fármacos mas confirmava contacto com aves e humidade. Apresentava crepitações dispersas bilateralmente na auscultação pulmonar e insuficiência respiratória hipoxémica (paO<sub>2</sub> 44 mmHg). Analiticamente: leucocitose (16 × 10<sup>9</sup>/L), LDH 809 UI/L e PCR 3,09 mg/dL. Radiografia de tórax com infiltrado alveolar bilateral difuso. A TC tórax mostrava áreas em vidro despolido bilateralmente, algumas de morfologia nodular e outras com padrão *crazy-paving*, mais extenso e consolidativo no lobo inferior direito (LID) com broncograma aéreo, e adenomegalias mediastínicas. Internado para vigilância, tratamento e esclarecimento de possível doença pulmonar difusa. Efetuou estudo de auto-imunidade que foi negativo, bem como serologias víricas. Das provas de função respiratória, destacava-se alteração restritiva com diminuição moderada da DLCO. Broncofibroscopia sem alterações endobrônquicas. Após realização de biópsia trans-tórax (BTT) no LID, por agravamento clínico e radiológico iniciou corticoide sistémico (60 mg/dia), com discreta melhoria. A citologia do lavado bronco-alveolar e aspirado brônquico foram compatíveis com carcinoma de células não pequenas. O resultado anatomo-patológico da BTT evidenciou adenocarcinoma misto de padrões lepidico não mucinoso, papilar e micropapilar - padrão lepidico predominante.

**Discussão:** O adenocarcinoma lepidico predominante, previamente designado carcinoma bronquioloalveolar, é um subtipo de adenocarcinoma invasor caracterizado imagiologicamente por áreas em vidro despolido. O presente caso permite realçar que a etiologia neoplá-



sica é um importante diagnóstico diferencial a considerar na presença de alterações intersticiais difusas.

**Palavras-chave:** *Adenocarcinoma lepidico predominante. Infiltrados intersticiais difusos. Doença pulmonar difusa.*

### PO58. DOIS CASOS DE LINFOMA COM METASTIZAÇÃO ENDOBRÔNQUICA

M. Ramalho, C. Matos, V. Sacramento, M. Aguiar, S. Furtado

*Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introdução:** A presença de lesões endobrônquicas levanta geralmente a suspeita de neoplasia do pulmão. Apesar de rara a metastização endobrônquica não deve ser esquecida, sendo os tumores primários mais frequentes o rim, o cólon e a mama.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de um doente do género masculino, 70 anos, não fumador, com antecedentes pessoais de adenocarcinoma gástrico (diagnóstico em 2002, submetido a gastrectomia total e quimioterapia adjuvante, sem evidência de recidiva) e trombose venosa profunda (2012). Em tomografia computadorizada (TC) de tórax de *follow up* foi detetada consolidação pulmonar peri-hilar no lobo superior direito (LSD) com oclusão e densificações broncovasculares distais multifocais. Realizou broncofibroscopia que revelou obstrução do LSD. Programou-se broncofibroscopia rígida para repermeabilização do LSD e colheita de novas biópsias, cuja análise anatomo-patológica foi compatível com linfoma difuso fenótipo B. O doente foi referenciado para consulta de Hematologia. O segundo caso é referente a um homem de 75 anos, fumador, com antecedentes pessoais de leucemia linfocítica crónica (LLC), com diagnóstico em 2012. Em 2017 foi internado por hipercalecémia grave de presumível etiologia paraneoplásica. Realizou TC-tórax que identificou volumosas adenopatias cervicais, supraclaviculares, axilares, mediastínicas e hilares pulmonares bilaterais, condicionando diminuição do calibre dos brônquios lobares à direita. Fez broncofibroscopia que mostrou encerramento total do LSD e do lobo médio. O exame anatomo-patológico das biópsias brônquicas foi positivo para linfoma difuso de grandes células B. Manteve seguimento em consulta de Hematologia.

**Discussão:** Os linfomas não-Hodgkin pertencem a um grupo heterogéneo de doenças malignas linfoproliferativas com diferentes padrões de comportamento, prognóstico e tratamento. Podem envolver as estruturas torácicas, nomeadamente o mediastino e o parênquima pulmonar em até 43% dos doentes em alguma fase da história natural da doença. No entanto, o envolvimento endobrônquico é muito raro, mesmo na presença de doença avançada.

**Palavras-chave:** *Linfoma não-Hodgkin. Metastização endobrônquica.*

### PO59. ABORDAGEM A 4 NEOPLASIAS. UMA RARIDADE

F.C. Lima, N.C. Pereira, D. Tente, S. Campinha, V. Oliveira, A. Barroso

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** A situação de doentes com múltiplas neoplasias tem aumentado progressivamente devido à sua maior sobrevivência, a protocolos rigorosos de follow-up e ao avanço dos métodos de diagnóstico.

**Caso clínico:** Apresenta-se uma mulher de 79 anos, não fumadora, com antecedentes de tireoidectomia por carcinoma papilar (pT1aG1R0) em 2012 e hemicolectomia direita por adenocarcinoma moderadamente diferenciado do cólon em 2016-pT1N0R0. Em consulta de follow-up realizou TC que revelou 4 nódulos pulmonares suspeitos - dois no lobo superior direito (LSD), com

15 mm e 7 mm, um no lobo inferior direito, de 6 mm, e outro no lobo inferior esquerdo, de 6 mm, bem como uma massa com 5,5 x 4,5 cm no rim direito, sugestiva de neoplasia. Assim, doente foi referenciada para Pneumologia Oncológica e Urologia. Realizou biópsias do nódulo pulmonar de 15 mm, que revelou neoplasia neuroendócrina com características de carcinóide típico, e renal, que evidenciou carcinoma pouco diferenciado com expressão de queratinas de alto peso (natureza urotelial?). Para estadiamento de tumor carcinóide realizou PET Ga-68-DOTA-NOC - sem focos claramente sugestivos de lesões de tumor neuroendócrino, todavia, com foco com intensidade discreta em nódulo pulmonar direito; e PET F-18-FDG, verificando-se foco de captação discreta em nódulo no LSD e foco de actividade de significado patológico incerto no rim direito. Após discussão de caso em Consulta Multidisciplinar, decidida prioridade de tratamento de neoplasia renal e esclarecimento etiológico de restantes nódulos pulmonares. Realizou assim biópsia aspirativa transtorácica do nódulo de 7 mm, que revelou tratar-se de tumor neuroendócrino bem diferenciado (tumor carcinóide), com origem pulmonar. Equaciona-se então possibilidade de biopsar restantes nódulos pulmonares. Doente aguarda nefrectomia bem como consulta de aconselhamento genético.

**Discussão:** Apresenta-se este caso pela sua raridade e complexidade no estudo e plano terapêutico. Parece-nos ainda importante alertar para a relevância de um acompanhamento rigoroso e tratamento multidisciplinares, no sentido de evitar que variados factores confundidores induzam a diagnóstico, estadiamento e tratamento inadequados.

**Palavras-chave:** *Neoplasia pulmonar. Nódulos pulmonares.*

### PO60. CISTO MÜLLERIANO MEDIASTÍNICO

F. Aguiar, A.L. Vieira, M.J. Araújo, R. Pereira, J. Lages, B. Fernandes, J. Cunha

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** Os cistos mediastínicos congénitos representam entre 12 a 20% das massas mediastínicas. Os mais comuns são os cistos broncogénicos, os cistos tímicos e os neuroentéricos. O cisto mülleriano congénito, usualmente identificado em órgãos génito-urinários, foi descrito pela primeira vez no mediastino em 2005 por Hattori et al. A patogénese dos cistos müllerianos é desconhecida. Julga-se que decorre durante a embriogénese, após dispersão de epitélio mülleriano para o tórax.

**Caso clínico:** Trata-se de um doente de 52 anos, do género feminino com antecedentes de Rinite e Tosse crónica que realizou, sob a requisição do seu médico assistente, uma radiografia de tórax. Esta revelou uma imagem nodular na região para-traqueal direita. De forma a esclarecer este achado, a doente realizou um tomografia computadorizada de tórax e uma ressonância magnética nuclear (RMN). Estes exames confirmaram a presença de uma lesão de 22 mm para-vertebral direita. Na RMN apresentava hipersinal em T2 e sinal intermédio em T1, sem realce ao gadolínio. O caso foi referenciado à cirurgia torácica, que através de uma cirurgia vídeo-assistida uniportal, extraiu o cisto. A análise anatomopatológica revelou tratar-se de um cisto mülleriano com positividade para receptores de estrogénio.

**Discussão:** Os restantes casos encontrados na literatura, referem-se aos cistos müllerianos mediastínicos como usualmente assintomáticos ou com clínica discreta e inespecífica, como dor lombar ou tosse. Estão descritos apenas em mulheres, a maioria entre os 40 a 60 anos, tal como o presente caso. Os cistos müllerianos mediastínicos são uma entidade patológica relativamente recente e extremamente rara, mas de reconhecimento crescente.

**Palavras-chave:** *Cisto mülleriano. Tumor benigno do tórax.*

### PO61. REVISÃO ANTIMICROBIANA E MICROBIOLÓGICA DOS CASOS DE NEUTROPENIA FEBRIL DOS ÚLTIMOS 6 ANOS

F. Aguiar, M.J. Araújo, R. Pereira, A.L. Vieira, J. Lages, C. Pacheco, J. Cunha

*Hospital de Braga.*

A Neutropenia Febril (NF) é uma das complicações mais temíveis da quimioterapia. É definida por febre e contagem absoluta de neutrófilos  $< 0,5 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Com o objetivo de caracterizar o tratamento antimicrobiano e os achados microbiológicos dos doentes com NF, realizou-se uma análise retrospectiva dos doentes internados no Serviço de Pneumologia com NF secundária a quimioterapia no intervalo de 6 anos. Foram considerados 47 casos - mediana de idade de 67,0 anos e predominância do género masculino (91,5%). Os diagnósticos mais frequentes foram o Adenocarcinoma (57,4%), o carcinoma epidermóide (21,3%) e o carcinoma de pequenas células (12,8%). 76,6% dos doentes encontrava-se em 1º linha de tratamento e 65,9% em 1º a 2º ciclo de tratamento. A NF foi iatrogénica em metade dos casos à vinorelbina (51,1%). Outros regimes quimioterápicos associados foram pemetrexed (29,8%), etoposídeo (14,9%), docetaxel (2,1%) e gencitabina (2,1%). Em 61,7% dos casos havia associação com carboplatino. As queixas à admissão hospitalar foram maioritariamente respiratórias (40,4%) ou generalizadas (25,5%). 55,3% dos doentes receberam tratamento antimicrobiano com piperacilina/tazobactam. Dos restantes, 19,1% cumpriu tratamento antimicrobiano com meropenem (um com associação com vancomicina), 14,9% com levofloxacina, 8,6% com amoxicilina+ácido clavulânico (50% com associação com claritromicina) e 2,1% com ceftriaxone + claritromicina. Em apenas 3 doentes (6,3%) houve falência antimicrobiana. 3 Doentes faleceram nas primeiras 48 horas de internamento pelo que não foi possível avaliar eficácia antimicrobiana. Identificou-se o patógeno em 12,8% dos casos. Foram identificados casos de infeção por *Klebsiella pneumoniae* (4,2%), *Escherichia coli* (2,1%), *Enterobacter aerogenes* (2,1%), *Acinetobacter baumannii* (2,1%) e *Candida glabrata* (2,1%). A neutropenia febril é uma causa importante de mortalidade e morbidade. Estima-se conseguir identificar foco de infeção e/ou microrganismo patogénico em 50% dos casos. Revelamos uma baixa taxa de falência antimicrobiana e uma taxa de isolamento microbiológico superior ao da literatura. Todos os isolamentos bacterianos foram de microrganismos Gram -.

**Palavras-chave:** Neutropenia febril. Microbiologia. Oncologia respiratória.

### PO62. ULTRASSONOGRRAFIA ENDOBRÔNQUICA NA NEOPLASIA ESOFÁGICA - QUANDO A ENDOSCOPIA DIGESTIVA NÃO É SUFICIENTE

L.M. Santos<sup>1</sup>, M. Jacomelli<sup>2</sup>, P. Scordamaglio<sup>2</sup>, P. Cardoso<sup>3</sup>, V. Figueiredo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>2</sup>Serviço de Endoscopia Respiratória, Departamento Pneumológico do Instituto do Coração (InCor), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil. <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Torácica, Departamento de Cardiopneumologia do Instituto do Coração (InCor), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

**Introdução:** A combinação do EBUS-TBNA com EUS-FNA tem-se mostrado precisa no estadiamento da neoplasia pulmonar e esofágica. A endoscopia digestiva alta (EDA) tem elevada precisão no diagnóstico e estadiamento da neoplasia esofágica, mas pode ser tecnicamente limitada quando as estenoses tumorais obstruem o lumen esofágico.

**Caso clínico:** Mulher, 60 anos, com odinofagia e disfagia para sólidos e líquidos de agravamento progressivo no último mês. A TC do pescoço e do tórax mostrou espessamento e realce discretamente heterogêneo na transição faringoesofágica, inespecífico, e ausência de adenomegalias mediastinais ou hilares. A EDA mostrou elevada lesão vegetante de bordos irregulares, com 10 mm de comprimento, que obstruía parcialmente o lúmen esofágico impedindo a progressão do endoscópio, onde foram realizadas biópsias. A broncoscopia flexível, mostrou pequena lesão ulcerada na parede lateral do seio piriforme esquerdo onde também foram realizadas biópsias. Não mostrou lesões endobrônquicas ou sinais de compressão extrínseca. A biópsia realizada durante a EDA mostrou displasia epitelial escamosa de baixo grau e a biópsia da lesão do seio piriforme processo inflamatório crónico em mucosa escamosa, sem evidência de neoplasia. A PET-CT revelou espessamento circunferencial do esófago cervical com estreitamento do lúmen esofágico (SUV 9,6), gânglios linfáticos mediastínicos subcentimétricos inespecíficos e ausência de sinais de invasão de estruturas adjacentes. Dado a dificuldade técnica causada pelo grau de estenose esofágica que impedia a passagem do endoscópio digestivo para realização de nova biópsia, optou-se pela realização de EBUS-TBNA para esclarecimento diagnóstico. Ao EBUS observou-se lesão heterogênea, de margens definidas, pouco vascularizada, ao nível da subglote, onde foi realizado TBNA com agulha fina 22G. A citopatologia do aspirado foi diagnóstica para carcinoma epidermóide do esófago.

**Discussão:** Este caso ilustra um exemplo no qual o EBUS-TBNA foi diagnóstico para neoplasia primária do esófago. A estenose do lúmen esofágico condicionada pela própria neoplasia não permitiu a realização de biópsias com material representativo através do lúmen esofágico. EBUS-TBNA pode ser uma abordagem diagnóstica alternativa nestes casos.

**Palavras-chave:** Ultrassonografia endobrônquica. EBUS-TBNA. Neoplasia do esófago. Diagnóstico.

### PO63. CRIOBÍPSIA TRANSBRÔNQUICA EM DOIS LOBOS NO ESTUDO DE PATOLOGIA INTERSTICIAL PULMONAR: AVALIAÇÃO DA TAXA DE COMPLICAÇÕES COM O USO DE DOIS BLOQUEADORES BRÔNQUICOS

C. Marques, D. Machado, D. Coutinho, S. Campinha, A. Oliveira, J. Almeida, S. Neves

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.*

**Objectivos:** Avaliar se o uso de dois bloqueadores brônquicos diminui a taxa de complicações da criobiópsia transbrônquica realizada em dois lobos diferentes, durante o estudo de patologia intersticial pulmonar.

**Métodos:** Foram incluídos todos os doentes submetidos a criobiópsia transbrônquica em dois lobos diferentes no período entre Agosto 2016 e Outubro 2017. Os dados sociodemográficos, clínicos, funcionais e técnicos foram recolhidos prospectivamente. Foram utilizados como bloqueadores brônquicos os cateteres-balão Olympus® B5-2C. Foram comparadas as taxas de complicações entre os doentes em que se utilizou dois cateteres-balão versus um cateter-balão. A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS 24. Foi assumido um valor de significância de 0,05.

**Resultados:** Foram incluídos 28 doentes. Os resultados estão descritos na tabela 1.

**Conclusões:** O uso de dois cateteres-balão durante a criobiópsia transbrônquica não diminuiu, de forma estatisticamente significativa, a taxa de complicações. Apesar disso, é de realçar que no grupo em que foram utilizados dois cateteres-balão não existiu nenhum caso de hemorragia grave e a frequência de pneumotórax foi menor. A amostra pequena é uma limitação do estudo.

**Palavras-chave:** Criobiópsia transbrônquica. Patologia intersticial pulmonar.

Tabela PO63			
	Uso de 1 cateter-balão	Uso de 2 cateteres-balão	p
n doentes	20	8	
Idade (mediana [amplitude interquartil])	69 [14]	68 [12]	p = 0,003
Sexo masculino (n)	11 (55)	3 (37,5)	p = 0,678
IMC (mediana [amplitude interquartil])	28 [6]	32 [5]	p = 0,121
Avaliação funcional			
FVC%previsto (mediana [amplitude interquartil])	87 [33]	92 [13]	p = 0,039
DLC0%previsto (mediana [amplitude interquartil])	58 [17]	76 [10]	p = 0,204
Características dos fragmentos			
N fragmentos [min-max]	5 [3-6]	5 [4-5]	p = 0,132
Dimensão média dos fragmentos (mediana [amplitude interquartil])	4,53 [0,9]	4,00 [0,91]	p = 0,483
Área média dos fragmentos (mediana [amplitude interquartil])	15,9 [9,9]	12,7 [4,0]	p = 0,366
Complicações			
Pneumotórax n (%)	8 (40%)	1 (12,5%)	p = 0,214
Hemorragia n (%)			
< 50 ml	17 (85%)	6 (75%)	p = 0,606
50-100 ml	1 (5%)	2 (25%)	p = 0,188
≥ 100ml	2 (10%)	0	p = 0,999
Uso de medidas complementares de hemostase			
Uso de soro gelado n (%)	18 (90%)	6 (75%)	p = 0,555
Uso de adrenalina n (%)	8 (40%)	3 (37,5%)	p = 0,999

#### PO64. ABORDAGEM BRONCOSCÓPICA DAS ESTENOSES BENIGNAS DA TRAQUEIA. CASUÍSTICA DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

C. Freitas, A. Morais, G. Fernandes, A. Magalhães

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

**Introdução:** A broncoscopia de intervenção é uma modalidade de tratamento das estenoses benignas da traqueia (EBT).

**Objectivos:** Analisar a abordagem broncoscópica das EBT no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar São João e seus resultados.

**Métodos:** Foram revistos todos os doentes com EBT que efetuaram o primeiro tratamento broncoscópico entre 01/01/2011 e 31/12/2016. Foi analisado o tratamento efectuado e seus resultados.

**Resultados:** Foram incluídos 25 doentes. A média de idade foi 56 anos. 64% eram mulheres. A etiologia mais frequente foi a EBT pós-entubação (76%). A localização mais frequente foi o terço superior da traqueia (68%). Nove doentes tinham EBT simples e dezasseis EBT complexa. A mediana de severidade de obstrução foi 80%. A média de procedimentos foi 3,6 por doente. Onze doentes (oito com EBT simples e três com EBT complexa) foram tratados apenas com dilatação mecânica (DM), sendo necessária uma mediana de 3 DM. O tempo mediano entre dilatações foi 4,5 meses. Quatro doentes recidivaram, sendo que em três tratava-se de EBT complexa. O tempo mediano até à recidiva foi 1,5 anos. A prótese traqueal (PT) foi colocada em dez EBT complexas, quatro inicialmente e seis após tentativa de DM. Nestes seis doentes, foram realizadas uma mediana de 2,5 DM até colocação de PT. A PT foi retirada em quatro doentes após uma mediana de três anos. Destes, um recidivou necessitando de DM seriadas para controlo da EBT. O tratamento cirúrgico foi realizado em três doentes com EBT complexas. Nestes, foi efetuado tratamento broncoscópico como ponte até à data de cirurgia.

**Conclusões:** As EBT exigem intervenções broncoscópicas de repetição. DM sucessivas foram suficientes para tratar as EBT simples. No entanto, PT foi necessária na maior parte nas EBT complexas. O tratamento cirúrgico foi realizado numa minoria dos doentes, realçando a importância da abordagem broncoscópica no tratamento das EBT.

**Palavras-chave:** Estenose benigna da traqueia. Broncoscopia de intervenção. Protese traqueal. Dilatação mecânica. Estenose pós-entubação.

#### PO65. UMA ABORDAGEM POUCO CONVENCIONAL DA FÍSTULA BRONCOPEURAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Fernandes<sup>1</sup>, A.J. Ferreira<sup>1</sup>, V. Matos<sup>2</sup>, J. Bernardo<sup>3</sup>, M.A. Marques<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A; <sup>2</sup>Serviço de Cardiologia A; <sup>3</sup>Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospitais da Universidade de Coimbra-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

**Introdução:** A fístula broncopleurá (FBP) é uma complicação rara, mas grave, da cirurgia pulmonar e está associada a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade. A colocação de um dispositivo Amplatzer (DA), utilizado habitualmente no encerramento de defeitos do septo interauricular, guiada por via broncoscópica, permite uma abordagem minimamente invasiva e eficaz da FBP.

**Caso clínico:** Mulher de 65 anos, com antecedentes de esclerose sistémica, sob corticoterapia crónica, realizou resseção em cunha de nódulo localizado no segmento apical do lobo inferior direito, com resultado histopatológico compatível com adenocarcinoma do pulmão. Foi submetida a lobectomia inferior direita e linfadenectomia mediastínica e iniciou quimioterapia adjuvante. Um mês após a cirurgia, verificou-se a presença de orifício cutâneo, a nível da incisão, com fuga aérea, pelo que a doente foi submetida novamente a cirurgia, confirmando-se a presença de fístula broncopleurocutânea, a qual foi encerrada com fio de sutura. No entanto, por recidivas recorrentes da FBP, a doente voltou a ser intervencionada duas vezes nos meses seguintes, sem sucesso. Por falência das sucessivas abordagens cirúrgicas, foi proposta a realização de encerramento da FBP através da colocação de DA por via endobrônquica. Após determinar o tamanho do dispositivo por visualização direta do orifício brônquico através de broncofibroscopia flexível, procedeu-se à introdução da sonda guia, com a doente sob anestesia geral. O dispositivo foi posteriormente colocado no orifício através do broncoscópico rígido, sob controlo fluoroscópico e endoscópico simultâneos. Não ocorreram complicações e confirmou-se ausência de fugas nas semanas seguintes. A doente permaneceu assintomática e teve alta clínica para o domicílio.

**Discussão:** O encerramento de FBP após lobectomia ou pneumectomia com DA por via broncoscópica parece-nos ser um procedimento seguro e eficaz, devendo ser considerado precocemente nestes ca-



sos. A abordagem multidisciplinar foi preponderante na resolução de um caso que, à partida, teria um mau prognóstico.

**Palavras-chave:** *Fistula broncopleurál. Broncoscopia.*

#### PO66. AIR SMART SPIROMETER® VS MASTERSCREEN BODY JAEGER®. ESTUDO DE CONCORDÂNCIA

J.P. da Costa Oliveira, A.J. Correia Gouveia Ferreira, C.M. Silva Robalo Cordeiro

*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.*

**Introdução:** A espirometria constitui um pilar básico do estudo da função respiratória. O Air Smart Spirometer (2015) é um dispositivo médico portátil que permite a obtenção dos parâmetros espirométricos FVC, FEV1, FEV1/FVC e PEF apresentando-se com objetivos promissores na deteção, avaliação e monitorização de patologias pulmonares. **Objectivos:** Verificar a existência de concordância entre os resultados dos parâmetros espirométricos obtidos com o Air Smart Spirometer e com o MasterScreen Body Jaeger - pletismógrafo utilizado em ambiente hospitalar.

**Métodos:** Estudo observacional transversal através da realização de espirometria com ambos os dispositivos num grupo de 113 doentes com indicação para estudo funcional respiratório (amostra de conveniência num período temporal de dez dias) no Laboratório de Fisiopatologia Respiratória do Serviço de Pneumologia A do CHUC, utilizando-se a análise estatística de concordância segundo o método de Bland Altman para os parâmetros espirométricos FVC, FEV1, FEV1/FVC e PEF obtidos no Air Smart Spirometer e no MasterScreen Body Jaeger.

**Resultados:** Não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos os dispositivos para os resultados da média das diferenças de FEV1 medidas em cada equipamento em cada doente ( $p = 0,312$ ), não acontecendo o mesmo para FVC, FEV1/FVC e PEF. O estudo de concordância pelo método de Bland Altman para o FEV1 revela uma média de diferenças entre o Air Smart Spirometer e o MasterScreen Body Jaeger de apenas 0,0189 litros.

**Conclusões:** Perante a concordância para os resultados do FEV1 com um equipamento já utilizado em ambiente hospitalar, o Air Smart Spirometer manifesta-se como um dispositivo portátil útil no rastreio de patologia respiratória em grandes populações bem como na monitorização de doenças respiratórias como a DPOC em que o FEV1 é utilizado como parâmetro de avaliação de gravidade. Contudo, as suas vantagens não substituem o estudo funcional respiratório realizado em ambiente hospitalar no âmbito da avaliação do doente com patologia pulmonar.

**Palavras-chave:** *Espirometria. Air Smart Spirometer®. MasterScreen Body Jaeger®. Concordância.*

#### PO67. BRONCOCELO EM DOENTE COM ASMA EOSINOFÍLICA NÃO ALÉRGICA - IMPORTÂNCIA DA VIDEOBRONCOFIBROSCOPIA

M. Baptista, J. Barata, R. Silva, M.J. Valente, M.S. Valente

*Centro Hospitalar Cova da Beira.*

**Introdução:** Um broncocelo resulta da presença de secreções mucóides impactadas na árvore brônquica. Pode ter causas obstrutivas, como tumor endobrônquico, estenose brônquica ou corpo estranho, ou não obstrutivas, incluindo asma, fibrose quística e aspergilose broncopulmonar alérgica.

**Caso clínico:** Mulher, 60 anos, não fumadora, com asma brônquica e refluxo gastro-esofágico, medicada com fluticasona inalada e lansoprazol. Observada em consulta de Pneumologia por tosse crónica produtiva com 3 anos de evolução. Queixas de expectoração espessa de difícil eliminação, rinorreia posterior, pieira e dispneia para médios esforços. Ao exame objetivo, saturação de oxigénio de 98%, ferveores crepitantes e sibilos bilaterais à auscultação. Radiografia

torácica com infiltrados areolares hilares e paracardiácos direitos. Foi otimizada terapêutica médica com erdoesteína, associação salmeterol/fluticasona, fluticasona nasal e azitromicina, com melhoria da pieira mas manutenção da expectoração. Analiticamente, com eosinofilia e IgE total elevada, mas RAST para multialérgenos inalantes, IgE específica para *Aspergillus fumigatus* e testes de sensibilidade cutâneos negativos. Provas funcionais respiratórias com resposta ao broncodilatador apenas das vias aéreas periféricas. TC dos seios perinasais com polisinusite. TC torácica mostrou preenchimento brônquico por tecidos moles no segmento basal interno do lobo inferior direito (LID). Realizada videobroncofibroscopia com observação de rolhão de muco espesso ocluindo completamente o orifício do segmento interno do brônquio do LID, que foi removido por aspiração. Apresentava inflamação e edema do esporão da divisão subsegmentar mas sem sinais de neoformação ou estenose endobrônquica. Estudo microbiológico e citológico do aspirado brônquico negativo, incluindo para micobactérias. O tratamento foi complementado com fisioterapia respiratória. A doente referiu melhora significativa da tosse, cansaço e dispneia.

**Discussão:** A identificação imagiológica de broncocelo obriga à realização de broncofibroscopia para excluir causas obstrutivas e obter amostras biológicas. Neste caso, o broncocelo surgiu devido à formação de rolhão de muco numa doente com asma eosinofílica não alérgica não controlada com corticóides inalados.

**Palavras-chave:** *Broncocelo. Videobroncofibroscopia. Asma eosinofílica não alérgica. Tosse crónica.*

#### PO68. BRONCOLOGIA DE INTERVENÇÃO. IMPORTÂNCIA DAS TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS

B. Von Amann<sup>1</sup>, J. Dionísio<sup>2</sup>, A.S. Santos<sup>3</sup>, S. Alfarroba<sup>3</sup>, A. Szantho<sup>2</sup>, J.D. da Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia CHLN, Serviço de Pneumologia IPO Lisboa.* <sup>2</sup>*Serviço de Pneumologia IPO Lisboa.* <sup>3</sup>*Serviço de Pneumologia CHLC.*

**Introdução:** As técnicas de intervenção pneumológicas permitiram nos últimos anos melhorar a acuidade diagnóstica e possibilitaram a terapêutica de doentes cada vez mais complexos.

**Caso clínico:** Mulher, 76 anos, sem exposições profissionais, patologia respiratória na infância ou tuberculose. Ex-fumadora desde há 2 anos (CT 50 UMA) com bronquite crónica. carcinoma invasivo da mama esquerda diagnosticada em setembro 2017 sob hormonoterapia. Por tosse persistente, dispneia para esforços de agravamento recente e perda ponderal de 3 Kg no último ano fez Angio-TC: hipodensidade endoluminal distal no brônquio principal esquerdo (BPE) a condicionar desvio das estruturas mediastínicas para a esquerda com colapso atelectásico. Broncofibroscopia: massa oclusiva no BPE. Biópsias compatíveis com carcinoma pavimento-celular. TC abdomino-pélvico e CE sem evidências de metastização. PET-CT: preenchimento do BPE distal e com SUV máx. de 11,74, atelectasia parcial do LSE com extensa lesão pulmonar hipermetabólica, heterogénea de 83 × 114 mm (SUV 7,39), adenopatias infra-carinal e mediastínicas homolaterais. Referenciada ao IPO para terapêutica endoscópica, realizou na mesma sessão videobroncofibroscopia para reavaliação, broncoscopia rígida com desobstrução mecânica e remoção de tecido necrosado e ainda EBUS através do broncoscópico rígido. Identificadas ecograficamente adenopatias 2L-4L-7-10R-4R; procedeu-se a punção ecoguiada de 4L-7-4R sendo interessado gânglio em todas as passagens: negativo na avaliação por citopatologista na sala e em laboratório. Reestada em T4N0M0 efetuou TC-tórax de reavaliação com permeabilização da ABE e mediastinoscopia que confirmou grupos 4L-4R-7 negativos para células neoplásicas. Após nova discussão em reunião multidisciplinar iniciou QT neoadjuvante para eventual cirurgia.

**Discussão:** O caso salienta a importância de um adequado estadiamento mediastínico e a possível influência da terapêutica endoscópica no tratamento subsequente da neoplasia do pulmão. Este caso

clínico é peculiar por se terem utilizado várias técnicas pneumológicas num mesmo tempo de intervenção o que possibilitou a mudança de atitude terapêutica, conferindo um prognóstico menos desfavorável do que considerado inicialmente.

**Palavras-chave:** *Broncologia. Intervenção. EBUS. Broncoscopia rígida.*

### PO69. HEMOPTISES MACIÇAS EM CONTEXTO DE BRONCOFIBROSCOPIA PROGRAMADA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Marques, F. Lima, C. Peixoto, D. Coutinho, S. Campinha, A.I. Pereira, J. Almeida

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.*

**Introdução:** As hemoptises maciças são das complicações mais temidas durante a realização de broncofibroscopia exigindo uma abordagem emergente.

**Caso clínico:** Masculino, 74 anos, fumador (30 UMA), sem antecedentes ou medicação habitual. Enviado para realização de broncofibroscopia após episódio de expectoração hemoptóica. Sem outros sintomas associados. Durante a realização da broncofibroscopia identificadas 3 formações nodulariformes da mucosa (porção terminal do brônquio principal direito (BPD); tronco intermédio e proximalmente ao início do lobo médio), de superfície lisa, sem pulsatilidade. Realizada biópsia a nível da formação nodulariforme da porção terminal do BPD, com ocorrência de hemorragia imediata “em jacto” com rápida inundação da árvore brônquica. Repercussão tensional imediata com necessidade de fenilefrina IV, fluidoterapia agressiva e ácido tranexâmico IV. Conversão para broncoscopia rígida, identificando-se presença de sangue a nível de toda a árvore traqueobrônquica. Realizada lavagem com soro fisiológico gelado e adrenalina, colocação de spongostan® e tentativa de tamponamento com balão hemostático Olympus® B7-2C, permitindo controlo da hemorragia e reperfusão da árvore brônquica. Contudo, após controlo inicial verificou-se re-início de hemorragia significativa, pelo que foi decidido entubação orotraqueal e colocação de bloqueador brônquico Uniblocker® colocado dentro do tubo orotraqueal. Transferido para unidade de cuidados intensivos onde permaneceu sob ventilação mecânica invasiva e com necessidade de suporte vasopressor. Realizou Angio-TC que demonstrava: “...ectasia das artérias brônquicas mais expressiva à direita em topografia peri-hilar...ectasia focal proximal de uma das artérias, com 12 mm de calibre (a 20-30 mm da origem na aorta descendente)...”. Decidiu referenciar para arteriografia brônquica: “...identificação de hipertrofia da artéria brônquica direita, duas artérias intercostais direitas e artéria diafragmática direita...”. Realizada embolização selectiva de todas as artérias acima referidas. Posteriormente boa evolução clínica com progressão no desmame ventilatório.

**Discussão:** Os profissionais que realizam broncofibroscopias devem ter experiência na abordagem de possíveis complicações ameaçadoras de vida como as hemoptises maciças, que exigem uma abordagem conjunta com anestesiologia e o uso de várias técnicas de hemostase concomitantes.

**Palavras-chave:** *Hemoptises. Broncofibroscopia.*

### PO70. CRIABIÓPSIA: UM CASO DE BRONQUIOLITE FOLICULAR

A.S. Machado<sup>1</sup>, C. Antunes<sup>1</sup>, E. Brysch<sup>1</sup>, T. Abreu<sup>2</sup>, L. Mota<sup>2</sup>, L. Ferreira<sup>3</sup>, J. Semedo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>2</sup>Unidade de Pneumologia de Intervenção; <sup>3</sup>Hospital de Dia Pneumológico/ Interstício, Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** Bronquiolite folicular define-se como uma patologia linfoproliferativa benigna com características histológicas específi-

cas (tecido linfóide associado a hiperplasia da mucosa presente à volta dos espaços peribrônquicos), pelo que o seu diagnóstico histológico requer amostras representativas. Os autores apresentam um caso em que a realização de criobiópsia permitiu o diagnóstico de bronquiolite folicular.

**Caso clínico:** Homem, 45 anos, não fumador, sem exposições ou história familiar relevantes, com diagnósticos prévios de asma e status pós neoplasia do testículo metastazada em 1999, em remissão completa. Clinicamente assintomático, é seguido em consulta de Pneumologia apresentando alterações em TC torácica: “em topografia periférica, envolvendo a totalidades dos lobos pulmonares, identificam-se ténues imagens de condensação/densificação, predominantemente reticulares, algumas com discretos bronquiogramas aéreos no seu interior, outras com áreas de maior consolidação interna. Há um discreto espessamento parietal brônquico e bronquiolar nos lobos inferiores, assim como na língua”. Estudo funcional respiratório apresenta obstrução das vias aéreas, resposta broncodilatadora positiva e diminuição ligeira da capacidade de difusão pulmonar. Broncofibroscopia sem alterações de relevo e lavado bronco-alveolar com: 45% de macrófagos, 54% de linfócitos, 1% de neutrófilos, CD3 93%, CD4 60%, CD8 26%, razão CD4/CD8 2,3 e estudos microbiológicos, micológicos e micobacteriológicos negativos. Para caracterização histológica realizou criobiópsia, com criosonda de 2,4 mm, tempo de ativação 6 segundos e colheita de 4 amostras no lobo inferior direito, que decorreu sem complicações. O resultado anatomo-patológico revelou “parênquima pulmonar com folículos linfóides dispersos e em localização predominantemente sub-brônquica, a favor de bronquiolite folicular.”

**Discussão:** O diagnóstico de bronquiolite folicular neste doente através da realização de criobiópsia, por se tratar de uma técnica minimamente invasiva e pela possibilidade de se obterem amostras significativas para o diagnóstico de patologias do interstício pulmonar, demonstra a sua componente promissora, nomeadamente como alternativa a técnicas mais invasivas como a biópsia pulmonar cirúrgica.

**Palavras-chave:** *Criobiópsia. Bronquiolite folicular.*

### PO71. QUANDO O AR NÃO SAI...

C. Antunes, M. Pereira, T. Abreu, F. Paula, F. Froes

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A obstrução da via aérea na fase expiratória num doente ventilado pode provocar uma entidade clínica designada por hiperinsuflação dinâmica. Esta situação passa muitas vezes despercebida mas pode ser responsável por dissincronia doente-ventilador, aumento do trabalho respiratório, alteração das trocas gasosas, colapso cardiovascular e morte. Assim, o seu reconhecimento precoce é fundamental.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 69 anos, autónoma e com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia, obesidade, anemia em estudo e alergia ao contraste iodado. A doente recorreu ao serviço de urgência por dispneia e toralgia súbitas, tendo sido diagnosticado tromboembolismo pulmonar com base na elevação dos D-dímeros, achados electrocardiográficos (S1Q3T3) e ecocardiográficos com dilatação aguda das cavidades direitas. Iniciou enoxaparina terapêutica. Ao 3º dia de internamento desenvolveu instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte aminérgico e ventilatório, motivo de transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Médico Cirúrgicos (UCIMC). À admissão na Unidade ocorreram seis episódios de paragem cardio respiratória com dissociação electromecânica e início fibrinólise com alteplase. Após estabilização clínica, apresentou vários períodos autolimitados de dissincronia doente-ventilador com hipotensão, broncospasmo e acidémia respiratória (pH 7,06; PaCO<sub>2</sub> 112). Admitiu-se que nestes períodos a doente desenvolvia hiperinsuflação dinâmica pelo que realizou broncofibroscopia. Observou-se um trombo de 1 cm que

condicionava obstrução intermitente da extremidade distal do tubo orotraqueal através de um mecanismo tipo válvular. Após a sua remoção, a doente resolveu o quadro clínico com evolução favorável e alta da UCIMC sem sequelas neurológicas.

**Discussão:** Este caso clínico realça a importância da percepção do fenómeno da hiperinsuflação dinâmica e a sua investigação subsequente. Está associado com frequência a broncoespasmo e alteração das trocas gasosas na presença de secreções ou corpo estranho. Nesta doente a obstrução foi condicionada por um trombo, secundário à fibrinólise, impedindo a saída de ar e aumentando a pressão intratorácica, levando ao colapso hemodinâmico.

**Palavras-chave:** Obstrução da via aérea. Hiperinsuflação dinâmica.

## PO72. UMA CAUSA RARA DE DISPNEIA

C. Antunes, E. Brysch, A. Machado, C. Santos, T. Abreu, L. Mota, J. Semedo

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A avaliação clínica do doente respiratório crónico por vezes torna-se um desafio académico. Desde a valorização das causas mais comuns das exacerbações, como das mais específicas, a vigilância apertada destes doentes é fundamental tendo em conta a gravidade das complicações.

**Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de um homem de 66 anos, jornalista de profissão e ex-fumador (carga tabágica 120 UMA). Seguido em consulta no Hospital de Dia Pneumológico por doença pulmonar obstrutiva crónica grave sob oxigenioterapia de longa duração. No decurso da avaliação clínica com agravamento progressivo do grau da dispneia de base associado a tosse produtiva e rouquidão. Na investigação clínica inicial foi excluída causas infecciosas, cardíacas e o uso erróneo de corticoides inalados. No estudo complementar, a tomografia computadorizada do tórax mostrou a presença de uma imagem nodular com 15mm, infraglótica compatível com uma lesão primitiva. Subsequentemente realizou broncofibroscopia que confirmou lesão polipoide, hipervascularizada, de coloração arroxeada e com pedúnculo implantado na parede anterior da traqueia subglótica, condicionando redução significativa do lúmen traqueal. Deste modo, realizou-se broncoscopia rígida (Effer Dumon série II) e terapêutica com argon-plasma e desbridamento mecânico, conseguindo-se remoção em bloco da lesão polipoide que se enviou para estudo histológico. A histopatologia foi compatível com hemangioma cavernoso ulcerado. Realizada broncoscopia um mês depois que não revelou alterações. O doente actualmente mantém follow-up no Hospital de Dia Pneumológico.

**Discussão:** Este caso ilustra a importância de uma anamnese cuidada e atempada na avaliação de um doente crónico. Neste caso, o hemangioma da laringe é uma patologia rara no adulto e com uma apresentação inespecífica e indolente. As técnicas endoscópicas têm um papel preponderante na avaliação, diagnóstico e tratamento desta patologia.

**Palavras-chave:** Dispneia. Anamnese. Hemangioma da laringe.

## PO73. RENTABILIDADE E COMPLICAÇÕES DA CRIABIÓPSIA PULMONAR TRANSBRÔNQUICA EM DOIS LOBOS NAS DOENÇAS DO INTERSTÍCIO PULMONAR

D. Machado, G. Lage, C. Marques, I. Marques, C. Nogueira, A. Oliveira, J. Almeida, S. Campinha, A. Sanches, S. Neves

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** A criobiópsia pulmonar transbrônquica (CBT) é uma técnica inovadora. Existem várias questões sobre o método de execução, nomeadamente quanto à realização de criobiópsias em 2 lobos diferentes ou em apenas 1 lobo.

**Objectivos e métodos:** Análise da rentabilidade e complicações da CBT em dois lobos diferentes (de 08.2016 a 10.2017). Foram observadas as lâminas correspondentes aos 2 lobos de forma independente e a cada uma foi atribuído o diagnóstico correspondente.

**Resultados:** Identificados 26 doentes (tabela 1). Em 3 (12%) não se obteve diagnóstico, mesmo após reunião multi-disciplinar; em 13 (50%) a CBT teve rentabilidade diagnóstica em qualquer um dos lobos e em 10 (38%) só se obteve diagnóstico após avaliação dos 2 lobos. Observaram-se 8 pneumotórax (31%) e 4 casos de hemorragia > 50 mL (15%). A pneumonite de hipersensibilidade (PH) foi o principal diagnóstico (tabela 2). Em mais de metade destes casos o diagnóstico apenas foi possível por se terem realizado biópsias em 2 lobos diferentes.

**Tabela 1. Características dos doentes**

	A-Diagnóstico em apenas 1 lobo	B-Diagnóstico nos 2 lobos	p
Casos	10	13	
Homens	40%	69%	ns
Idade média, anos	66	69	
%FVC, média	88,9	88,5	
%DLCO, média	54,4	67,9	0,037
IMC média, kg/m <sup>2</sup>	30,2	29,3	ns
N.º fragmentos, média	4,6 (3-6)	5,1 (4-7)	
Dimensão fragmentos mm, média	4,6	4,1	

**Tabela 2. Padrões patológicos identificados**

	A	B	Total
UIP	1	2	3
NSIP		3	3
OP	1		1
PH	5	4	9
DIP	1	1	2
UIP-PH	2	2	4
SRIF		1	1

**Conclusões:** A CBT em 2 lobos apresentou uma rentabilidade diagnóstica de 88%, superior aos 73% da criobiópsia de apenas 1 lobo (dados previamente publicados pela nossa Unidade). Verificou-se uma igual taxa de hemorragia moderada/grave mas uma maior taxa de pneumotórax em comparação com a biópsia de 1 lobo (24%). Os dados deste trabalho sugerem benefício desta abordagem sobretudo no diagnóstico de doentes com PH.

**Palavras-chave:** Criobiópsia. Doenças do interstício pulmonar.

## PO74. ABORDAGEM PERIOPERATÓRIA DE DOENTE COM ESTENOSE TRAQUEAL

R. Silva<sup>1</sup>, C. Rebelo<sup>2</sup>, C. António<sup>2</sup>, T. Ferreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Cova da Beira. <sup>2</sup>Centro Hospitalar Tondela Viseu.

**Introdução:** A estenose traqueal pode ser congénita, ocorrer por lesão pós entubação, trauma, tumor da traqueia ou compressão extrínseca. A abordagem da via aérea destes doentes é um desafio, pois o algoritmo da via aérea difícil foca-se em dificuldades da via aérea extra-torácica não sendo útil nestes casos. Apresentamos um caso de uma doente com Bócio multinodular mergulhante com estenose da traqueia, proposta para tireoidectomia total.



**Caso clínico:** Doente de 76 anos com bócio multinodular, obesidade (IMC 33 Kg/m<sup>2</sup>). Clinicamente apresentava disfagia e síndrome de Horner. Ao exame objectivo: tiróide aumentada, Mallampati III e edemas dos membros superiores. À auscultação apresentava um sopro traqueal. TAC cervical e torácica: “compressão extrínseca exercida sobre a laringe subglótica e traqueia com um calibre mínimo de 1,03 cm<sup>2</sup> ao nível C7-D1”. Solicitada a colaboração da Pneumologia para realização de entubação orotraqueal com fibroscopia. A doente foi inicialmente sedada com midazolam, fentanil e cetamina, utilizou-se um tubo NIM 6,5 mm (monitorização do laringeo recorrente) e um fibroscópio Pentax EB-1170K com calibre de introdução de 3,7 mm. Na fibroscopia visualizou-se uma laringe rodada anterior e uma traqueia rodada com estenose no terço superior, o tubo foi inserido com a doente acordada. Foi realizada tireoidectomia total e pelo risco de traqueomalácia, a doente extubada no dia seguinte sem intercorrências.

**Discussão:** A indução anestésica nesta doente acarretava um risco muito elevado de colapso da via aérea. Outra dificuldade foi o tipo de tubo pois o tamanho mínimo do tubo NIM é 6,5 (calibre de 1,32 cm<sup>2</sup> interno), caso não passasse teríamos de recorrer a um tubo 6 armado normal, sem monitorização do laringeo recorrente. Há poucas orientações na literatura relativamente à abordagem da via aérea destes doentes, assim sendo optámos por uma abordagem multidisciplinar, mais segura, embora agressiva, por a doente se encontrar acordada.

**Palavras-chave:** Estenose traqueal. Bócio mergulhante. Videofibroscopia. Tubo orotraqueal NIM.

#### PO75. QUANDO A PNEUMONIA NÃO RESPONDE À ANTIBIOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UM CASO DE PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA

N. Pinto<sup>1</sup>, J. Carvalho<sup>2</sup>, A.R. Dias<sup>2</sup>, A.S. Oliveira<sup>2</sup>, L. Carvalho<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, CHLC, EPE. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, CHLN, EPE.

**Introdução:** A forma idiopática da pneumonia organizativa, a pneumonia organizativa criptogénica (COP), é uma doença intersticial difusa que afecta os bronquíolos respiratórios e distais, ductos e paredes alveolares. A sua patogenia é desconhecida sendo que o diagnóstico final exige exclusão de outras patologias, frequentemente com necessidade de recurso a biópsia pulmonar.

**Caso clínico:** Mulher de 74 anos, não fumadora, com história de asma e diabetes mellitus tipo 2. Admitida por pneumonia adquirida na comunidade a *Enterobacter aerogenes* isolado no lavado broncoalveolar (LBA), complicada por insuficiência respiratória aguda hipoxémica, com necessidade de antibioterapia prolongada de largo espectro. A tomografia computadorizada de alta resolução (TC-AR) do tórax evidenciou consolidação intersticial dos dois terços inferiores do hemitorax direito. Por melhoria clínica, teve alta hospitalar. Oito dias após a alta, recorreu novamente ao Serviço de Urgência por persistência de tosse, dispneia e adinamia. Negava perda ponderal, hemoptises ou artralhas. Re-internada para esclarecimento. Repetiu TC-AR de tórax com aumento da consolidação, com aparecimento de duas consolidações mistas no pulmão esquerdo, no lobo superior e peri-hilar. Laboratorialmente com leucocitose de 16.850, proteína C reactiva de 7,26 mg/dL e velocidade de sedimentação de 70 mm/h. Repetiu broncofibroscopia com LBA que revelou 3% linfócitos e culturas bacteriológica, micológica e micobacteriológica negativas. O estudo de autoimunidade e serologia VIH foi negativo. Realizada broncofibroscopia rígida com criobiópsias, cuja histologia foi compatível com o diagnóstico de COP. Iniciou corticoterapia *per os*, com melhoria rápida clínica e radiológica. Actualmente mantém seguimento em consulta externa, sob corticoterapia em esquema de desmame.

**Discussão:** Os autores pretendem alertar para o diagnóstico de COP, cuja apresentação clínica é insidiosa, mimetizando muitas vezes uma pneumonia adquirida na comunidade. Tal como descrito na literatura, a resposta à corticoterapia foi bastante favorável, com resolução rápida clínica e imagiológica. O prognóstico da doença é bom podendo, no entanto, ocorrer recidivas.

**Palavras-chave:** COP. Pneumonia organizativa criptogénica. Doença intersticial pulmonar.

#### PO76. NEM TODOS OS BACILOS ÁLCOOL-ÁCIDO-RESISTENTES SÃO MICOBACTÉRIAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Araujo, L. Carreto, R. Melo, F. Rodrigues

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

**Introdução:** O presente caso retrata um doente com antecedentes de neoplasia que se apresenta com sintomas respiratórios, tendo-se identificado bacilos álcool-ácido-resistentes (BAAR) na expectoração, contudo com Teste de Amplificação de Ácidos Nucleicos (TAAN) para *Mycobacterium tuberculosis* negativo.

**Caso clínico:** T.B., sexo masculino, 79 anos, melanodérmico, natural e residente em Cabo Verde, ex-militar, com diagnóstico de carcinoma pavimentocelular da laringe desde Janeiro de 2017, T3N1M0, sob radioterapia que terminou em Julho de 2017. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 1 mês de evolução caracterizado por tosse produtiva com expectoração muco-purulenta, toracalgia esquerda e febre. Dos exames complementares de diagnóstico destacava-se: PCR de 18 mg/dL, tomografia computadorizada de tórax com cavitação no lobo superior esquerdo e padrão retículo-nodular difuso e heterogéneo de predomínio nos lobos superiores, exame direto da expectoração com BAAR com filamentos ramificados semelhantes a hifas, com TAAN negativo para *Mycobacterium tuberculosis*. Pela morfologia das bactérias, considerou-se como hipótese diagnóstica principal nocardiose pulmonar, pelo que iniciou cotrimoxazol em alta dose (960 mg de 12/12h) associado a meropenem, com paulatina melhoria clínica, analítica e radiológica. Posteriormente, isolou-se *Nocardia* spp. em amostra de expectoração, não tendo sido possível, contudo, identificar a espécie nem realizar o Teste de Sensibilidade aos Antibióticos (TSA). Cumpru três semanas de meropenem, tendo alta para consulta externa de Pneumologia medicado com cotrimoxazol, de modo a perfazer 9 a 12 meses de tratamento.

**Discussão:** A *Nocardia* spp. é um grupo de bactérias de baixa patogenicidade e que geralmente afecta doentes imunodeprimidos. Deve, portanto, ser equacionada esta entidade sempre que sejam identificados BAAR com morfologia sugestiva e TAAN negativo.

**Palavras-chave:** Nocardiose. BAAR. Micobactérias. Infecção respiratória.

#### PO77. CALCANHAR DE AQUILES DA LEVOFLOXACINA

M. Oliveira<sup>1</sup>, J.M. Silva<sup>1,2</sup>, J. Costa<sup>1</sup>, G. Samouco<sup>1</sup>, R. Natal<sup>1</sup>, F. Carriço<sup>1</sup>, J. Parreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde da Guarda. <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

**Introdução:** Ruptura de tendões e tendinopatia têm vindo a ser documentados como reacções adversas raras devido à toma de fluoroquinolonas. Embora na maioria ocorra no tendão de Aquiles, foram reportados casos na coifa dos rotadores, mão, bíceps, polegar, entre outros. Estima-se que a incidência seja de 0.45%, sendo que o género feminino apresentou uma associação forte, tal como, maiores de 60 anos, não obesos e sob corticoides orais. A duração mediana do uso de fluoroquinolona até aparecimento da lesão são 8 dias.

Estima-se que o risco aumenta com a dose, devendo ser ajustada consoante a função renal evitando acumulação sistémica.

**Caso clínico:** Género feminino, 44 anos, fumadora, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao serviço de urgência (SU) por toracalgia direita pleurítica, com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava temperatura de 37,7 °C, sem alterações à auscultação cardiopulmonar. Nos exames complementares de diagnóstico apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR de 27, radiografia do tórax com condensação periférica na metade inferior do campo pulmonar direito, com broncograma aéreo. Diagnosticada com PAC à direita, sem critérios de internamento, alta medicada com levofloxacina, acetilcisteína e analgesia. Efetuado controlo ao 7º dia, apresentando-se apirética, sem toracalgia, ao exame objetivo com auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio vesicular na base direita e edema do pé e tornozelo esquerdo, teste de Thompson normal. Efetuou ecografia do tornozelo que revelou edema peri-articular, espessamento do tendão de Aquiles com manutenção da continuidade. Admitiu-se tendinite de Aquiles, foi reavaliada um mês depois não apresentando sinais de tendinite.

**Discussão:** A tendinite de Aquiles é uma reação adversa incomum da terapêutica com fluoroquinolonas, devendo o médico prescriptor alertar para a sua eventual manifestação. A FDA recomenda que aos primeiros sinais de dor tendinosa, edema ou inflamação, deve-se suspender a toma de fluoroquinolonas, evitar exercício e o uso da área afetada.

**Palavras-chave:** PAC. Fluoroquinolonas. Reação adversa.

#### PO78. QUE DOENTES SÃO ADMITIDOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POR TRAQUEOBRONquite AGUDA? - ESTUDO RETROSPECTIVO DE 5 ANOS

J. Silva, L. Ribeiro, C. Eusébio, C. Pais, H. Leite, F. Esteves

*CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro.*

**Introdução:** A traqueobronquite aguda (TBA) é uma infeção da árvore traqueobrônquica cujo espectro de gravidade geralmente é inferior ao da pneumonia, contudo a sua presença não é desprezível nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI).

**Objetivos:** Descrição demográfica e avaliação dos fatores associados à mortalidade intra-hospitalar neste grupo de doentes.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes internados num SMI, de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2015, com o diagnóstico de admissão de TBA.

**Resultados:** Dos 2.997 doentes admitidos no SMI, 112 foram admitidos por TBA (mais frequente nos meses de Novembro a Fevereiro, 55,4%). A idade média era de 70,3 ± 12,2 anos (18-99 anos), 51,8% eram do género masculino e 45,5% tinham critérios para TBA associada aos cuidados de saúde. O APACHE II era de 18,97 ± 6,9, o SAPS II de 42,7 ± 13,4 e SAPS-3 66,8 ± 14,6 pontos. As comorbilidades mais frequentes foram a hipertensão arterial (85,7%), patologia respiratória crónica (84,8%) e a patologia cardíaca (83%). Nos doentes com idade inferior a 50 anos (5,4%), a doença renal crónica foi a comorbilidade mais expressiva. A sépsis esteve presente em 81,3%, choque séptico em 22,3% e ARDS em 9,8% dos doentes. A ventilação mecânica foi realizada em 90,2% dos doentes e 54,5% foram ventilados unicamente com VNI. A mortalidade no SMI foi de 5,4% e a intra-hospitalar de 11,6%. Eram doentes mais velhos ( $p = 0,041$ ), com doença renal crónica (DRC) ( $p = 0,01$ ), TACS ( $p = 0,002$ ), choque séptico ( $p = 0,028$ ), Apache II ( $p = 0,022$ ) e SAPS II ( $p = 0,008$ ) mais elevados. O isolamento de MRSA não esteve associada à mortalidade.

**Conclusões:** A admissão de doentes com TBA associa-se à presença de comorbilidades como a patologia respiratória crónica e patologia cardíaca. A mortalidade esteve associada à DRC e exposição aos cuidados de saúde, apesar de nesta amostra não haver relação com o isolamento de agentes multirresistentes.

**Palavras-chave:** Traqueobronquite. Cuidados intensivos. Sépsis.

#### PO79. UTILIZAÇÃO DE SONDA RADIAL DE EBUS NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES PULMONARES PERIFÉRICAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

F.R. Fernandes<sup>1</sup>, J. Dionísio<sup>2</sup>, A. Szantho<sup>2</sup>, D. da Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda.* <sup>2</sup>*Serviço de Pneumologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.*

**Introdução:** A rápida melhoria técnica dos diferentes meios de diagnóstico imagiológico, tem vindo a permitir a identificação de lesões pulmonares de dimensões cada vez mais reduzidas. A sua dimensão e localização, sobretudo quando localizadas à periferia do pulmão, representam um desafio na obtenção de material representativo para a sua caracterização anatomopatológica.

**Caso clínico:** Homem de 62 anos, fumador de 60 UMA, com antecedentes de DPOC e diabetes mellitus tipo 2, inicia quadro clínico, com 2 meses de evolução, caracterizado por tosse, expectoração mucopurulenta, astenia e perda ponderal. A radiografia torácica revelou lesão nodular no terço médio do campo pulmonar esquerdo e a tomografia computadorizada de tórax evidenciou lesão nodular periférica, com 4 × 2,8 cm, a nível da língula. Foi referenciado a consulta de pneumologia oncológica por suspeita de neoplasia do pulmão e proposto para realização de broncofibroscopia. A broncofibroscopia não apresentou alterações endoscópicas, revelando apenas a presença de secreções purulentas a nível do brônquio principal esquerdo, as quais foram enviadas para exame microbiológico. Optou-se pela utilização, no mesmo procedimento, de sonda radial de EBUS, que permitiu identificação ecográfica de lesão pulmonar concêntrica à sonda, em B4 e B5 esquerdos, tendo-se procedido à realização de biópsia e escovado brônquicos distais a este nível. O exame histológico da biópsia brônquica identificou intenso processo inflamatório crónico com raros granulomas epitelióides, sem necrose e sem tecido de neoplasia. A análise microbiológica das secreções e biópsias brônquicas revelou positividade para *Mycobacterium tuberculosis* complex. No decorrer dos resultados obtidos, foi assumido o diagnóstico de tuberculose pulmonar e iniciada terapêutica com antibióticos.

**Discussão:** Os autores apresentam um caso representativo da utilização da sonda radial de EBUS no diagnóstico de lesões pulmonares periféricas. A eco broncoscopia com sonda radial é um procedimento seguro, que permite a identificação de lesões periféricas, com uma rentabilidade diagnóstica superior em relação à broncoscopia convencional.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Broncoscopia com sonda radial de EBUS.

#### PO80. NOCARDIOSE PULMONAR. ANÁLISE MONOINSTITUCIONAL

B. Cabrita, A.L. Fernandes, D. Rodrigues, A. Galego, J. Laranjinha, S. Jordão, C. Abreu, V. Alves, B. Seabra, S. Correia, J. Ferreira

*Hospital Pedro Hispano.*

**Introdução:** A nocardiose é uma infeção rara causada pela espécie *Nocardia*, uma bactéria aeróbica gram-positiva. Até 50% dos casos pulmonares disseminam para locais extra-pulmonares, mais frequentemente o cérebro. Apresentamos a casuística de nocardiose pulmonar (4 casos) do Hospital Pedro Hispano (2005-2017).

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: homem de 75 anos com linfopenia CD4 idiopática e bronquiectasias infetadas por MAC, em tratamento no CDP. Por manter quadro constitucional e tosse produtiva, realizou BFC com isolamento de *Nocardia cyriacigeorgica* no LBA. Internado por nocardiose pulmonar, foi medicado com imipenem e cotrimoxazol 4 semanas. Manteve cotrimoxazol 1 ano, com boa evolução. Caso clínico 2: homem de 77 anos com DPOC e bron-

quiectasias. Internado por agudização infecciosa de DPOC. Por agravamento clínico e pneumonia nosocomial, colheu hemoculturas que isolaram *Nocardia* spp. tendo iniciado cotrimoxazol. Infezivelmente, evoluiu para choque séptico com ponto de partida em nocardiose pulmonar, refratário à terapêutica, com falecimento do doente. Caso clínico 3: homem de 60 anos com púrpura trombocitopênica idiopática sob corticoterapia prolongada. Internado por PAC, realizou BFC por tosse hemoptóica persistente (sem alterações). Duas semanas após a alta, regressou por queixas gastrointestinais e nódulos subcutâneos dispersos. Na TC abdominal, apresentava adenopatias retroperitoneais. A biópsia de nódulo subcutâneo e o lavado brônquico confirmaram o diagnóstico de nocardiose disseminada com atingimento pulmonar, cutâneo e retroperitoneal, por *Nocardia nova*. Iniciou cotrimoxazol, ceftriaxone e amicacina (6 semanas), mantendo o cotrimoxazol 12 meses. Caso clínico 4: mulher de 66 anos com bronquiectasias bilaterais. Na sequência de infeções respiratórias de repetição e *tree-in-bud* em TC tórax, realizou BFC com isolamento de *Nocardia wallacei* e *Nocardia transvalensis*. Assumido diagnóstico de nocardiose pulmonar, sendo medicado com cotrimoxazol e amoxicilina-clavulanato 6 meses.

**Discussão:** A nocardiose pulmonar pode ser confundida com infeção fúngica, tuberculose ou neoplasia, levando a atraso do diagnóstico e tratamento desadequado, condicionando o seu prognóstico.

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

#### PO81. PNEUMONIA NECROTIZANTE POR RHODOCOCCLUS EQUI. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Alves<sup>1</sup>, L. Silva<sup>2</sup>, I. Sucena<sup>1</sup>, C. Ribeiro<sup>1</sup>, E. Silva<sup>1</sup>, T. Shiang<sup>1</sup>, A. Lameirão<sup>2</sup>, M. Vanzeller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** *Rhodococcus equi*, um cocobacilo gram positivo ramificado parcialmente álcool-ácido resistente da família das *Nocardiaceae*, é um microrganismo com potencial zoonótico. Apesar da infeção em humanos ser rara, *R. equi* é um agente emergente de infeção em indivíduos imunodeprimidos. A pneumonia necrotizante é a manifestação mais comum de infeção.

**Caso clínico:** Homem, 69 anos, não fumador, proprietário de terreno agrícola com vários animais. Antecedentes pessoais de hepatite B crónica em tratamento com entecavir. Quadro com um mês de evolução de tosse com expectoração hemoptoica, febre e toracalgia esquerda com parâmetros inflamatórios analíticos aumentados. Radiologicamente apresenta uma lesão sólida na periferia do lobo superior esquerdo (LSE) de 67 × 41 × 24 mm de dimensões, com áreas hipodensas compatíveis com necrose que foi submetida a biópsia aspirativa transtorácica que excluiu sinais de malignidade. Do estudo microbiológico, foi obtido o isolamento de *R. equi* em hemoculturas, na expectoração e na biópsia da lesão no LSE. Assumiu-se o diagnóstico de pneumonia necrotizante por *R. equi* com disseminação hematogénea, tendo sido excluído envolvimento central, cardíaco, abdominal e cutâneo. Foi iniciado tratamento com rifampicina e levofloxacina, encontrando-se atualmente no oitavo mês de antibioterapia com melhoria clínica, analítica e radiológica. Foi paralelamente iniciado o estudo para despiste de imunodeficiências, tendo sido detetada uma linfopenia T (sobretudo das células CD4+), atualmente em investigação.

**Discussão:** A infeção humana por *R. equi* é rara, mas deve ser equacionada em doentes com contexto epidemiológico apropriado. Em hospedeiros humanos, este agente deverá sempre ser considerado patogénico, impondo-se a instituição de uma estratégia antimicrobiana apropriada. Em alguns casos, o tratamento pode implicar a resecção cirúrgica concomitante dos focos de infeção. *R. equi* é

habitualmente um agente oportunista, estando descrito que 80% das infeções ocorrem em hospedeiros imunodeprimidos. Por esse motivo, perante o diagnóstico de rodococose torna-se fundamental a investigação de potenciais causas de imunodeficiência.

**Palavras-chave:** *Pneumonia necrotizante*. *Rhodococcus equi*. *Imunodepressão*.

#### PO82. O CASO DE UMA MULHER COM SUOR SALGADO

M.I. Luz, R. Costa, C. Araújo

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca.

**Introdução:** A fibrose quística (FQ) é uma doença multissistémica, envolvendo órgãos que expressam o gene CFTR. O diagnóstico de FQ deve ser estabelecido rapidamente de forma a providenciar aconselhamento e tratamentos apropriados aos doentes. O desconhecimento acerca desta doença dificulta o diagnóstico precoce.

**Caso clínico:** Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 34 anos, natural do Brasil, residente em Portugal há 1 ano, não fumadora. Antecedentes pessoais de bronquite asmática, diabetes mellitus, pneumonias de repetição, vários internamentos desde a infância. Referia ainda que desde sempre teve fezes amolecidas e flutuantes e o suor era salgado. Internada no serviço de Pneumologia por um quadro com 1 semana de evolução caracterizado por toracalgia de características pleuríticas e dispneia de agravamento progressivo, tosse produtiva com expectoração hemoptoica. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo. Analiticamente aumento da proteína C reactiva (PCR). Na radiografia do tórax apresentava infiltrado intersticial difuso de predomínio no campo pulmonar esquerdo, com broncograma aéreo. Realizou tomografia computadorizada (TC) torácica que revelou múltiplas bronquiectasias bilaterais, sobretudo no andares superiores. As provas de função respiratória mostraram alteração ventilatória obstrutiva, brônquica e bronquiolar, com resposta parcial na prova de broncodilatação. A prova de suor foi positiva (Cl- 82 mEq/L) e permitiu fazer o diagnóstico definitivo. À data da elaboração deste resumo ainda não tínhamos o resultado do teste genético.

**Discussão:** A dificuldade do diagnóstico na FQ pode ser verificada neste caso, uma vez que a tosse crónica foi inicialmente tratada como asma, não se investigando outros diagnósticos. Nesta doente, embora os sintomas fossem sugestivos de FQ, só aos 34 anos, se prosseguiu com o estudo diagnóstico com TC Torax e prova de suor. Este caso ilustra que no diagnóstico diferencial de infeções respiratórias de repetição deve ser lembrada a FQ.

**Palavras-chave:** *Fibrose quística*. *Diagnóstico no adulto*.

#### PO83. PNEUMONIA NECROTIZANTE POR NOCARDIA NUMA DOENTE IMUNOCOMPETENTE: CASO CLÍNICO

F.V. Machado, A.R. Santos

Centro Hospitalar São João.

**Introdução:** A nocardiose é uma infeção bacteriana rara, cuja apresentação clínica e radiológica variáveis comportam uma longa lista de diagnósticos diferenciais. Apesar de frequentemente considerada uma infeção oportunista, cerca de um terço dos casos ocorrem em indivíduos imunocompetentes. Devido à sua tendência para progredir ou recorrer, a nocardiose obriga a um seguimento e tratamento prolongados.

**Caso clínico:** Mulher de 57 anos, fumadora (40 UMA), sem antecedentes patológicos de relevo ou medicação habitual, recorreu ao serviço de urgência por toracalgia de características pleuríticas, febre, astenia e anorexia com um dia de evolução. A radiografia torácica revelou hipotransparência na base direita, tendo sido assumido o diagnóstico de *Pneumonia Adquirida na Comunidade*, pelo que foi medicada com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Re-



gressou ao SU passados 4 dias por agravamento sintomático e aparecimento de tosse com expectoração hemoptóica. Mantinha hipotransparência na base direita e apresentava agravamento dos parâmetros inflamatórios tendo ficado internada sob antibioterapia com piperacilina/tazobactam. Realizou TC torácico que demonstrou uma consolidação no lobo inferior direito, com sinais de necrose infectada traduzindo provável pneumonia necrotizante, com derrame pleural loculado da pleura mediastínica. Cumpru um total de 14 dias de antibioterapia empírica, com melhoria clínica, analítica e imagiológica, tendo tido alta ainda sem isolamentos microbiológicos. Uma semana após a alta foi isolada uma estirpe de *Nocardia* spp. A doente foi convocada e foi excluído o atingimento de outros sistemas, nomeadamente do sistema nervoso central e cutâneo. Cumpru antibioterapia com trimetoprima/sulfametoxazole durante 6 meses, sem efeitos adversos e com resolução do quadro clínico e melhoria radiológica franca.

**Discussão:** Apesar de ser mais frequente em doentes imunocomprometidos, a nocardiose deverá também ser considerada nos diagnósticos diferenciais de patologia pulmonar em doentes imunocompetentes. A exclusão de atingimento multissistémico e o tratamento e vigilância prolongados são essenciais dada a alta frequência de recidivas da nocardiose.

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

#### PO84. TUBERCULOSE PULMONAR NUM IMUNODEPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Almendra, J. Carvalho, C. Carvalho, C. Gomes

*Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo complexo *Mycobacteria tuberculosis*. Portugal apresenta uma taxa de incidência de novos casos intermédia (< 20/100 mil habitantes), com exceção de Lisboa, Porto e Setúbal onde a incidência é maior. Reporta-se o caso de um homem imunodeprimido com tuberculose.

**Caso clínico:** Homem de 39 anos, ex-fumador (10 UMA). Antecedentes de artrite psoriática e colite ulcerosa, medicado com adalimumab, sulfassalazina e naproxeno. Quadro de tosse seca, astenia, sudorese nocturna e febre (Tª oscilante 38-39 °C) com 2 meses de evolução, tendo já realizado antibioterapia (amoxicilina/ácido clavulâmico e azitromicina) mas sem melhoria. Na urgência apresentava-se febril, com telerradiografia de tórax com condensação ao nível da língua e PCR 3,10 mg/dl. Ficou internado para investigação etiológica e iniciou-se empiricamente levofloxacina após culturas (hemoculturas, antigenúrias), que vieram negativas. Da investigação: TC tórax: infiltrado intersticial lingular com zona de confluência que se estende da pleura lateral à mediastínica (7 × 4 × 5 cm), com perda do pleno de clivagem mas sem invasão e sem broncograma aéreo; Sem adenopatia valorizáveis. Broncofibroscopia: árvore Lavado bronco-alveolar: positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Biópsia brônquica: Ziehl-Neelsen positivo; micobacteriológico positivo para *Mycobacterium tuberculosis* sensível aos agentes antibacteriais de 1º linha; granuloma necrotizante. Após broncofibroscopia, suspendeu antibioterapia e iniciou terapêutica antibacteriana de 1º linha, com melhoria clínica e radiológica. Teve alta orientado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico do Lumiar para completar tratamento.

**Discussão:** Um alto índice de suspeição para tuberculose deve figurar na abordagem de qualquer doente imunocomprometido dada a maior variabilidade da apresentação quer clínica quer radiológica, como se mostra neste caso. Nestes doentes devemos ter atenção aos padrões atípicos da telerradiografia de tórax (condensações nos lobos inferiores sem cavitação).

**Palavras-chave:** *Mycobacteria tuberculosis. Tuberculose pulmonar. Imunodeprimido.*

#### PO85. ESTENOSE PÓS-TUBERCULOSE PULMONAR. ENTIDADE RARA OU SUBDIAGNOSTICADA?

R. Viana, J.C. da Costa, S. Feijó

*Centro Hospitalar de Leiria.*

**Introdução:** A estenose brônquica pós-tuberculose é uma complicação grave associada à tuberculose pulmonar, independente do sucesso ou insucesso do tratamento antibacteriano. A incidência é muito variável - 5,8% a 50% dos doentes com tuberculose pulmonar ativa. Ocorre mais frequentemente no brânquio principal esquerdo e em indivíduos jovens do sexo feminino. A broncofibroscopia é o meio complementar de diagnóstico de eleição.

**Caso clínico:** M.P.C., 50 anos, sexo feminino, autónoma. Antecedentes de tuberculose pulmonar multissensível a antibacteriais de 1ª linha, diagnosticada e tratada em 2006. Apesar do tratamento bem sucedido mantinha dispneia persistente e renitente a fármacos. Em exames de controlo, identificada atelectasia total do pulmão esquerdo - realizada broncofibroscopia com objetivação de obstrução praticamente total do brânquio principal esquerdo. Efetuada dilatação endoscópica e colocação de prótese endobrônquica, com re-permeabilização brônquica. Após longo período de estabilidade, observada por hemoptises de pequeno volume. Realizada broncoscopia rígida (sem evidência de hemorragia ativa) e retirada prótese. Recidiva da estenose brônquica (lúmen 2 mm) com atelectasia total do pulmão esquerdo às 3 semanas com necessidade de reintervenção e recolocação de prótese endobrônquica.

**Discussão:** A estenose brônquica pós-tuberculose permanece subdiagnosticada, dada a falta de sensibilidade da radiografia torácica na sua deteção e inespecificidade da clínica associada. Apenas quando severa se torna evidente em exames radiológicos de rotina. O alto índice de suspeição é o elemento-chave para o diagnóstico precoce. Não existe evidência de terapêuticas farmacológicas (corticoterapia, por exemplo) com impacto direto na incidência de estenoses brônquicas pós-tuberculose.

**Palavras-chave:** *Tuberculose. Estenose. Broncofibroscopia.*

#### PO86. DERRAME PLEURAL MALIGNO: UMA ETIOLOGIA INESPERADA

I. Rodrigues, S. Raimundo, A.C. Pimenta, L. Nascimento, R. Noya, B. Conde

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

**Introdução:** Os derrames pleurais malignos decorrem de doença oncológica avançada ou disseminada. Apesar da maioria dos casos estar associada a neoplasia primária pulmonar, a metastização pleural é possível em qualquer neoplasia.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 74 anos, com antecedentes de insuficiência cardíaca e dislipidemia. Recorreu ao serviço de urgência por dispneia, tosse não produtiva, astenia, anorexia e toracalgia esquerda com duas semanas de evolução. Sem febre, hipersudorese ou hemoptises. Ao exame objetivo destacava-se diminuição do murmúrio vesicular nos dois terços inferiores do hemitórax esquerdo. A radiografia torácica evidenciava derrame pleural (DP) esquerdo de grande volume. Estudo analítico sem alterações, gasometria arterial com insuficiência respiratória tipo 1. Ficou internada para estudo. Realizou TC torácica que confirmou volumoso DP esquerdo e espessamento nodular da pleura nos planos inferiores esquerdos, de provável conotação metastática. A análise do líquido pleural mostrou tratar-se de um exsudado com predomínio de células mononucleares. Quer a citologia do líquido pleural, quer as biópsias pleurais cegas não revelaram malignidade. A broncofibroscopia não evidenciou lesões endobrônquicas. A toracosopia mostrou múltiplas lesões mamilonadas de aspeto infiltrativo, cujas biópsias dirigidas revelaram metastização pleural de melanoma maligno. Realizou PET-CT, com hipercaptação em gânglios axilares esquerdos, nódulos pulmonares,

parede abdominal e cotovelo esquerdo, sem evidência de foco que sugerisse neoplasia primitiva. Foi observada por dermatologia e cirurgia plástica, não tendo sido localizada a lesão primária; negada história de melanoma anterior. Manteve derrame pleural recidivante, pelo que foi realizada pleurodese química. Por apresentar um ECOG de 3 decidiu-se melhor terapêutica de suporte e foi posteriormente orientada para Cuidados Paliativos.

**Discussão:** Trata-se de um caso em que o diagnóstico é singular, pois verifica-se uma interseção de dois eventos clínicos raros: o melanoma como tumor primário oculto (ocorre apenas em 3% dos melanomas), e a sua apresentação inicial como derrame pleural maligno (2% dos casos).

**Palavras-chave:** Derrame pleural maligno. Melanoma. Tumor primário oculto.

### PO87. SÍNDROME DRESSLER: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Marques, F. Lima, D. Machado, D. Coutinho, R. Monteiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

**Introdução:** O Síndrome Dressler pode ocorrer 2-5 semanas após trauma torácico. Caracteriza-se por dor pleurítica, febre baixa, pericardite/derrame pericárdico podendo existir também derrame pleural (DP) associado.

**Caso clínico:** Masculino, 26 anos, técnico de moldagem, não fumador. Sem antecedentes pessoais conhecidos ou medicação habitual. Recorre ao serviço de urgência por dispneia e dor pleurítica direita, após trauma torácico 15 dias antes (impato de bobine de grande calibre). Negava outras queixas. Dos exames auxiliares de diagnóstico de realçar: Analiticamente: leucocitose com neutrofilia e eosinofilia (11%), aumento da velocidade de sedimentação (VS) e proteína C reativa (PCR). ECG: alterações inespecíficas da repolarização. Radiografia torácica: apagamento bilateral dos ângulos costofrênicos, mais acentuado à direita. Tomografia computadorizada: "... lâmina de derrame pericárdico... DP bilateral de pequeno volume, de maior volume à direita... broncograma aéreo no lobo médio e regiões perihilares dos lobos inferiores e língua..." Teve alta orientado para estudo em consulta de pneumologia e cardiologia. Em consulta apresentava-se clinicamente melhorado, mantinha eosinofilia relativa (11%) e elevação da PCR (6 mg/dl). Estudo imunológico negativo. Radiologicamente mantendo DP bilateral de médio volume. Realizou toracocentese diagnóstica direita (tabela). Em reavaliação posterior mantinha melhoria clínica, eosinofilia relativa (8%) e PCR sobreponível. Radiologicamente melhoria do DP à direita, mantendo DP à esquerda. Realizou toracocentese diagnóstica à esquerda (tabela). Iniciou tratamento com AINEs e posteriormen-

te cinesioterapia respiratória. Em reavaliação posterior: assintomático, resolução do DP e da eosinofilia periférica.

**Discussão:** Na investigação de um derrame pleural após trauma o Síndrome Dressler deve ser uma hipótese diagnóstica equacionada. Responde favoravelmente a terapêutica anti-inflamatória, existindo no entanto risco de recorrência.

**Palavras-chave:** Derrame pleural.

### PO88. CATETERES PLEURAIIS TUNELIZADOS NA ABORDAGEM DO DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE - DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA INICIAL

C. Sousa<sup>1</sup>, D. Coelho<sup>1</sup>, M. Jacob<sup>1</sup>, I. Costa<sup>2</sup>, E. Padrão<sup>1</sup>, G. Fernandes<sup>1,3</sup>, A. Magalhães<sup>1</sup>, H. Novais-Bastos<sup>1,4,5</sup>

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

<sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto.

<sup>3</sup>Faculdade de Medicina do Porto, Porto. <sup>4</sup>Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga. <sup>5</sup>ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães.

**Introdução:** O derrame pleural maligno recidivante é uma complicação frequente em neoplasias avançadas e associa-se a mau prognóstico. O cateter pleural tunelizado é uma opção com crescente utilização na palição de sintomas.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos dados demográficos, características clínicas, complicações e evolução dos doentes que colocaram cateter pleural tunelizado por derrame pleural recidivante, entre 2014 e 2017 num hospital universitário.

**Resultados:** Foram incluídos 20 doentes, 11 (55%) do sexo masculino, com média de idade de 64,4 ± 12,3 anos. Todos apresentavam doença neoplásica, a maioria adenocarcinoma pulmonar (n = 9), seguido de neoplasia da mama (n = 5), renal (n = 2), cólon (n = 1), endométrio (n = 1), linfoma do manto (n = 1) e hepatocarcinoma (n = 1). Relativamente ao ECOG performance status (PS), 60% tinham um PS de 1, 15% com PS 2 e 25% com PS 3. A colocação do cateter foi motivada por derrame pleural recorrente pós-pleurodese (n = 6, 30%), pulmão encarcerado (n = 11, 55%) e em 3 casos (15%) foi opção de 1ª linha por drenagens elevadas. A colocação foi efetuada em regime de ambulatório em 4 doentes. Não ocorreram complicações imediatas. A infeção pleural foi a complicação tardia mais frequente (30%), com resposta favorável a antibioterapia em 83,3%, com necessidade de remoção do cateter em um doente. Obstrução do cateter ocorreu em 10%. Foram retirados no total 5 cateteres, com um tempo mediano de 41 dias, 2 por deslocação acidental, 2 por pleurodese espontânea e 1 por empiema. Durante o seguimento, 19 doentes faleceram, com sobrevida mediana de 44 dias após colocação do cateter.

Tabela PO87

	Toracocentese direita	Toracocentese esquerda
Anatomia patológica	...eosinófilos em discreta quantidade... negativo para células malignas...	...células mesoteliais e leucócitos... negativa para células malignas
Exame micobacteriológico	Negativo	
Exame microbacteriológico	Negativo	
Eritrócitos (/uL)	2.700	2.800
Células Nucleadas (/uL)	1.087	3.390
Leucócitos Total (/uL)	1.085	3.318
Polimorfonucleares	34,7%	68,4% (41.5% Eosinófilos)
Mononucleares	65,3%	31,6%
Deaminase da adenosina (U/L)[0-45]	32,8	30,9
Glicose (mg/dL)	115	
Proteínas (g/dL)	5,1	5,6
Desidrogenase lactica (U/L)	467,0	331,0
Albumina (g/dL)	2,9	

**Conclusões:** A colocação de cateteres pleurais mostrou ser uma técnica paliativa eficaz, que permite uma gestão dos doentes com derrame pleural recidivante em ambulatório, para os quais a pleurodese não foi possível ou não indicada. A principal complicação é a infeção pleural, que determinou a revisão de protocolos no sentido de minorar a sua frequência.

**Palavras-chave:** Derrame pleural maligno. Cateter pleural tunelizado.

## PO89. PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO - CASUÍSTICA DO HOSPITAL DE BRAGA

M.J. Araújo, A.L. Vieira, J. Lages, R. Pereira, F. Aguiar, L. Ferreira, J. Cunha

Hospital de Braga.

**Introdução:** O pneumotórax define-se pela presença de ar no espaço pleural. O pneumotórax espontâneo classifica-se em primário quando não há doença pulmonar conhecida e secundário quando há doença pulmonar subjacente, sendo a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) a mais comum.

**Objectivos:** Caracterização dos doentes internados por pneumotórax espontâneo no Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Revisão retrospectiva dos doentes internados por pneumotórax espontâneo no Serviço de Pneumologia do Hospital de Braga entre 2013 e 2017. Analisaram-se dados clínicos e demográficos, taxa de recidiva, complicações e tratamento.

**Resultados:** Foram internados 123 doentes diagnosticados com pneumotórax espontâneo, observando-se uma maior prevalência no sexo masculino (85%) e naqueles com hábitos tabágicos (51% de fumadores; 14% de ex-fumadores). Os pneumotóraxes espontâneos primários corresponderam a 71% dos casos e a idade média destes doentes foi significativamente menor que a do pneumotórax espontâneo secundário ( $27 \pm 9$  vs  $50 \pm 23$ ;  $p < 0,001$ ). As patologias mais prevalentes nos doentes com pneumotórax secundário foram a DPOC (31%) e a asma (31%), e a mortalidade foi significativamente maior que a do pneumotórax primário ( $p < 0,001$ ). O sintoma de apresentação mais frequente foi a toracalgia, presente em 78% dos casos. As complicações mais frequentes foram a fístula broncopleural (8%), o enfisema subcutâneo (7,3%) e as infeções respiratórias nosocomiais (5,7%). A drenagem torácica realizou-se em 89,4% dos doentes. Observou-se recidiva do pneumotórax em 23 doentes (19%), maioritariamente ipsilateral (74%) e mais frequentemente nos pneumotóraxes primários (24,1% vs 5,6%). Foram orientados para cirurgia 38 doentes (31%), 10 por persistência do pneumotórax e 28 por pneumotórax recidivante, com 5 doentes (13,2%) a recidivarem após a cirurgia.

**Conclusões:** Os resultados são o esperado e descrito na literatura. A percentagem de recidivas foi superior nos pneumotóraxes primários, o que pode ser explicado pelo facto de a amostra de pneumotóraxes secundários ser pequena.

**Palavras-chave:** Pneumotórax espontâneo. Recidiva.

## PO90. BIÓPSIAS PLEURAS POR AGULHA: UM PROCEDIMENTO AINDA ATUAL?

R.M. Natal<sup>1</sup>, G.C. Samouco<sup>1</sup>, M. Oliveira<sup>1</sup>, J. Parreira<sup>1</sup>, R. Gomes<sup>1,2</sup>, L.V. Rogrigues<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Guarda.

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

**Introdução:** A biópsia pleural por agulha (BPA) foi introduzida em 1958 como método minimamente invasivo de obtenção de tecido pleural. No entanto, a sua rentabilidade diagnóstica em grandes séries não ultrapassa os 57% para patologia maligna. O seu valor diagnóstico pode ascender aos 79% para o diagnóstico de tuberculose em áreas de alta incidência desta patologia. O seu perfil de

complicações não é desprezível. No nosso país, atualmente de baixa incidência de tuberculose, este procedimento continua a estar presente na maioria dos centros, surgindo muitas vezes à frente de opções tecnicamente mais rentáveis e igualmente seguras, o que nos parece ser merecedor de reflexão e análise, para o que poderá contribuir a avaliação casuística de séries regionais.

**Objectivos:** Avaliação de resultados de BPA na ULS Guarda.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes submetidos a BPA na ULS Guarda entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017. Colhidos dados demográficos; clínicos; de exames bioquímico, citológico e bacteriológico do líquido pleural (LP); anatomopatológicos; rentabilidade e complicações do procedimento.

**Resultados:** No período de 8 anos estudado, 40 doentes foram submetidos a BPA. Eram maioritariamente do sexo masculino (75,0%), com idade média de 71,4 anos. Os derrames pleurais eram quase exclusivamente exsudativos (97,5%), com predomínio de mononucleares (85,0%) e com microbiologia negativa (90,0%). Mais de metade (55,0%) dos diagnósticos histológicos foram de pleurite inespecífica; seguida de tuberculose pleural, adenocarcinoma pulmonar e adenocarcinoma de origem desconhecida (7,5% cada). A rentabilidade técnica do procedimento foi de 87,5%, a rentabilidade diagnóstica de 35,0%. Observaram-se complicações em 17,5% (10,0% pneumotóraxes, 7,5% reações vagais).

**Conclusões:** Os nossos resultados corroboram a baixa rentabilidade diagnóstica deste procedimento, não sendo desprezível o seu número de complicações. Estando atualmente disponíveis técnicas mais rentáveis, carece de reflexão a utilização de BPA como abordagem inicial para obtenção de histologia pleural.

**Palavras-chave:** Derrame pleural. Biópsia pleural. Rentabilidade diagnóstica.

## PO91. PLEUROSCOPIA MÉDICA - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

S. Raimundo, A. Alexandre, R. Noya, A. Loureiro, T. Gomes, A. Fernandes

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

**Introdução:** A pleuroscopia médica (PM) é uma ferramenta valiosa no estudo do derrame pleural (DP) de causa indeterminada, podendo ainda ter um intuito terapêutico. Apresenta elevada rentabilidade diagnóstica, comparável à da VATS, e baixa taxa de complicações, além de custo e invasibilidade menores.

**Objectivos:** Analisar a rentabilidade diagnóstica e a taxa de complicações da PM.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo. Selecionaram-se todas as PM realizadas no nosso serviço de pneumologia de Agosto de 2010 a Dezembro de 2017. Inserção e tratamento de dados no *software* SPSS. **Resultados:** 63 doentes foram propostos para PM, 50,8% do sexo masculino com média de idades de  $67,5 \pm 12,3$  anos. A PM teve intuito diagnóstico em 93,7% dos casos. A maioria dos DP propostos para PM eram exsudados (93,7%) com citologia negativa para células malignas (76,2%). A biópsia pleural cega foi realizada previamente à PM em 58,7% dos doentes. Houve 9 PM em que não foi possível prosseguir com o procedimento pela presença de múltiplas aderências pleurais, impeditivas da criação de câmara pleural. A mediana de volume de líquido pleural drenado durante o procedimento foi de 900 cm<sup>3</sup>. Em 42,6% dos casos observaram-se lesões difusas na pleura e em 13% envolvimento maciço da mesma. A rentabilidade diagnóstica foi de 89,6%. Em 49% o diagnóstico fornecido foi de malignidade: a destacar, o adenocarcinoma do pulmão (37,5%), seguido da neoplasia da mama e do mesotelioma pleural, ambos com 16,7%, e as doenças linfoproliferativas (12,5%). A taxa de complicações foi de 5,6%. A taxa de mortalidade foi nula.

**Conclusões:** A PM é uma técnica segura com alta acuidade diagnóstica. É fundamental na obtenção de um diagnóstico definitivo em



DP cuja investigação prévia se revelou infrutífera, obviando a necessidade de recorrer a meios mais invasivos e dispendiosos, sem sacrificar a rentabilidade diagnóstica.

**Palavras-chave:** *Pleuroscopia médica. Diagnóstico. Derrame pleural maligno. Complicações.*

### PO92. FIBRINOLÍTICOS E DNASE INTRAPLEURAL: FAZEM ELES A DIFERENÇA?

N. China-Pereira, I. Sucena, A. Mendes, D. Coutinho, R. Monteiro, A. Oliveira, E. Silva, C. Ribeiro, T. Shiang, M. Vanzeller

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** Estima-se que 30% das infecções pleurais tratadas por terapêutica convencional, necessitem de abordagem cirúrgica *a posteriori*. A evidência recente aponta a instilação intrapleural combinada de fibrinolíticos/DNase como alternativa à cirurgia.

**Casos clínicos:** Apresentam-se três casos com uso de fibrinolíticos/DNase intrapleural. Primeiramente, doente de 65 anos, internado com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC), tendo iniciado amoxicilina/clavulonato e azitromicina. Ao 4º dia de internamento, por agravamento clínico e derrame pleural ipsilateral de novo, alargou-se a cobertura antibiótica e abordou-se o derrame pleural - características empiemáticas - colocado dreno torácico. Por persistência de febre e derrame multiloculado, foi reescalada a antibioterapia e iniciado protocolo de instilação intrapleural combinada de fibrinolítico/DNase - alteplase 10 mg bid e dornase-alfa 5 mg bid 3 dias consecutivos. Observou-se melhoria clínica e imagiológica, e retirou-se o dreno 5 dias após a instilação. Em segundo, doente de 63 anos, internado por PAC associada a derrame pleural empiemático. Colocado dreno torácico e iniciado ceftriaxone/azitromicina. Por agravamento clínico associado a persistência de derrame pleural (TC-torácico evidenciava derrame pleural de aspecto loculado), escalou-se antibioterapia e iniciou-se protocolo de instilação intrapleural de fibrinolíticos/DNase. Verificou-se melhoria clínica progressiva, registando-se apenas obliteração do ângulo costofrénico. Retirado dreno 5 dias após instilação. Por último, doente de 72 anos, internado por PAC com derrame pleural empiemático. Iniciada amoxicilina/clavulonato associada a azitromicina e colocado dreno torácico. Por má evolução clínica e dreno torácico não funcionante, foi escalada antibioterapia e colocado dreno torácico em nova local. Instilado fibrinolítico/DNase intrapleural, com suspensão à 3ª instilação por hematoma da parede torácica. Retirado dreno após 4 dias, tendo o processo infeccioso evoluído favoravelmente.

**Discussão:** Os três casos apresentam uma abordagem mais conservadora, com ganhos em tempos de internamento e evicção cirúrgica. Enfatiza-se o papel dos fibrinolíticos/DNase em doentes com falência ao tratamento médico conservador e em que o tratamento cirúrgico não se perspective como uma opção.

**Palavras-chave:** *Fibrinolíticos. DNase. Infecção pleural.*

### PO93. DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA NO ADULTO, A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

M. Jacob<sup>1</sup>, R. Vaz<sup>2,3</sup>, P. Sampaio<sup>4</sup>, S. Lopes<sup>4</sup>, A. Pinto<sup>5</sup>, J.F.M. Nunes<sup>6</sup>, A. Amorim<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar de São João. <sup>3</sup>Faculdade de Medicina Universidade do Porto. <sup>4</sup>Centro de Estudos de Doenças Crónicas, Faculdade de Ciências Médicas. <sup>5</sup>Laboratório de Histologia e Patologia Comparada, Instituto de Medicina Molecular, Centro Académico de Medicina de Lisboa. <sup>6</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

**Introdução:** A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença genética rara, caracterizada por anormalidades na função e/ou estrutu-

ra ciliar. Em caso de fenótipo clínico suspeito o diagnóstico deve ser confirmado através da análise da frequência e do padrão ciliar por videomicroscopia (VM) e da ultra-estrutura ciliar por microscopia eletrónica (ME) em amostras de escovado nasal.

**Métodos:** Análise retrospectiva dos dados demográficos, características clínicas e resultados de exames diagnósticos dos doentes em idade adulta com diagnóstico confirmado de DCP.

**Resultados:** Foram investigados 16 doentes, tendo-se confirmado o diagnóstico em 9. A mediana de idades foi de 40 anos (20-64 anos), sendo 4 (44,4%) doentes do sexo masculino. A sintomatologia mais comum foi a broncorreia crónica (6 doentes), tosse (4 doentes) e dispneia de esforço (2 doentes). Seis (66,6%) doentes apresentam antecedentes de otites, 4 (44,4%) têm *situs inversus totalis* e 3 têm infertilidade. Os estudos imagiológicos revelaram que todos apresentam patologia nasossinusal e bronquiectasias de predomínio nos lobos médio, língula e inferiores. Quatro doentes apresentam síndrome ventilatório obstrutivo (SVO) moderado, 2 SVO grave e 2 SVO ligeiro. Três doentes apresentam infecção crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (33,3%) e um por *Haemophilus influenzae* (11,1%). A VM demonstrou alterações do padrão de batimento ciliar na totalidade dos doentes e na frequência do batimento ciliar em 2. O estudo por ME revelou alterações nos braços externos da dineína (6 doentes), alterações microtubulares (2 doentes) e do par central (1 doente). Dos restantes 7 casos investigados, 5 doentes apenas apresentaram alterações na VM e irão realizar estudo genético complementar.

**Conclusões:** A DCP é uma doença rara, contudo frequentemente sub-diagnosticada. O diagnóstico é complexo, implicando a realização de exames complementares em centros especializados. Em doentes com bronquiectasias, broncorreia crónica, rinite persistente/sinusite, otite média crónica e/ou anomalias da lateralização a DCP deve ser investigada o mais precocemente possível.

**Palavras-chave:** *Discinesia ciliar primária. Bronquiectasias.*

### PO94. CARACTERIZAÇÃO DAS BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA NO DOENTE ADULTO, IDOSO E MUITO IDOSO EM AMBULATÓRIO

V. Clérigo, L. Fernandes, C. Gomes, C. Bárbara

*Pneumologia, Departamento de Tórax, Centro Hospitalar Lisboa Norte.*

**Introdução:** A doença bronquiectásica não fibrose quística (BQ não FQ) é uma doença heterogénea e que afeta predominantemente doentes com  $\geq 65$  anos de idade. Todavia, denota-se ainda insuficiente literatura no que respeita à caracterização clínica das BQ não FQ nesta população, em particular no doente muito idoso.

**Objectivos:** O objetivo deste estudo foi caracterizar as BQ não FQ no adulto, idoso e muito idoso com avaliação dos fatores associados a exacerbação num período de 1 ano.

**Métodos:** Tratou-se de um estudo retrospectivo que incluiu doentes adultos seguidos por BQ não FQ em regime de ambulatório. A doença bronquiectásica foi comparada entre três grupos de estudo: adulto (18-65 anos), idoso (66-75 anos), e muito idoso ( $\geq 76$  anos).

**Resultados:** Dos 42 doentes incluídos no estudo, com mediana de idade de 73 anos e predomínio do sexo masculino, 38,1% e 42,9% tinham  $\geq 65$  anos e  $\geq 75$  anos, respetivamente. Os doentes muito idosos apresentavam o índice de comorbilidade de Charlson mais elevado ( $\geq 8$ ) e qualidade de vida inferior comparativamente aos restantes grupos (p-value: 0,04). No que respeita ao cálculo do FACED score e do Bronchiectasis Severity Index (BSI) verificou-se uma maior prevalência de doentes com doença grave no grupo de doentes idosos e muito idosos comparativamente ao grupo mais jovem (p-value: 0,02). Não se verificou diferença estatisticamente significativa no que respeita à etiologia das BQ não FQ. Numa regressão logística multivariada, o índice de comorbilidade de

Charlson mais elevado, internamentos prévios e BSI superior foram fatores de risco independentes para exacerbação aguda de BQ não FQ.

**Conclusões:** *Outcomes* precários no doente adulto com BQ não FQ parece estar relacionado mais diretamente com maior multimorbilidade, hospitalização prévia e BSI mais elevado. Estes achados podem ser úteis no desenho de estratégias preventivas e programas de follow-up mais personalizados.

**Palavras-chave:** *Bronquiectasias não fibrose quística. Adulto. Idoso.*

## PO95. SORO HIPERTÔNICO NAS BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE QUÍSTICA: QUAL O SEU IMPACTO?

N. China-Pereira, A. Mendes, D. Machado, I. Sanches, I. Pascoal, R. Monteiro

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** O Soro hipertônico (SH) é uma solução salina estéril que tem sido usada como agente mucoactivo em doentes com bronquiectasias. O seu impacto na melhoria da qualidade de vida, redução de exacerbações e melhoria função pulmonar destes doentes tem sido alvo de investigação.

**Objectivos:** Avaliar a segurança e eficácia do SH a 6% em doentes com bronquiectasias não-fibrose quística (BQNFQ).

**Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes com BQNFQ que iniciaram SH no nosso departamento de Pneumologia desde Julho de 2016. Nos pacientes em que se completou seis meses de terapêutica, foram comparados *outcomes* clínicos entre o meio ano anterior e posterior ao início do SH.

**Resultados:** Até Dezembro de 2017, 13 pacientes com BQNFQ iniciaram terapêutica com SH (53,8% homens), com idade média de 51,62 ± 20,7 anos. A etiologia das BQNFQ foi precisada em 7 pacientes (53,8%). Quatro doentes apresentavam colonização crónica por *Pseudomonas aeruginosa* e outros dois por *Haemophilus influenzae*. Um paciente suspendeu o SH por broncospasma e dois pacientes por ausência de benefício clínico. Outros efeitos laterais reportados foram tosse (n = 2) e irritação nasal (n = 1). Durante a prova inicial de tolerância ao SH entre os 13 pacientes que iniciaram terapêutica, não se registou diferenças significativas no FEV1 (62,75 ± 14,7% vs 61,25 ± 13,86%, p = 0,092). No grupo de 6 pacientes que cumpriram 6 meses de terapêutica, a média de exacerbações pós versus pré-terapêutica foi tendencialmente menor (0,17 ± 0,408 vs 0,50 ± 0,837, p = 0,317). A quantidade de expectoração após 3 meses de SH, foi tendencialmente menor, pese embora também sem apresentar significado estatístico.

**Conclusões:** Este estudo pretendeu mostrar as características dos doentes orientados para terapêutica com SH. Ainda que sem significado estatístico verificou-se uma tendência a melhoria no volume de expectoração e diminuição das exacerbações, sem efeitos adversos significativos. Mais estudos são necessários para fornecer dados mais robustos acerca deste tratamento.

**Palavras-chave:** *Soro hipertônico. Bronquiectasias. Exacerbação. Broncorreia.*

## PO96. EFEITO DO MEPOLIZUMAB EM DOENTES DA VIDA REAL

B. Ramos, L. Santos, C. Loureiro

*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospitais da Universidade de Coimbra.*

**Objectivos:** Avaliação da resposta ao mepolizumab e efeitos adversos (EA).

**Métodos:** Estudo descritivo de amostra que incluiu os doentes com asma grave sob mepolizumab nos HUC. Foram analisados dados clí-

nico-demográficos, ECDT, questionários de controlo de sintomas/qualidade de vida, efeitos adversos, número de agudizações e alterações à medicação habitual.

**Resultados:** Avaliados 7 doentes, 85,7% (n = 6) pertenciam ao género feminino, idade média de 49,8 anos (DP ± 15.9). Principais comorbilidades: patologia ORL 100% (n = 7) e excesso de peso 71,4% (n = 5) (média IMC 28,9 kg/m<sup>2</sup>). Hábitos tabágicos: 1; exposição profissional (vapores/têxteis): 4. Medicação habitual: 100% (n = 7) no degrau máximo do GINA, 57,1% (n = 4) sob corticoterapia sistémica. TCA positivos: 4 pacientes (2 com correlação clínica de alergia); IgE < 18 UI/mL: 5; áreas de encarceramento aéreo (TC-tórax): 4. Uma paciente foi excluída dos resultados por suspeita de hipersensibilidade a excipiente. Nos 12 meses prévios ao tratamento, os 6 pacientes apresentaram um total de 27 agudizações (0,375 agudizações/mês), em que 1 doente apresentou 12 agudizações/ano (0,208 agudizações/mês se excluído esse doente), 5 necessitaram de internamento. Após o início da terapêutica, assinalaram-se nos 6 pacientes 2 agudizações, num total cumulativo de 34 meses, correspondendo a 0,06 agudizações/mês, 1 necessitou de internamento. Registou-se uma descida média da corticoterapia sistémica de 16 para 9 mg (n = 3). Questionários (média pré/pós terapêutica): CARAT 11,7 para 19,8 (n = 6); ALQ 15,7 para 12,8 e EuroQol-5D de 10,7 para 9 (n = 5). EFR (média pré/pós terapêutica): FEV1 72,7% para 88,3% (n = 6); FEV1/FVC de 58,2% para 64,2% (n = 6); FeNO 239ppb (n = 5) para 112ppb (n = 3). Eosinófilos séricos (média pré/pós terapêutica): 7,15%/617 células (n = 6) para 1,12%/80 células (n = 5). EA (n = 7): em 42,8% (n = 3) agravamento da rinite e cefaleias (primeiras 24-48 horas), 28,6% (n = 2) astenia e 14,3% (n = 1) episódio de faringite e aumento de peso.

**Conclusões:** Concluiu-se que houve uma extraordinária redução do número de agudizações/mês com diminuição da dose de corticoterapia sistémica em 40% e significativa melhoria funcional. Registaram-se apenas EA minor, destacando-se a suspensão do tratamento numa doente, por suspeita de hipersensibilidade a excipiente.

**Palavras-chave:** *Asma. Mepolizumab.*

## PO97. FENÓTIPO ASMA-OBESIDADE: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO OBESA EM SEGUIMENTO NUMA CONSULTA DE PNEUMOLOGIA-ASMA

C. Marques<sup>1</sup>, M.E. Brandão<sup>2</sup>, I. Ladeira<sup>1</sup>, I. Pascoal<sup>1</sup>, A. Carvalho<sup>1</sup>, R. Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.* <sup>2</sup>*Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.*

**Objectivos:** Caracterizar a população obesa em seguimento numa consulta hospitalar de Pneumologia-Asma.

**Métodos:** Foram incluídos todos os doentes em seguimento em consulta de Pneumologia-Asma num hospital terciário português entre Junho e Setembro de 2016. Os dados sociodemográficos, antropométricos, clínicos e funcionais foram recolhidos retrospectivamente. A definição de excesso de peso e obesidade foi realizada de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde.

**Resultados:** Foram incluídos 237 doentes. Os resultados encontram-se descritos na tabela.

**Conclusões:** O excesso de peso/obesidade é muito frequente em doentes com asma, tendo estes doentes características diferentes dos doentes com IMC normal, o que tem levado ao surgimento do fenótipo asma-obesidade. Nesta amostra essas diferenças foram estatisticamente significativas em diversas características, de realçar a necessidade de steps terapêuticos mais elevados e maior frequência de exacerbações no último ano. Será importante definir estratégias multidisciplinares para a abordagem destes doentes com excesso de peso-obesidade, que visem o tratamento conjunta da asma e da obesidade.

**Palavras-chave:** *Asma. Obesidade.*

Tabela PO97			
	IMC normal [IMC 18,5-24,99]	Excesso de peso/obesidade [IMC > 25]	p valor
n doentes-n;%	54 (22,8)	183 (77,2)	
Sexo feminino-n;%	39 (72,2)	148 (80,9)	p = 0,171
Idade-média ± desvio padrão	40 ± 16	53 ± 14	p < 0,001
Atopia-n;%	42 (79,2)	100 (55,9)	p = 0,002
IgE-mediana ± intervalo interquartil	130 [676]	78 [225]	p = 0,025
FEV1%previsto-mediana ± intervalo interquartil	94,7 [24,5]	87,2 [28]	p = 0,061
Co-morbilidades-n;%			
Rinossinusite	40 (74,1)	106 (57,9)	p = 0,032
Doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE)	3 (5,6)	31 (16,9)	p = 0,036
Ansiedade	2 (3,7)	24 (13,1)	p = 0,052
Depressão	5 (9,3)	19 (10,4)	p = 0,810
Step terapêutico-n;%			
Step 1	17 (31,5)	19 (10,4)	p < 0,001
Step 2	3 (5,6)	16 (8,7)	p = 0,576
Step 3	17 (31,5)	34 (18,6)	p = 0,043
Step 4	13 (24,1)	107 (58,5)	p < 0,001
Step 5	0	3 (1,6)	p = 0,344
Exacerbações no último ano-n;%			
0	37 (68,5)	76 (41,5)	p < 0,001
1-2	15 (27,8)	73 (39,9)	p = 0,105
> 2	2 (3,7)	34 (18,6)	p = 0,007
Uso de CCT sistêmica no ultimo ano-n; %	9 (16,7)	56 (30,6)	p = 0,044

#### PO98. RELAÇÃO ENTRE O OZONO TROPOSFÉRICO E AS EXACERBAÇÕES DE ASMA: A REALIDADE EM COIMBRA

G. de Freitas Camões, A.J.C. Gouveia Ferreira

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

**Introdução:** A exposição a ozono troposférico pode estar potencialmente relacionada com a exacerbação de algumas doenças inflamatórias pulmonares, destacando-se a asma. Níveis elevados desta molécula são classicamente considerados como *triggers* de exacerbação. A legislação portuguesa configura os níveis limiar de informação e de alerta populacional para a sua exposição.

**Objectivos:** Verificar potenciais correlações entre exposição a ozono troposférico e recurso à urgência hospitalar por crise de asma.

**Métodos:** No período estudado (2012-2016) obtiveram-se dados relativos à concentração diária de ozono troposférico e ao número de doentes saídos nos serviços de urgência (SU) do Hospital da Universidade de Coimbra (HUC) e do Hospital Pediátrico de Coimbra (HP) com diagnóstico de exacerbação de asma. Realizou-se um estudo estatístico de correlação considerando um efeito imediato e um efeito retardado de um, dois e três dias dos efeitos do ozono troposférico.

**Resultados:** No período analisado, a mediana dos valores médios diários de O<sub>3</sub> foi 51 µg/m<sup>3</sup>. Verificou-se uma correlação negativa negligenciável com um coeficiente de correlação de Spearman rho = -0,109 (p < 0,001) na população adulta e rho = -0,257 (p > 0,001) na população pediátrica.

**Conclusões:** Os resultados obtidos não são coincidentes com a correlação positiva demonstrada por estudos recentes. Vários fatores poderão ter influência, nomeadamente i) os níveis baixos de ozono troposférico habitualmente observados na zona de Coimbra, ii) a existência de outros *triggers* de exacerbação com potencial impacto mais significativo, nomeadamente a exposição a aeroalergéneos, iii) a codificação do diagnóstico de saída do Software Alert de muitos doentes com exacerbação de Asma como “outro diagnóstico”. Por outro lado, o valor do coeficiente de correlação de Spearman observado, embora negativo, é negligenciável. No futuro, propõe-se a realização de estudos que impliquem também estas variáveis num modelo estatístico multifatorial.

**Palavras-chave:** Asma. Exacerbação. Ozono.

#### PO99. O PAPEL DO ANTICORPO MONOCLONAL ANTI-IMUNOGLOBULINA E NA ASPERGILOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

N. China-Pereira, F. Lima, R. Lima, R. Monteiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** Estima-se que um terço dos doentes com asma severa apresente sensibilização atópica a fungos filamentosos, nomeadamente a *Aspergillus fumigatus*. A corticoterapia oral tem sido aceite como a terapêutica mais eficaz, porém, dado os seus marcados efeitos laterais, novos tratamentos com antifúngicos e anticorpo monoclonal anti-imunoglobulina E (IgE) têm emergido.

**Caso clínico:** Apresenta-se doente de 59 anos, não fumadora, com antecedentes de rinoconjuntivite alérgica, aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA) e bronquiectasias. Previamente medicada com corticoterapia inalada em altas doses, antimuscarínico e agonista-beta de longa acção. O diagnóstico de ABPA foi confirmado pela presença de testes cutâneos Prick positivos para *Aspergillus fumigatus*; IgE total de 1.346,00 IKU/L; IgE específicas para *Aspergillus* 16,30 UK/L (classe 3); IgG anti-*Aspergillus* 67,70 mg/L. Ao exame funcional respiratório apresentava uma alteração ventilatória obstrutiva com FEV1 de 1,14L pos-broncodilatação e em TC-torácico observavam-se bronquiectasias cilindro-varicosas, com sinais de impaction mucóide. Dado o uso recorrente de ciclos de corticoterapia oral, foi proposto início de tratamento com omalizumab 450 mg a cada 2 semanas. Seis meses após início de terapêutica, a doente apresentava melhoria sintomática, tendo tido apenas uma exacerbação de etiologia infecciosa. Imagiologicamente, de referir, bronquiectasias com paredes menos espessadas, e funcionalmente um FEV1 de 1,15 L. Após um ano de terapêutica, foi associado itraconazol 200 mg bid por infiltrados vagamente nodulares em “vidro despolido” *de novo*. Aos 2 anos de tratamento, a referir: estabilidade clínica com Asthma Control Test (ACT) de 23, sem exacerbações e sem uso de corticoterapia oral; estabilidade funcional (FEV1 de 1,11L); IgE de 368,00 IKU/L; resolução de infiltrados em vidro despolido, pelo que foi suspenso o itraconazol.



**Discussão:** Este caso pretende realçar o impacto que o omalizumab pode ter no controlo da ABPA, reduzindo a resposta imune alérgica do hospedeiro e, conseqüentemente, a necessidade de corticoterapia oral. Mais investigação é necessária para perceber o papel e eficácia deste fármaco na ABPA.

**Palavras-chave:** *Aspergilose broncopulmonar alérgica. Omalizumab. Itraconazol.*

## PO100. IMUNOTERAPIA NA ASMA E RINITE ALÉRGICA: AVALIAÇÃO A 5 ANOS

J.E.C. Costa<sup>1</sup>, J. Machado<sup>1</sup>, C. Ferreira<sup>1</sup>, J. Gama<sup>2</sup>, T. Almeida<sup>1</sup>, A.M. Arrobas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Pneumologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Hospital Geral.* <sup>2</sup>*Departamento de Matemática, Universidade Beira Interior.*

**Introdução:** A asma constitui um problema de saúde com uma prevalência e gravidade crescente nos últimos anos. A imunoterapia específica (ITE) constitui comprovadamente a única terapêutica que altera a história natural da doença alérgica.

**Objectivos:** Avaliar a evolução dos doentes com asma submetidos a ITE.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes com asma submetidos a ITE seguidos na consulta de Alergologia Respiratória. A análise estatística foi realizada através dos programas Microsoft Excel® e IBM SPSS® v23.

**Resultados:** Incluídos 35 doentes, idades entre 15 e 60 anos. A maioria (94,3%) tinham rinite alérgica associada. Relativamente à terapêutica 29% dos doentes realizaram ITE para *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dpt), 23% Dpt/*Dermatophagoides farinae*, 14% Dpt/*Lepidoglyphus destructor* e 31% para mistura Gramíneas. A maioria apresentava polissensibilização alérgica (57%). No ano anterior ao início da ITE os doentes apresentaram uma média de 3,9 ± 2,7 agudizações/ano e CARAT médio de 18 ± 2,3. Um ano após o início da ITE, apresentavam uma média de 0,14 ± 0,36 agudizações/ano e CARAT médio de 22,8 ± 2,9. Aos 3 anos apresentavam uma média de 0,05 ± 0,22 agudizações/ano e CARAT médio de 24,2 ± 2,7. Aos 5 anos apresentavam uma média de 0,19 ± 0,40 agudizações/ano e CARAT médio de 23,8 ± 4. Durante esse período encontravam-se a realizar terapêutica no grau 3 da Global Initiative for Asthma. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativa no número de agudizações/ano e na média do questionário CARAT a 1, 3 e 5 anos (ANOVA de medidas repetidas p < 0,001). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à terapêutica (ANOVA de medidas repetidas, p = 0,282).

**Conclusões:** Após a realização de ITE durante um ano, obteve-se uma melhoria sintomática muito significativa no controlo clínico da asma, como evidenciada pela diferença estatisticamente significativa no número de agudizações/ano e na média do questionário CARAT. Esse controlo mantém-se estável após 3 e 5 anos de terapêutica. Não existiram diferenças estatisticamente significativas na terapêutica broncodilatadora e anti-inflamatória.

**Palavras-chave:** *Asma. Imunoterapia específica.*

## PO101. O PAPEL DA EDUCAÇÃO NA ADESÃO À EVICÇÃO AMBIENTAL DE ALERGÉNIOS EM DOENTES ASMÁTICOS - ESTUDO MULTICÊNTRICO

M.E. Brandão<sup>1</sup>, C. Marques<sup>2</sup>, I. Ladeira<sup>2</sup>, I. Pascoal<sup>2</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, B. Conde<sup>1</sup>, A. Carvalho<sup>2</sup>, C. Pinto<sup>1</sup>, R. Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro.* <sup>2</sup>*Centro Hospitalar de Gaia-Espinho.*

**Introdução:** A exposição alérgica em ambiente indoor e outdoor é um importante fator desencadeante de sintomas e exacerbações

no doente asmático. Embora úteis e recomendáveis, as medidas de evicção são frequentemente difíceis de implementar.

**Objectivos:** Avaliar a adesão às medidas de evicção ambiental de alérgenos e identificar as principais barreiras à educação dos doentes asmáticos em seguimento na consulta de Pneumologia-Asma.

**Métodos:** Estudo transversal, incluindo doentes asmáticos adultos com atopia comprovada em seguimento na consulta de Pneumologia-Asma de dois centros hospitalares (Julho 2016-Dezembro 2017). A colheita de dados foi realizada através da elaboração e aplicação de um questionário a cada participante que incluía aspectos demográficos e socioeconómicos, história da doença asmática, adesão à terapêutica e adesão às principais medidas de evicção de alérgenos.

**Resultados:** Foram incluídos 60 doentes (18 M, 34 F; média de idades 42 ± 2 anos), a sua maioria com asma de longa evolução (superior a 10 anos em 61,7%) e polissensibilizados (60%). Os aeroalérgenos mais frequentemente identificados foram os ácaros (91,7%) e os pólenes (48,3%). Na amostra global de doentes, 88,3% eram incumpridores de pelo menos uma medida de evicção de alérgenos. Os motivos mais frequentemente evocados foram a falta de conhecimento (56,6%) e as dificuldades económicas (15,1%). Vinte e cinco dos incumpridores (41,7%), também não cumpria regularmente a terapêutica prescrita. O cumprimento das medidas de evicção de alérgenos associou-se de forma significativa ao número de intervenções educativas pelo médico assistente: em 100% dos cumpridores foi realizada mais de uma intervenção (vs 51,9% dos incumpridores; p = 0,016). Nenhuma outra variável estudada (idade, sexo, escolaridade, situação profissional, situação económica e número de co-habitantes asmáticos) mostrou correlação estatisticamente significativa com a adesão às medidas de evicção de alérgenos.

**Conclusões:** Os resultados do presente estudo transversal mostram uma baixa adesão dos doentes asmáticos às medidas de evicção de alérgenos. Uma boa comunicação médico-doente e o incentivo em todas as etapas do tratamento parece ser um componente essencial para melhorar esta adesão.

**Palavras-chave:** *Asma. Evicção de alérgenos. Educação.*

## PO102. RELAÇÃO ENTRE A EVICÇÃO AMBIENTAL DE ALERGÉNIOS E O CONTROLO DE SINTOMAS EM DOENTES ASMÁTICOS

M.E. Brandão<sup>1</sup>, C. Marques<sup>2</sup>, I. Ladeira<sup>2</sup>, I. Pascoal<sup>2</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, B. Conde<sup>1</sup>, A. Carvalho<sup>2</sup>, C. Pinto<sup>1</sup>, R. Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.* <sup>2</sup>*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho.*

**Introdução:** As diretrizes internacionais de abordagem da asma enfatizam a necessidade de medidas de controlo ambiental individualizadas no tratamento da asma. No entanto, a eficácia da redução na exposição a alérgenos tem demonstrado resultados inconsistentes no controlo da asma.

**Objectivos:** Avaliar o grau de controlo de sintomas numa coorte de doentes asmáticos em seguimento na consulta de Pneumologia-Asma e a sua relação com a adesão às medidas de evicção de alérgenos.

**Métodos:** Estudo transversal, incluindo adultos com asma atópica em seguimento na consulta de Pneumologia-Asma de dois centros hospitalares (Jul-2016 a Dez-2017). Cada doente preencheu o Asthma Control Test (ACT) e um questionário de avaliação da adesão às medidas de evicção de alérgenos (27 questões). Consoante a pontuação ACT, os doentes foram agrupados da seguinte forma: < 20 “asma não controlada”; > 20 “asma controlada”. Foram igualmente revistos os processos clínicos tendo sido registado o número de exacerbações no último ano.

**Resultados:** Participaram no estudo 60 asmáticos, 70% mulheres, com média de idades de 42 ± 2 anos. A pontuação média do ACT foi de 19,6, sendo que 36,7% dos doentes obtiveram pontuação inferior a 20 (asma não controlada). Dezassete doentes (28,4%) tiveram pelo menos 1

exacerbação com necessidade de corticoterapia oral no último ano. O grau de controlo de sintomas foi significativamente inferior no grupo de asmáticos sensibilizados a múltiplos alérgenos ( $p = 0,03$ ). Na amostra global de doentes, não se observaram diferenças significativas no grau de controlo de sintomas nem no uso de corticoterapia oral entre os grupos de cumpridores vs incumpridores das medidas de evicção de alérgenos. No entanto, a análise do subgrupo de doentes polissensibilizados ( $n = 36$ ), mostrou uma associação estatisticamente significativa entre o mau controlo de sintomas ( $ACT < 20$ ) e o incumprimento das medidas de evicção de alérgenos ( $p = 0,045$ ).

**Conclusões:** Na presente amostra de doentes asmáticos seguidos em consulta hospitalar, 36,7% não tinham a sua doença controlada. Os resultados sugerem que uma intervenção ambiental multifacetada, atuando em exposições múltiplas, poderá proporcionar benefícios clínicos para o subgrupo de asmáticos polissensibilizados.

**Palavras-chave:** *Asma. Asthma control test. Sintomas. Evicção de alérgenos.*

### PO103. PREVALÊNCIA DO FENÓTIPO DE ASMA EOSINOFÍLICA DE INÍCIO TARDIO NUMA CONSULTA HOSPITALAR DE ASMA

M.E. Brandão<sup>1</sup>, C. Marques<sup>2</sup>, I. Ladeira<sup>2</sup>, I. Pascoal<sup>2</sup>, A. Carvalho<sup>2</sup>, R. Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. <sup>2</sup>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.

**Introdução:** Nas últimas décadas, a importância de definir subtipos de asma grave tem sido cada vez mais reconhecida. O fenótipo da asma eosinofílica de início tardio é um dos mais consistentes e clinicamente relevantes com o advento de novos tratamentos direcionados.

**Objectivos:** Determinar a prevalência de asma eosinofílica de início tardio numa consulta hospitalar de Pneumologia-Asma.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, incluindo todos os doentes em seguimento na consulta de Pneumologia-Asma de um hospital terciário português entre Junho e Setembro de 2016. Os dados sociodemográficos, clínicos, funcionais e laboratoriais foram recolhidos a partir da consulta do processo clínico. O fenótipo de asma eosinofílica de início tardio foi definido de acordo com critérios recomendados pela European Respiratory Society.

**Resultados:** Durante o período de estudo, foram observados em consulta de Pneumologia-Asma 370 doentes; destes foram seleccionados 237 asmáticos adultos. Noventa e quatro doentes (39,6%) tiveram início da sintomatologia asmática na idade adulta. Cinco doentes (1 M; 4 F; média de idades  $64 \pm 9$  anos) preenchiam os critérios de fenótipo de asma eosinofílica de início tardio. A prevalência deste fenótipo na amostra estudada foi de 2,1% (IC95%: 0,3-3,9). A análise deste subgrupo de doentes revelou uma contagem média de eosinófilos no sangue periférico de  $0,73 \times 10^9/L$ , atingimento da função pulmonar (obstrução ligeira a muito grave; VME1% do previsto mín 34% e máx 79%), presença de polipose nasal em dois casos e sensibilidade à aspirina em um caso. Os cinco doentes tiveram pelo menos uma exacerbação no último ano (três doentes com necessidade de corticoterapia oral e um com internamento hospitalar). Quatro dos cinco doentes encontravam-se sob corticoterapia inalada em média-alta dose (de grau 4 de tratamento segundo GINA).

**Conclusões:** O fenótipo de asma eosinofílica de início tardio é uma entidade rara, mesmo na população de doentes com asma grave seguidos em consulta hospitalar. O início da sintomatologia em idade adulta, ausência de atopia, presença de comorbilidades típicas, eosinofilia periférica, obstrução fixa das vias aéreas e exacerbações graves apesar da corticoterapia inalada em alta dose, devem levantar a suspeita deste fenótipo.

**Palavras-chave:** *Asma. Eosinofilia periférica. Prevalência. Fenótipo eosinofílico.*

### PO104. PROVA DE BRONCOPROVOCAÇÃO COM METACOLINA - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

F. Aguiar, J. Lages, M.J. Araújo, R. Pereira, A.L. Vieira, C. Pacheco, J. Cunha

*Hospital de Braga.*

**Introdução:** A prova de broncoconstrição com metacolina é um método de avaliação de hiperresponsividade brônquica (HRB). É um teste com alta sensibilidade para asma, utilizado em doentes com sintomas asmáticos cujo diagnóstico não é linear. O teste é positivo com a diminuição do FEV1 em 20% após administração de Metacolina e a HRB pode ser caracterizada em ligeira, moderada ou acentuada.

**Objectivos:** Caracterizar provas de broncoprovocação com metacolina.

**Métodos:** Revisão retrospectiva de provas de broncoprovocação com Metacolina (Provocholine®) realizadas num hospital em dois anos.

**Resultados:** Foram consideradas 194 provas de broncoprovocação. A população apresentou uma mediana de idades de 49,0 anos, um IMC mediano de 26,6 kg/cm<sup>2</sup>, uma predominância do género feminino (71,1%) e de não fumadores (80,1%). Os doentes possuíam antecedentes de rinite (21,1%), atopia (12,9%) e sinusite (3,9%). O sintoma principal foi a tosse (67,5%), seguido de dispneia (30,9%) e pieira (30,4%). 35,1% dos doentes apresentavam vários sintomas. 35,1% das provas de broncoprovocação foram positivas. Mais de metade das provas positivas revelaram uma HRB acentuada (60,3%). 34,0% das provas foram parcialmente positivas por um aumento > 100% da resistência da via aérea. Doentes com HRB ou HRB parcial apresentavam IMC superior face aos doentes sem HRB (IMC 28,0 versus 25,6,  $p = 0,003$ ). A pieira e a dispneia associaram-se à HRB ou HRB parcial ( $p = 0,011$  e  $p = 0,022$ ). Doentes com antecedentes de atopia mostraram maior positividade para HRB ( $p = 0,16$ ). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre HRB e género ( $p = 0,77$ ), idade (0,10) ou hábitos tabágicos ( $p = 0,25$ ). Nenhum dos parâmetros funcionais respiratórios analisados (FEV1, FVC, FEV1/FVC, Resistência da via aérea) ou padrão de obstrução das pequenas vias se associou a HRB.

**Conclusões:** Nesta revisão mostramos a associação de aspetos inerentes ao indivíduo como o IMC e antecedentes atópicos e sintomas como a pieira e a dispneia com a HRB.

**Palavras-chave:** *Metacolina. Broncoprovocação. Hiperresponsividade brônquica.*

### PO105. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS - USOS E RESULTADOS CLÍNICOS

T. Oliveira<sup>1</sup>, A.L. Rego<sup>2</sup>, J.C. Caminha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia; <sup>2</sup>Serviço de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar do Porto.

**Introdução:** A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) é terapêutica essencial no suporte da insuficiência respiratória aguda, frequentemente complementando ou substituindo a ventilação mecânica invasiva.

**Objectivos:** Avaliar se a VMNI foi uma estratégia ventilatória bem-sucedida face à clínica, comorbilidades e contexto da insuficiência respiratória aguda (IRA) e conhecer razões de insucesso.

**Métodos:** Consultaram-se os processos eletrónicos dos 508 episódios de admissão numa das Unidades Intensivas e nas Unidades Intermédias do Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) do Centro Hospitalar do Porto (CHP) no primeiro trimestre de 2017. Para cada doente tratado com VMNI analisaram-se dados demográficos, comorbilidades, motivo de admissão, temporalidade, contexto clínico e resultado.

**Resultados:** Dos 508 episódios de internamento analisados, utilizou-se VMNI em 20,9% ( $N = 106$ ). Desses 106 episódios, 90,6% ( $n = 96$ )

foram internamentos médicos. Utilizou-se VMNI em cuidados intermédios em 90,6% (n = 96). A idade média dos doentes foi de 71 anos. As principais comorbilidades encontradas foram DPOC (33,0%; n = 35), SAOS/hipoventilação crónica (11,32%; n = 12), bronquiectasias (10,4%; n = 11), doenças neuromusculares (5,7%; n = 6) e doenças pulmonares difusas (3,8%; n = 4). Existia contexto de imunossupressão em 21,7% (n = 23) dos doentes, maioritariamente neoplasias hematológicas e doenças autoimunes sob imunossupressão farmacológica. Em média, utilizou-se VMNI durante 7,2 dias e a duração dos internamentos foi de 10,1 dias. Aplicou-se VMNI principalmente para evitar entubação orotraqueal (EOT), em 74,5% (n = 79), para prevenir re-EOT, em 7,6% (n = 8), e por decisão de não EOT, em 9,4% (n = 10) dos doentes. Houve insucesso da VMNI em 13,2% (n = 14) dos casos, principalmente devido a IRA refratária, sépsis/choque séptico, secreções excessivas/tosse ineficaz. A taxa de mortalidade dos doentes sob VMNI foi de 10,4% (n = 11).

**Conclusões:** A VMNI é uma terapêutica muito empregue no SCI/UCIM, com aplicações clínicas diversas. Experiência em VMNI e possibilidade de EOT imediata são essenciais. Verificou-se elevada taxa de sucesso, conseguindo-se evitar EOT em 68 dos 79 doentes para os quais se utilizou VMNI com esse objetivo. Registrar sistematicamente dados gasométricos e utilizar mais VMNI em Intensivos são aspetos a melhorar.

**Palavras-chave:** Insuficiência respiratória aguda. Ventilação mecânica não invasiva (VMNI). Falência de ventilação mecânica não invasiva. Entubação orotraqueal (EOT). Cuidados intensivos. Cuidados intermédios. Decisão de não entubar.

#### PO106. CESSAÇÃO TABÁGICA: 10 ANOS DEPOIS

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

*Hospital Egas Moniz.*

O tabagismo constitui a causa número um de mortes preveníveis nos países desenvolvidos, sendo responsável pela morte de cerca de 6 milhões por ano. Este número alarmante vem confirmar a importância de abordar a dependência da nicotina. Este trabalho tem como objectivo avaliar, dez anos depois, os hábitos tabágicos dos doentes que iniciaram consulta de cessação tabágica no Hospital Egas Moniz em 2008. Foi realizado em Janeiro de 2018 um questionário via telefónica e dos 62 doentes avaliados pela 1ª vez na consulta em 2008, 18 não atenderam e 1 faleceu, pelo que não foram contabilizados para este estudo. À data da última consulta, 24 doentes (38,7%) deixaram de fumar, dos quais 6 não foram avaliados por não terem atendido as chamadas telefónicas. Foram avaliados 43 doentes e dos 25 doentes que continuavam a fumar, segundo os registos da última consulta, apenas 5 deixaram de fumar posteriormente: 1 em nova consulta hospitalar, 1 em consulta de Medicina Geral e Familiar, 2 por iniciativa própria e 1 após eletroterapia. Nestes doentes foi avaliada a carga tabágica, a dependência física (através do teste de Fagerström) e a motivação (através do teste de Richmond). Dos 18 doentes que tinham cessado os hábitos tabágicos, 3 (16,7%) mantiveram-se sem fumar, e 15 (83,3%) tiveram uma recaída. Destes últimos, 4 foram bem-sucedidos numa nova tentativa: 2 em nova consulta Hospitalar, 1 por iniciativa própria e 1 após eletroterapia. Não cumpriram o plano de seguimento em consulta 59 doentes. No entanto, dos doentes que continuaram a fumar, 27 (87%) manifestaram vontade de deixar de fumar e desses, 85% está interessado em retomar seguimento em consulta. Sendo a dependência do tabaco uma doença de adição, estes resultados confirmam a necessidade de seguimento personalizado, multidisciplinar e prolongado, dados as inúmeras recaídas e persistência dos hábitos.

**Palavras-chave:** Consulta. Cessação tabágica. Tabagismo. Motivação. Dependência.

#### PO107. A PERCEÇÃO DA DISPNEIA E DA FADIGA MUSCULAR PELO DOENTE COM DPOC EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

L.M. Santos<sup>1</sup>, P.I. Pedro<sup>2</sup>, A. Dias<sup>4</sup>, C. Fortes<sup>3</sup>, P. Raposo<sup>4</sup>, F. Rodrigues<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. <sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Setúbal. <sup>4</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Objectivos:** Analisar a correlação entre dispneia e saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) mínima, e entre a fadiga dos membros inferiores (MI) e a distância percorrida, na P6M, em doentes com DPOC no início e no final de um programa de reabilitação respiratória (RR). **Métodos:** Estudo retrospectivo das P6M dos doentes com DPOC, em programa de RR ao longo do ano de 2016. O grau de dispneia e fadiga dos MI segundo a escala de Borg modificada, a SpO<sub>2</sub> mínima e a distância percorrida na P6M, realizada no início e no fim do programa de RR, foram analisados pelos métodos estatísticos apropriados.

**Resultados:** Incluímos 46 doentes, média de idades de 68 anos (DP = 10), 80,4% género masculino e 76,1% GOLD 2 ou 3. O grau médio de dispneia no início e fim do programa de foi de 3 (DP = 1,8) e 2,5 (DP = 1,7), respectivamente, e as SpO<sub>2</sub> mínimas médias de 84,9% (DP = 5,4) e 87,6% (DP = 4,3). O aumento da SpO<sub>2</sub> mínima foi significativo (p = 0,007). Não se verificou correlação entre o grau de dispneia e a SpO<sub>2</sub> mínima na P6M inicial ou final (p = 0,311 e p = 0,09). No início e no fim do programa, os doentes referiram grau de fadiga MI mediano de 2 (IIQ = 3). A distância média percorrida foi de 340,7 m (DP = 105) e 373,3 m (DP = 95), respectivamente no início e no fim do programa, tendo este aumento sido significativo (p = 0,003). Verificou-se uma correlação moderada (rho = 0,308) e significativa (p = 0,04) entre a fadiga dos MI e a distância percorrida na P6M inicial, mas não na final (p = 0,077).

**Conclusões:** Com o programa de RR verificou-se um aumento significativo da distância percorrida e da SpO<sub>2</sub> mínima. A percepção da fadiga dos MI correlacionou-se com a distância percorrida na P6M inicial, mas não na final, podendo estar relacionado com melhor condicionamento físico. A ausência de correlação entre SpO<sub>2</sub> mínima e a dispneia confirma tratar-se de duas variáveis clínicas distintas.

**Palavras-chave:** DPOC. Reabilitação respiratória. Prova 6 minutos da marcha. Dispneia. Fadiga dos membros inferiores. Saturação periférica de oxigénio. Distância percorrida.

#### PO108. PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION. A NEW INDICATION FOR REHABILITATION?

M. Almeida<sup>1</sup>, S. Viamonte<sup>1</sup>, M. Santos<sup>1</sup>, M. Marques<sup>1</sup>, L. Carvalho<sup>2</sup>, F. Gonçalves<sup>2</sup>, A. Reis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Reabilitação do Norte. <sup>2</sup>Centro Hospitalar do Porto-Hospital de Santo António.

**Introduction:** Individuals with Pulmonary Arterial Hypertension (PAH) have a reduced functional capacity, decreased quality of life and a reserved prognosis due to right heart failure. Initially, exercise training in patients with PAH was contraindicated because of the high risk of sudden death. More recently, due to evolution of pharmacological treatment, specialized exercise-based rehabilitation programs have shown promising results in improving functional capacity and quality of life in PAH patients.

**Objectives:** With this work the authors intend to describe the results of the first rehabilitation program (RP) carried out in Portugal integrating patients with PAH.

**Methods:** Five patients diagnosed with PAH were oriented to a RP in a specialized rehabilitation center. The 3-week inpatient program included aerobic training 7 days per week (walking and cycling), inspiratory muscles training using an inspiratory muscles training threshold, respiratory and conservation techniques and mental



training. The following instruments were used for the evaluation (pre- and post-PR): Cardiopulmonary Exercise Test (CPET), 6-minute walk test (6MWT), Respiratory Pressure Manometry, Medical Research Council and Health Status Questionnaire SF-36.

**Results:** After RP, the patients presented a clinically significant improvements in 6MWT (média +86 meters), VE/VCO<sub>2</sub> slope (média -24,4) and SF-36 in the “physical functioning”, “role limitations” and “vitality, energy or fatigue” subgroups. Despite the improvement in functional capacity translated in VO<sub>2</sub>max (média +1,3 ml/min/kg) and in inspiratory muscle strength (média +8 cm/H<sub>2</sub>O), these were not considered significant. It should be noted the absence or adverse effect related to the exercise training.

**Conclusions:** The results of this study demonstrate the benefits that can be achieved through the implementation of an exercise-based RP in patients with PAH, suggesting that supervised training seems safe even in those patients considered to be high risk.

**Key words:** Pulmonary arterial hypertension. Rehabilitation.

### PO109. SÍNDROME DE APNEIA DO SONO SOB CPAP - ESTUDO PROSPETIVO DE SEGUIMENTO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS VS UNIDADES HOSPITALARES

B. Von Amann<sup>1</sup>, A. Dias<sup>1</sup>, C. Leitão<sup>1</sup>, L. Almeida<sup>1</sup>, E. Nabais<sup>1</sup>, C. Martinho<sup>1</sup>, R.P. Basto<sup>1</sup>, P. Pinto<sup>2</sup>, C. Bárbara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia;<sup>2</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa. ISAMB Faculdade de Medicina de Lisboa.

**Introdução:** A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma patologia de elevada prevalência devendo o seguimento dos doentes estáveis ocorrer nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Apresentam-se os resultados preliminares de um estudo prospetivo, com o objetivo de avaliar o seguimento nos CSP vs em Unidades Hospitalares (UH) de doentes com adesão, eficácia e ausência de queixas 3 meses após início de CPAP.

**Métodos:** Questionários de avaliação clínica, satisfação e qualidade de vida (EQ-5D), dados de adesão e eficácia do tratamento com CPAP, sendo definidos dois momentos de avaliação: aos 3 meses para aleatorização entre seguimento nos CSP e UH e a reavaliação (> 12 meses).

**Resultados:** Incluídos 22 doentes: 9 seguidos em CSP (idade média 60,4 ± 9,4 anos; 77,8% homens; IAH 33,9 ± 19,6; EPW 10,1 ± 5,4; IMC 31,1 ± 4,6) e 13 nas UH (idade média 60,9 ± 7,7 anos; 61,5% homens; IAH 43,5 ± 30,6; EPW 8,9 ± 5,0; IMC 30,2 ± 3,6). Os doentes com alta para CSP tiveram seguimento hospitalar de 3,7 ± 1,4 meses, com IAH residual(r) 1,7/h; EPWr 4,5; adesão 6,5 ± 1,3 h/noite em 98,5% das noites enquanto doentes que se mantiveram nas UH tiveram seguimento por 3,4 ± 1,8 meses, com IAHR 1,8/h; EPWr 2,7; adesão 6,4 ± 2,2h/noite em 92,6% das noites. O tempo até reavaliação foi de 14,2 ± 2,5 meses nos CSP e de 15,5 ± 2,2meses nas UH. Na reavaliação verificou-se IAHR 1,5 vs 2,0/h; EPWr 4 vs 2,6; adesão 6,3 vs 6,4 h em 95,5 vs 93,3% das noites nos CSP vs UH. A avaliação da satisfação e qualidade de vida foram sobreponíveis.

**Conclusões:** A avaliação prospetiva do seguimento de 12 meses nos CSP de doentes com SAOS clinicamente estável foi sobreponível à dos doentes que se mantiveram em UH, no que diz respeito à adesão e eficácia do tratamento com CPAP, satisfação e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** SAOS. Cuidados de saúde primários. Seguimento.

### PO110. EQUAÇÕES PREDITIVAS. COMPARAÇÃO COM POLISSONOGRÁFIA DE AFERIÇÃO

D. Machado, C. Marques, I. Franco, C. Nogueira, R. Monteiro, I. Sanches, D. Ferreira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** O método *standard* para determinar o nível terapêutico de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) é a titulação numa polissonografia (PSG) em laboratório. Um método alternativo

envolve o uso de equações matemáticas. Poucos estudos comparam estas equações com a pressão calculada por PSG de aferição.

**Objetivos:** Comparar a correlação entre o nível de CPAP titulado numa PSG em laboratório e o calculado pelas equações preditivas propostas por Hoffstein et al. [(0,16 × IMC) + (0,13 × PC) + (0,04 × IAH)-5,12] e Séries et al. [(0,193 × IMC) + (0,077 × PC)+(0,02 × IAH) - 0,611].

**Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes que efetuaram PSG de aferição entre 2014 e 2017. Avaliação da correlação entre a pressão de CPAP eficaz titulada em laboratório e a pressão calculada pelas fórmulas.

**Resultados:** Foram avaliadas 107 PSG de aferição, das quais 23 realizadas com CPAP obtiveram pressão eficaz (19 homens (83%); média 62 ± 11 anos). As pressões médias obtidas (cmH<sub>2</sub>O) foram: 6,3 ± 1,3 (Hoffstein), 9,0 ± 1,2 (Séries) e 9,5 ± 3,3 (PSG de aferição com CPAP). Verificou-se uma correlação linear moderada entre os valores de CPAP obtidos numa PSG de aferição e os calculados pela equação proposta por Séries et al., que foi estatisticamente significativa (r = 0,550; p = 0,007). A fraca correlação observada com a equação proposta por Hoffstein et al. não foi significativa (r = 0,374; p = 0,079). Antes da PSG 78% dos doentes encontravam-se com auto-CPAP e 22% com CPAP. Após o exame 87% ficaram com CPAP.

**Conclusões:** A titulação da pressão por PSG é um método laborioso e dispendioso. Apesar desta análise incluir poucos doentes, sugere-nos que o nível de CPAP eficaz pode ser previsto com sucesso pela equação de Séries. Esta fórmula poderá ser útil na escolha da pressão inicial de CPAP, com eventual diminuição do tempo necessário para titulação das pressões.

**Palavras-chave:** Apneia do sono. CPAP. Polissonografia de aferição.

### PO111. PATOLOGIA RESPIRATÓRIA DO SONO EM DOENTES COM AVC INCLUÍDOS NUM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

J. Cunha<sup>1</sup>, P. Maganinho<sup>2</sup>, J. Almeida<sup>2</sup>, A. Lima<sup>2</sup>, I.M. Vaz<sup>2</sup>, S. Viamonte<sup>2</sup>, J.C. Winck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CHEDV, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. <sup>2</sup>CRN.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de patologia respiratória do sono (PRS) num grupo de doentes com diagnóstico com acidente vascular cerebral agudo internados num centro de reabilitação. Determinar factores demográficos, clínicos e funcionais que se correlacionem com a PRS.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu 28 doentes consecutivamente incluídos em programa de reabilitação em regime de internamento, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2017, numa unidade de um centro de reabilitação. Todos os doentes incluídos realizaram polissonografia nível III com ApneaLink Air Res-Med™. Foram registados factores associados a AVC e patologia do sono, e avaliado o estado funcional dos doentes com a escala de medida de independência funcional (MIF).

**Resultados:** A idade média da população foi 59,8 ± 10,8 anos. 75,0% dos doentes incluídos eram do género masculino, 75,0% com AVC isquémico. 82,1% dos doentes tinham um índice de apneia-hipopneia (IAH) superior a 5. Destes, 52,1% apresentava IAH entre 5 e 15, 26,1% entre 15 e 30, e os restantes 21,7% acima de 30. O valor médio de IAH foi 24,4 por hora e 6 doentes apresentavam critérios de dessaturação nocturna. A maioria dos doentes apresentavam um síndrome de apneia do sono obstrutiva, tendo apenas 4 síndrome de apneia do sono central (2 deles com padrão de Cheyne-Stokes). 5 doentes iniciaram AutoCPAP durante o período de internamento. Não foi possível estabelecer correlações entre o IAH e os factores de risco estudados (HTA, DM2, FA e obesidade) ou entre o IAH e a funcionalidade medida pela MIF.

**Conclusões:** A elevada prevalência de PRS na amostra estudada, reforça a importância do conhecimento desta patologia entre os profissionais de centros de reabilitação, que terá certamente influência na avaliação e tratamentos destes doentes.

**Palavras-chave:** Síndrome de apneia do sono. Acidente vascular cerebral.

### PO112. CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO NA SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS) - PERSPETIVA DO DOENTE

A.C. Vieira, C. Barata, J. Carvalho, M. Fradinho, L. Oliveira, F. Nogueira

Hospital de Egas Moniz-Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

**Introdução:** Apesar dos benefícios da utilização do CPAP na SAOS, a adesão ao tratamento continua a ser desafiante, sendo fundamental a perspectiva do doente relativamente às razões de cumprimento ou não do tratamento.

**Objectivos:** Avaliação dos doentes cumpridores e não cumpridores de terapêutica, seguidos na consulta de Pneumologia/Sono, identificando os fatores influenciadores no cumprimento de CPAP, relacionados com a perspetiva do doente.

**Métodos:** Estudo prospectivo utilizando questionário modelo, aplicado através de contacto telefónico a 110 doentes que fazem ou já fizeram CPAP.

**Resultados:** Dos 110 doentes, 55 eram cumpridores de terapêutica (% dias utilização  $\geq$  4h em  $>$  70% das noites) (Grupo A) e 55 não cumpridores (Grupo B). No grupo A, 67% dos doentes eram do sexo feminino e no grupo B 45%. A média de idades era semelhante em ambos os grupos (66 vs 64 anos). No grupo A existia um maior número de doentes com SAOS moderada-grave quando comparado com o grupo B (78% vs 62%). Na perspetiva do doente, no grupo A,  $>$  90% referia melhoria da qualidade de vida, contrastando com  $<$  50% no grupo B. Apenas 11% dos doentes cumpridores referia diminuição da autonomia com CPAP (35% nos não cumpridores). O mesmo verificou-se quando questionados sobre o tratamento incomodar o companheiro (25% vs 33%), sendo que em 16% dos não cumpridores, o companheiro não compreendia a importância do cumprimento terapêutico. Na maioria dos casos foi explicada a importância da adesão à terapêutica mas a percepção relativamente ao benefício nas doenças cardiovasculares muda entre o grupo A e B (69% vs 45%).

**Conclusões:** A perspetiva do doente em relação à sua doença é essencial à adesão e cumprimento terapêutico. Para isso é necessário que compreenda e acredite na eficácia do tratamento, incorporando-o no seu quotidiano.

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

### PO113. EPWORTH VERSUS QUESTÃO SIMPLIFICADA NO DIAGNÓSTICO DE SAOS: QUE RELAÇÃO?

R. Viana, J.C. da Costa, M.J. Silva, P. Jesus, S. Feijó

Centro Hospitalar de Leiria.

**Introdução:** A Escala de sonolência de Epworth (ESS) para medir a sonolência diurna excessiva (SDE) na suspeita de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma ferramenta validada mas *time-consuming*. O objetivo do presente estudo foi analisar a associação da ESS com o diagnóstico de SAOS em comparação com uma questão simplificada (QS).

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo. Foi realizada uma amostragem de conveniência incluindo os doentes observados em 1ª consulta numa consulta do Sono do Centro Hospitalar de Leiria entre janeiro-dezembro de 2017 com PSG3 realizada. A SDE foi avaliada pela ESS e por uma QS: "Sente muito sono durante o dia?". Foi analisada a correlação dos resultados obtidos pelos dois testes e a sua relação com o diagnóstico de SAOS e sua gravidade. Foram utilizados os testes McNemar, Qui-Quadrado, e teste de correlação de Pearson apropriadamente. Foi definido um valor de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativo. Foi utilizado o programa SPSS Statistics vr22.

**Resultados:** Foram incluídos 75 doentes: 66,7% homens, idade média 55 anos ( $\sigma = 12,19$ ). 37% dos doentes apresentou SDE pela ESS

vs 53,5% pela QS ( $p = 0,007$ ) apresentando estas uma correlação de  $r = 0,603$  ( $p < 0,001$ ). A incidência de SAOS nos doentes com SDE pela ESS foi 37,3% e pela QS 50% ( $p = 0,913$  e  $p = 0,250$ , respetivamente). A presença de ambos os critérios concomitantemente não melhorou a acuidade de diagnóstico de SAOS ( $p = 1,0$ ). Nem a ESS, nem a QS estiveram relacionadas com a gravidade do SAOS ( $p = 0,889$ ,  $p = 0,190$ , respetivamente).

**Conclusões:** A ESS vs QS não apresentou diferenças na acuidade preditiva de SAOS. A percepção do doente em relação à SDE ou a construção de uma ferramenta com melhor acuidade e menos consumo de tempo deve ser considerada para otimizar os tempos de consulta e o valor preditivo dos resultados.

**Palavras-chave:** Epworth. Sonolência diurna. SAOS.

### PO114. IMPACTO DA VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA NO OUTCOME DA PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA

M.C. Costa e Silva, D. Reis, C. Ribeiro, M. Dias, E. Silva, D. Coutinho, G. Abreu, T. Shiang, M. Vanzeller

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A apresentação mais comum de doença pneumocócica no adulto é a pneumonia. O elevado peso económico e morbimortalidade inerentes tornaram desejável e necessário o desenvolvimento de vacinação eficaz.

**Objectivos:** Avaliar o *status* vacinal dos doentes com internamento por pneumonia pneumocócica e o seu impacto na incidência de doença pneumocócica invasiva, gravidade e mortalidade por pneumonia.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, que incluiu doentes com pneumonia pneumocócica, internados no serviço de Pneumologia de um hospital terciário, entre 2010 e 2017. Considerou-se que o doente estava vacinado se tivesse realizado pelo menos uma das vacinas antipneumocócicas disponíveis no mercado.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 103 doentes; destes, 31 realizaram vacina antipneumocócica (12 previamente e 19 após o internamento). Verificou-se a existência de um número de doentes com vacinação previamente ao internamento (11,7%) muito inferior aos doentes com indicação para vacinação (63,2%).

	Vacinação anti-pneumocócica prévia ao Internamento		P value
	SIM (n = 12)	NÃO (n = 91)	
Idade (M $\pm$ DP)	72,8 $\pm$ 10,9	60,8 $\pm$ 16,9	0,019
Duração internamento (M $\pm$ DP)	12,6; 9,6	12,1; 9,7	0,873
Indicação para vacinação (n; %)	10 (15,6%)	54 (84,4%)	0,095
CURB-65 0-2(n; %)	7 (58,3%)	68 (74,7%)	0,542
CURB-65 $\geq$ 3(n; %)	5 (41,7%)	23 (25,3%)	
Doença invasiva (n; %)	1 (5,0%)	19 (95,0%)	0,302
VMI (n; %)	1 (8,3%)	11 (91,7%)	0,693
VNI (n; %)	1 (8,3%)	11 (91,7%)	0,779
Admissão UCIP (n; %)	2 (16,7%)	10 (83,3%)	0,564
Admissão UCIM (n; %)	1 (8,3%)	11 (91,7%)	0,703
Necessidade de amins (n; %)	2 (16,7%)	10 (83,3%)	0,564
Mortalidade internamento	0 (0%)	2 (1%)	0,604
Mortalidade a 30 dias	0 (0%)	2 (1%)	0,604

UCIP: unidade de cuidados intensivos polivalente; UCIM: unidade cuidados intermédios médicos; VMI: ventilação mecânica invasiva.

**Conclusões:** Verificou-se baixa taxa de vacinação sendo esta ligeiramente superior após internamento por pneumonia pneumocócica. Neste estudo não se verificou impacto da vacinação na doença invasiva, demora média de internamento e mortalidade.

**Palavras-chave:** Vacinação antipneumocócica. *Pneumonia pneumocócica*.

#### PO115. IMPACTO DA VACINAÇÃO ANTIGRI PAL NO OUTCOME DA PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA

M. Costa e Silva, D. Reis, C. Ribeiro, M. Dias, E. Silva, D. Coutinho, G. Abreu, T. Shiang, M. Vanzeller

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho.

**Introdução:** A pneumonia é a principal causa de morte após infecção por gripe. A vacinação é a principal medida utilizada para reduzir as epidemias de gripe e prevenir outcomes com maior gravidade como pneumonia, admissão em UCIP e morte.

**Objectivos:** Avaliar o status vacinal, factores que influenciam a vacinação, e o seu impacto na gravidade e mortalidade por pneumonia.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, dos doentes hospitalizados entre 2010 e 2017, com pneumonia pneumocócica no serviço de Pneumologia de um hospital terciário.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 103 doentes; destes, 57,3% realizaram vacina antigripal na época vacinal precedente ao internamento.

	Vacinação Antigripal prévia ao Internamento		P value
	SIM (n = 59)	NÃO (n = 44)	
Idade (M ± DP)	68,9 ± 12,6	53,1 ± 17,4	< 0,001
Duração internamento (M ± DP)	59 ± 54,0	44 ± 49,4	0,436
Indicação para vacinação (n;%)	46 (72,0%)	18 (28,0%)	< 0,001
CURB 65 0-2 (n;%)	41 (39,8%)	34 (33,0%)	0,520
CURB 65 ≥ 3 (n;%)	18 (17,5%)	10 (9,7%)	
Doença respiratória crónica (n;%)	36 (61%)	23 (39%)	0,001
VMI (n;%)	4 (66,6%)	2 (33,3%)	0,632
VNI (n;%)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,652
Admissão UCIP (n;%)	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0,938
Admissão UCIM (n;%)	6 (50%)	6 (50%)	0,587
Necessidade de aminas (n;%)	6 (50%)	6 (50%)	0,587
Mortalidade internamento (n;%)	1 (50%)	1 (50%)	0,833
Mortalidade a 30 dias (n;%)	1 (50%)	1 (50%)	0,833

UCIP: unidade de cuidados intensivos polivalente; UCIM: unidade cuidados intermédios médicos; VMI: ventilação mecânica invasiva

**Conclusões:** Verificou-se que, a maioria dos doentes com indicação para vacinação, foram vacinados. Os doentes com mais idade e com doença respiratória crónica, são os mais vacinados, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Não se demonstrou associação entre vacinação antigripal e gravidade ou mortalidade da pneumonia.

**Palavras-chave:** Vacinação antigripal. *Pneumonia pneumocócica*.

#### PO116. CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS POR PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA

M. Costa, e Silva, D. Reis, C. Ribeiro, M. Dias, E. Silva, D. Coutinho, G. Abreu, T. Shiang, M. Vanzeller

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A pneumonia adquirida na comunidade é responsável por morbimortalidade e custos consideráveis, especialmente quando é necessário internamento hospitalar. O agente etiológico mais frequentemente isolado é o *Streptococcus pneumoniae*.

**Objectivos:** Análise descritiva dos doentes internados por pneumonia pneumocócica.

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, procedendo-se à recolha de dados demográficos, clínicos e laboratoriais, de doentes com pneumonia pneumocócica, internados no serviço de Pneumologia de um hospital terciário no período 2010 a 2017.

**Resultados:** Foram incluídos 107 doentes.

Idade, anos (Média ± DP)		62 ± 16,6
Género (n; %)	Masculino	72 (67,3%)
	Feminino	35 (32,7%)
Comorbilidades (n,%)	Doença respiratória crónica	49 (45,8%)
	Doença cardíaca crónica	22 (20,6%)
	Imunocomprometidos	20 (18,7)
	Diabetes mellitus	18 (16,8%)
	Neoplasia	10 (9,3%)
	Doença renal crónica	9 (8,4%)
	Doença hepática	3 (2,8%)
CURB-65 (n; %)	0 - 2	79 (73,8%)
	≥ 3	28 (26,2%)
Insuficiência respiratória (n; %)	Sem IR	24 (22,4%)
	IR tipo 1	73 (68,2%)
	IR tipo 2	10 (9,3%)
Isolamento microbiológico		
Método de identificação	ATG urinário	85 (73,3%)
	HC	21 (18,1%)
Microbiológico (n; %)	SB	17 (14,7%)
	LBA	2 (1,7%)
	LP	1 (0,9%)
	VNI	12 (11,2%)
Necessidade de ventilação (n; %)	VMI	8 (7,5%)
	UCIP	14 (13,1%)
Admissão em outras unidades hospitalares (n; %)	UCIM	13 (12,1%)
	Necessidade de fármacos vasopressores/inotrópico (substituir por aminas?)	14 (13,1%)
Doença pneumocócica invasiva		21 (19,6%)
Complicações pneumonia	Derrame pleural	28 (26,1%)
	Abcesso pulmonar	2 (1,9%)
Duração internamento (Média ± DP)		12,7 ± 10,1
Mortalidade internamento (n,%)		3 (2,8%)
Mortalidade 30 dias (n,%)		3 (2,8%)
Mortalidade 1 ano (n,%)		5 (4,7%)

**Conclusões:** A maioria dos doentes apresentou CURB entre 0 e 2, assim, a opção pelo internamento pode dever-se à insuficiência respiratória presente, bem como à existência de comorbilidades descompensadas ou outros critérios clínicos. A percentagem de isolamentos através das secreções brônquicas foi baixa. A duração média de internamento remete para a existência de complicações, embora a taxa de mortalidade seja baixa.

**Palavras-chave:** *Pneumonia pneumocócica*. Epidemiologia.



**PO117. CAVITAÇÃO INCIDENTAL**

B.G. Gonçalves, F. Gamboa, C. Alcobia

*Hospitais da Universidade de Coimbra.*

**Caso clínico:** Mulher de 32 anos, psicóloga, não-fumadora, com antecedentes de asma e cirurgia patelar direita recente, realizou angioTAC torácica para confirmação de TEP por clínica sugestiva, com toracalgia pleurítica e dispneia em repouso súbitas com dor na perna direita e aumento dos D-dímeros, sem outras queixas. Foi confirmada a presença de tromboembolia da artéria pulmonar inferior direita mas, era também evidente a presença de uma cavitação no lobo superior direito com parede espessada de forma assimétrica, de 13 × 25 mm com aparente comunicação com brônquio preenchido, sem adenomegalias ou derrames presentes. Doente com TEP de baixo risco, iniciou anticoagulação com enoxaparina procedendo-se ao internamento da doente para estudo da cavitação. A pesquisa de micobactérias por exame direto, cultura de expectoração e lavado broncoalveolar ou DNA por reação em cadeia de polimerase foi negativa. As culturas de sangue e do lavado broncoalveolar para bactérias foram negativas. A serologia para VIH, os marcadores tumorais e de autoimunidade encontravam-se nos valores de referência. A biópsia transtorácica (BTT) guiada por TC da cavitação foi compatível com enfarte pulmonar. A PET revelou hipercaptação da área cavitada e de gânglios mediastino-hilares bilaterais. Foi realizada biópsia extemporânea da lesão após reunião de decisão terapêutica cuja histologia foi compatível com tuberculose pulmonar. A doente iniciou antibióticos com boa evolução.

**Discussão:** Uma área pulmonar cavitada pode ser congénita ou resultar de malignidade, infeção ou inflamação. Uma vez que a doente não tinha clínica ou critérios analíticos que apontassem para um diagnóstico evidente e apesar do diagnóstico de enfarte pulmonar por BTT, foi decidido que a melhor abordagem seria a biópsia extemporânea da lesão para confirmação com mais certeza de diagnóstico. Este caso relembra-nos a dificuldade diagnóstica que se pode encontrar em alguns casos de tuberculose pulmonar. A profissão da doente pode ser um importante fator de risco.

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

**PO118. TOXICIDADE CARDÍACA ASSOCIADA AO ITRACONAZOL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

D.B. Coelho, F. Pires

*Centro Hospitalar de São João.*

**Introdução:** O Itraconazol é um fármaco muito usado no tratamento de aspergilose pulmonar necrotizante crónica. A toxicidade cardíaca é rara, com poucos casos descritos na literatura.

**Caso clínico:** Homem, 64 anos, ex-fumador de 50 UMA, seguido na Consulta de Pneumologia por alterações radiológicas nos ápices pulmonares sugestivas de sequelas de TP, traqueomegalia, com síndrome obstrutiva grave. Tinha antecedentes de micobacteriose atípica (*M. xenopi*), tendo completado tratamento 5 anos antes. Na sequência de hemoptises, diagnosticada recidiva de micobacteriose, tendo voltado a fazer tratamento durante 12 meses, até há 1 ano, com negatização de exames micobacteriológicos. Nessa altura iniciou quadro constitucional, com agravamento imagiológico - infiltrado no segmento posterior do LSD e aumento de dimensão de cavidades, com material intracavitário. Imunologia *Aspergillus* positiva (IgG > 200 e precipitinas positivas). Iniciou tratamento com itraconazol (200 mg 12/12h) em Fevereiro 2017 com melhoria clínica. Em reavaliação aos 3 meses, teve surgimento de edemas bimaleolares, dispneia de esforços e HTA de novo (com 2 meses de evolução). O ecocardiograma revelou depressão grave da FEVE (30%). Suspendeu Itraconazol com resolução dos edemas e dispneia, e melhoria progressiva da função cardíaca (último ecocardiograma com função levemente a moderadamente comprometida). Instituída terapêutica com ivabradina e IECA. Iniciou em Novembro 2017 voriconazol, com boa tolerância. Em TC de reavaliação, verifica-

da progressão dimensional de uma área nodular peribroncovascular no LIE, sólida, medindo 24 mm. Realizou biópsia transtorácica guiada por TC que revelou carcinoma epidermoide, PDL1 negativo, com cintilograma ósseo revelando prováveis focos metastáticos. Aguarda resolução de infeção ativa para poder iniciar tratamento.

**Discussão:** Apesar de rara, a toxicidade ao Itraconazol pode levar a alterações graves e potencialmente fatais. Assim, preconiza-se uma avaliação cardíaca extensa e monitorização durante o tratamento. Este caso demonstra também o desafio diagnóstico da etiologia de sintomas em doentes com sequelas de TP, sendo essencial uma reavaliação clínica e imagiológica frequente.

**Palavras-chave:** Aspergilose. Itraconazol. Toxicidade cardíaca.

**PO119. INFEÇÕES EXTRA-PULMONARES DE MYCOBACTERIUM ABSCESSUS: A DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO**A.S. Machado<sup>1</sup>, A. Silva<sup>2,3</sup>, I. Ladeira<sup>3,4</sup>, R. Duarte<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte. <sup>2</sup>Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar S. João. <sup>3</sup>Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia. <sup>4</sup>Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Gaia/Espinho.

**Introdução:** O *Mycobacterium abscessus* é uma micobactéria não tuberculosa de crescimento rápido frequentemente descrita sob a forma pulmonar em doentes com patologia respiratória estrutural, mas tem também sido identificada em infeções extrapulmonares. Os autores apresentam três casos de infeções extrapulmonares de *Mycobacterium abscessus*.

**Casos clínicos:** 1. Mulher, 36 anos com doença renal crónica por nefropatia IgA sob diálise peritoneal. Apresentou previamente três episódios de peritonite, o último com identificação de *Neisseria meningitidis*, e um episódio de infeção do óstio de saída. Em tratamento por nova infeção do óstio de saída desde há 15 dias, quando inicia novo quadro de dor abdominal difusa, com objetivação de efluente turvo pelo óstio. Realizou paracentese com identificação de peritonite (líquido ascítico com predomínio de polimorfonucleares em 62%), tendo sido isolado em cultura *M. abscessus* no líquido peritoneal, óstio da inserção do catéter e uma hemocultura. 2. Mulher, 24 anos, saudável, ex-trabalhadora em termas e consumidora de água de poço. Apresentou lesão na região antero-externa da coxa direita, ulcerada, progressivamente aumentada, com 3 mês de evolução e sem resposta à terapêutica antibiótica instituída. Posteriormente aparecimento de tumefação dolorosa e flutuante na região inguinal direita, identificada em ecografia como adenomegália 25 × 11 mm com conteúdo supurado/necrótico. Realizou biópsia aspirativa ganglionar com identificação em cultura de *M. abscessus*. 3. Mulher, 42 anos, saudável, tendo realizado mamoplastia redutora no Brasil. Após três meses, iniciou dor e aumento do volume da mama esquerda com sinais inflamatórios intensos que resultou em drenagem espontânea com exsudado purulento da cicatriz cirúrgica. Foi identificado por cultura *M. abscessus* no conteúdo de drenagem mamária.

**Discussão:** Tal como descrito na literatura, nos casos apresentados o *M. abscessus* foi responsável por infeções extrapulmonares em doentes imunocompetentes, sendo um problema crescente e com dificuldade na realização do diagnóstico, uma vez que habitualmente necessita de uma forte suspeição clínica.

**Palavras-chave:** Diagnóstico. *Mycobacterium abscessus*.

**PO120. A GRANDE FINGIDORA**

M. Alvarenga, S. Clemente, J.C. Branco, J. Calha, M.H. Oliveira, R. Madureira, S. Furtado

*Hospital Beatriz Ângelo.*

**Introdução:** As lesões cavitadas são manifestações frequentes de uma grande variedade de patologias que envolvem o pulmão, par-

ticularmente a patologia infecciosa e neoplásica. Apresenta-se um caso clínico que reflete a dificuldade diagnóstica destas lesões.

**Caso clínico:** Doente do género masculino, 53 anos, empresário, não fumador e sem exposição ambiental, com antecedentes de melanoma tratado cirurgicamente. Por tosse seca persistente, sem outra sintomatologia acompanhante e exame objetivo sem alterações, realizou radiografia torácica. Esta evidenciou hipotransparências bilaterais com área cavitada à direita. O exame micobacteriológico da expectoração foi negativo. A TC torácica mostrou extensas condensações bilaterais com cavitações, padrão nodular peri-linfático e adenopatias mediastínicas. A broncofibroscopia revelou lesões mamilonadas no brônquio intermediário e brônquio principal esquerdo, cujas biópsias mostraram granulomas epitelióides com necrose, mas exame micobacteriológico negativo. O exame micobacteriológico, a pesquisa de *M. tuberculosis* por PCR e o exame bacteriológico do lavado broncoalveolar foram negativos. Citologia sem células neoplásicas. O estudo funcional respiratório evidenciou síndrome restritivo moderado. Analiticamente, documentou-se elevação da velocidade de sedimentação, enzima de conversão da angiotensina, calcémia e calciúria. Serologia para VIH e autoimunidade sérica negativos. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar e considerou-se a sarcoidose cavitada como hipótese mais provável, não se excluindo tuberculose e metastização neoplásica. Foi realizada biópsia transtorácica, onde foram identificados granulomas epitelióides não necrosantes. O estudo microbiológico foi negativo.

Admitindo o diagnóstico de sarcoidose cavitada, iniciou prednisolona. Pela dificuldade de exclusão de tuberculose, iniciou, concomitantemente, antibióticos.

**Discussão:** A sarcoidose atinge frequentemente o pulmão. A forma cavitada é rara, podendo ser encontrada em 0,6 a 8,3% dos doentes em radiografia de tórax e em 2,8%, quando avaliados por TC. Dada a diferente abordagem terapêutica das lesões cavitadas consoante a etiologia, a sua diferenciação é necessária, o que em casos como o apresentado pode ser particularmente difícil.

**Palavras-chave:** Cavitação. Sarcoidose.

#### PO121. PNEUMOTÓRAX: UM DIAGNÓSTICO OU UMA PISTA PARA O DIAGNÓSTICO?

R.E. Gomes, M. Barata, C. Monge, F. Menezes

*Serviço de Pneumologia, Hospital Garcia de Orta.*

**Introdução:** O pneumotórax espontâneo pode surgir associado a uma doença pulmonar subjacente, devendo ser sempre investigado.

**Caso clínico:** Homem, 24 anos. Fumador, com uma carga tabágica estimada de 6 UMA. Operário fabril, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de dor torácica esquerda do tipo pleurítica, associada a intolerância ao esforço, com início há 1 dia. Refere também tosse com expectoração purulenta e uma perda ponderal de 6 kg nos últimos 2 meses. Nega outra sintomatologia. À observação apresentava-se subfebril, com murmúrio vesicular diminuído bilateralmente na auscultação pulmonar. A radiografia de tórax revelou pneumotórax extenso à esquerda, associado a infiltrados reticulo-nodulares bilaterais. Na avaliação analítica destacava-se leucocitose com neutrofilia e proteína C reativa aumentada. Foi colocada drenagem torácica 16Fr à esquerda, que ficou oscilante e borbulhante e com expansão pulmonar parcial. Por suspeita de infeção respiratória baixa, iniciou antibioterapia empírica. Cumpriu 8 dias de antibioterapia sem melhoria clínica ou analítica, pelo que realizou TC torácica, que revelou múltiplas formações micronodulares dispersas bilaterais, associado a cavitações do lobo superior e inferior direito. Fez 3 colheitas de expectoração sucessivas, com pesquisa de BK direto positivo e PCR para o *Mycobacterium tuberculosis* positiva. Iniciou terapêutica com antibióticos ao 11º dia de internamento com melhoria clínica e laboratorial. Retirou o dreno ao 21º dia pós-colocação e teve alta ao 22º dia, orientado para o CDP, com pesquisa de BK direto na expectoração negativa.

**Discussão:** Este caso realça a importância do estudo etiológico nos casos de pneumotórax espontâneo, mesmo em doente jovem com história de tabagismo, uma vez que este pode ser secundário a uma doença subjacente. O número de casos de pneumotórax associados à tuberculose tem vindo a diminuir. Contudo, a sua ocorrência deve levantar suspeita para este diagnóstico, pelas implicações e importância da doença ao nível de saúde pública.

**Palavras-chave:** *Pneumotórax. Tuberculose.*

#### PO122. EMPIEMA NUM SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA: HISTÓRICO DE 10 ANOS

D. Rodrigues, M. Valério, T. Costa<sup>1</sup>

*Hospital Geral-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

**Introdução:** O empiema torácico define-se como a presença de pus na cavidade pleural, não sendo necessário estudo bioquímico ou cultura positiva do líquido pleural para o diagnóstico. Surge habitualmente como consequência de processo pneumónico, sendo o agente mais comumente isolado o *Staphylococcus aureus*. O tratamento, embora assente na antibioterapia e estratégias de drenagem, pode requerer cirurgia.

**Objectivos:** Estudo das características clínicas, microbiológicas, tratamento e prognóstico dos doentes com empiema internados num Serviço de Pneumologia.

**Métodos:** Estudo retrospectivo que englobou a totalidade dos casos com diagnóstico de empiema registados entre 2007 e 2016 no Serviço de Pneumologia do Hospital Geral-CHUC.

**Resultados:** Foram incluídos 34 doentes com mediana de idade de 76 anos (mínimo 33, máximo 93 anos), 71% do sexo masculino. A maioria dependente nas atividades de vida diárias. As comorbilidades mais frequentemente identificadas foram as cardiovasculares (n = 13), seguidas das neoplasias e diabetes, ambas com 11 casos. Nove doentes apresentavam patologia pulmonar estrutural. Para efeitos diagnósticos, além dos métodos de imagem, todos os doentes foram submetidos a toracocentese diagnóstica e/ou evacuadora e a colocação de dreno torácico. As culturas do pus foram positivas em 65% dos doentes, havendo um claro predomínio do *Staphylococcus aureus* (26.5% dos doentes). A antibioterapia empírica foi iniciada em todos os doentes, com posterior adaptação de acordo com o teste de sensibilidade aos antibióticos, tendo sido a piperacilina-tazobactam (n = 15) e o meropenem (n = 11) os mais comumente prescritos. O tratamento cirúrgico foi necessário para 21% dos doentes. O tempo médio de internamento foi de 16,5 dias. Registo para 12 óbitos (35,3%) do total de casos.

**Conclusões:** O empiema é uma patologia que embora pouco frequente, está associada a elevada mortalidade, pelo que o diagnóstico célere, a antibioterapia precoce de largo espectro e os procedimentos pleurais diagnósticos/terapêuticos são fundamentais.

**Palavras-chave:** *Empiema. Derrame pleural parapneumónico. Pneumonia. Infeção.*

#### PO123. A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO DOS DOENTES COM TUBERCULOSE

R.P. Camara, A.C. Andrade, V. Firmino, H. Marques, C. Alves, M.J. Simões, E. Camacho

*Hospital Nossa Senhora do Rosário-Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.*

**Introdução:** A tuberculose apresenta várias formas distintas de apresentação e o seu diagnóstico nem sempre é linear. A terapêutica antibiótica surgiu há mais de meio século como uma arma eficaz contra esta patologia, contudo, devemos estar atentos aos seus efeitos adversos.

**Caso clínico:** Mulher de 21 anos, melanodérmica, natural da Guiné, residente em Portugal há 3 anos, estudante, sem antecedentes relevantes. Recorre ao S.U. por febre, arrepios, sudorese e desconforto torácico inframamário direito com 6 dias de evolução. À admissão, encontrava-se febril (TT 38°C), eupneica em repouso, SpO<sub>2</sub> 96%, auscultação pulmonar com abolição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitorax direito, sem outras alterações. Analiticamente destacava-se PCR 114 mg/L. TC-tórax revelava moderado derrame pleural direito com perda significativa de arejamento do pulmão adjacente, infiltrados inflamatórios imprecisos no lobo inferior direito e de forma mais discreta no seu lobo médio. Admitindo-se PAC com derrame parapneumônico, iniciou antibioterapia empírica em concordância e cinesiterapia respiratória. Realizou toracentese com saída de líquido amarelo turvo, compatível com exsudado, ADA 55,7 U/L, pesquisa de BK e exame microbiológico negativos, sem células neoplásicas, identificando-se esboços de granulomas. Biópsia pleural revelou pleurite granulomatosa, identificando-se células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, pesquisa de BAAR negativa. Broncofibroscopia com discreta hiperemia da árvore brônquica direita, exame direto do LBA negativo. Admitiu-se tuberculose pleural, iniciou terapêutica antibacilar (HRZE) e teve alta encaminhada ao CDP. Duas semanas depois volta ao SU por quadro insidioso de agitação psicomotora, heteroagressividade e delírios persecutórios. Após exclusão de outras patologias, assume-se surto psicótico induzido pela Isoniazida, com recuperação total do quadro após interrupção do fármaco.

**Discussão:** Este caso ilustra um dos raros efeitos adversos à Isoniazida, a psicose, que surge nas primeiras semanas, reforçando a importância do follow-up destes doentes não só para TOD como também para monitorização de todos os efeitos adversos da terapêutica.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Isoniazida. Psicose. Derrame pleural.

#### PO124. MICOBACTERIOSE ATÍPICA EXTRAPULMONAR EM RECEPTOR DE TRANSPLANTE PULMONAR - UM DIAGNÓSTICO RARO

F. Carriço<sup>1</sup>, C. Damas<sup>2</sup>, A. Sarmiento<sup>2</sup>, R. Gonçalves<sup>2</sup>, A. Morais<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ULS Guarda-Hospital Sousa Martins. <sup>2</sup>Centro Hospitalar de São João.

**Introdução:** As micobactérias não tuberculosas (MNT) têm sido reconhecidas como importante fonte de doença em receptores de transplante de órgãos sólidos.

**Caso clínico:** Os autores relatam o caso de um doente do sexo masculino, 55 anos, reformado, ex-fumador e transplantado unipulmonar esquerdo por silicose pseudo-tumoral. Cinco anos após o transplante, imunossuprimido com tacrolimus e everolimus, inicia quadro constitucional com perda ponderal > 10%, dor abdominal e diarreia com 2 meses de evolução. Analiticamente apresentava anemia ferropénica e elevação da fosfatase alcalina e gamaGT. Neste contexto, efetuou enterografia por tomografia computadorizada que revelou inflamação ileal, hepatomegalia heterogénea e nodulariforme e esplenomegalia. Foi submetido a biópsia hepática, cujo exame histológico revelou envolvimento hepático difuso por processo inflamatório granulomatoso. Nas coproculturas realizadas isolou-se estirpe de *Mycobacterium avium*. Foi excluída micobacteriose pulmonar através de estudo imagiológico do tórax e exame micobacteriológico do lavado broncoalveolar. Assumiu-se, assim, infecção disseminada (hepática e intestinal) por *Mycobacterium avium*, pelo que iniciou tratamento com rifabutina, azitromicina e etambutol, tendo sido ajustada terapêutica imunossupressora. Após 2 meses de tratamento, o doente referia melhoria clínica significativa com ganho ponderal. Atualmente, encontra-se no 6º mês de terapêutica anti-bacilar após negatificação de culturas, apresentando estabilidade clínica.

**Discussão:** A doença extra-pulmonar por MNT em receptores de transplante pulmonar é rara. Contudo, a sua incidência tem vindo a aumentar, refletindo provavelmente a melhoria nas técnicas microbiológicas e o aumento da sobrevida destes doentes.

**Palavras-chave:** Transplante pulmonar. *Mycobacterium avium*. Micobactérias não tuberculosas.

#### PO125. DÉFICE DE ALFA-1 ANTITRIPSINA ASSOCIADO À VARIANTE MMALTON

C. Sousa<sup>1</sup>, S. Seixas<sup>2</sup>, M. Sucena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar São João, Porto. <sup>2</sup>Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto.

**Introdução:** A deficiência de alfa-1 antitripsina (AAT) é uma das doenças genéticas hereditárias mais prevalentes. Embora a AAT seja uma glicoproteína altamente polimórfica, as duas principais variantes deficitárias (Z/S) representam a maioria dos casos. Existem, no entanto, outras variantes mais raras, associadas a níveis de AAT reduzidos/ausentes. Em Portugal a variante rara mais frequentemente identificada é a Mmalton.

**Objetivos:** Caracterização dos indivíduos, com déficit de AAT, portadores da variante Mmalton.

**Métodos:** Revisão retrospectiva dos processos clínicos dos indivíduos, portadores da variante Mmalton, identificados no CHSJ, entre 2007 e 2017.

**Resultados:** Foram identificados 13 indivíduos portadores da variante Mmalton, a maioria do sexo feminino (53,8%), com média de idade, ao diagnóstico, de 47,4 anos. O genótipo mais frequentemente identificado foi o MMmalton (n = 8), seguido do SMmalton (n = 3) e ZMmalton (n = 2). O doseamento médio de AAT foi de 63,1 mg/dl, variável com o genótipo, apresentando os doentes ZMmalton déficit grave de AAT (23,8 mg/dl). O doseamento de AAT foi motivado em 46,2% pela presença de patologia pulmonar seguida de patologia hepática (30,8%) e rastreio familiar (15,4%). Atingimento pulmonar, ao diagnóstico, foi detetado em 9 doentes (69,2%) e a patologia hepática em 4 doentes (30,8%). A média de follow-up foi de 32,5 meses, sendo que cinco mantêm atualmente seguimento em consulta. Um doente encontra-se sob terapêutica de substituição (ZMmalton).

**Conclusões:** O alelo Mmalton, tal como o Z, pode estar implicado em condições severas de deficiência, com doença respiratória e hepática associadas, sendo o diagnóstico muitas vezes retardado em consequência de uma classificação errónea como um alelo M. Nesta amostra, 69,2% dos doentes apresentava, ao diagnóstico, atingimento pulmonar e 30,8% patologia hepática, em alguns casos já avançada. Estes achados suportam a necessidade de os clínicos se encontrarem informados sobre a existência das variantes raras e seu possível potencial patogénico.

**Palavras-chave:** Alfa-1 antitripsina. Alelo Mmalton.

#### PO126. ALELO MMALTON EM HETEROZIGOTIA - QUE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS?

C. Sousa<sup>1</sup>, S. Seixas<sup>2</sup>, M. Sucena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar São João, Porto. <sup>2</sup>Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto.

**Introdução:** Para além das duas principais variantes deficitárias (Z/S), existem cerca de 20 variantes mais raras, associadas a níveis de alfa-1 antitripsina (AAT) plasmáticos reduzidos, com significado clínico. O alelo Mmalton provoca a polimerização da AAT no hepatócito, com redução dos níveis plasmáticos, predispondo o doente a doença pulmonar e hepática. Dada a raridade e complexidade desta variante pouco se sabe sobre os seus fenótipos clínicos.

**Objetivos:** Descrição das manifestações clínicas dos indivíduos com alelo Mmalton.



**Métodos:** Revisão retrospectiva e caracterização clínica dos indivíduos, com alelo Mmalton, identificados no CHSJ, entre 2007 e 2017. **Resultados:** Todos os doentes identificados (n = 13) eram heterozigotos, sendo o genótipo mais frequente o MMmalton. Os doentes ZMmalton apresentavam níveis de AAT plasmática muito reduzidos (23,8 mg/dl). Atingimento pulmonar, ao diagnóstico, foi detetado em 9 doentes (69,2%), dois destes com diagnóstico de DPOC, um com alteração ventilatória obstrutiva severa e outro moderada, com genótipo ZMmalton e ex-fumadores. Enfisema foi identificado nos dois doentes ZMmalton e em dois MMmalton. Foram detetadas bronquiectasias em 45,5% e asma em dois doentes. Clinicamente, a sintomatologia mais frequente foi a dispneia de esforço. Patologia hepática foi detetada em 30,8%, apresentando três doentes cirrose, com genótipo MMmalton, nos quais, foram realizadas biópsias hepáticas, com identificação de inclusões AAT PAS-positivas. Dois doentes tinham história de alcoolismo, um deles com hepatite B associada.

**Conclusões:** Nesta amostra, o atingimento pulmonar mostrou-se mais prevalente, com um espectro de doença heterogéneo, não só nos doentes ZMmalton, mas também em heterozigóticos com alelo M. Cirrose foi diagnosticada em três doentes, todos MMmalton. A exposição a outros fatores de risco parece ser um dos determinantes para o desenvolvimento de doença pulmonar e/ou hepática. Estes achados suportam que as manifestações clínicas, especialmente nas formas heterozigotas, são heterogéneas, sendo importante um diagnóstico precoce e correto.

**Palavras-chave:** Alfa-1 antitripsina. Alelo Mmalton.

#### PO127. COMPARAÇÃO DE DIFERENTES PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS NA GÊNESE DE VALORES DE REFERÊNCIA ESPIROMÉTRICOS

N. China-Pereira, D. Vaz, A. Mendes, C. Martins, I. Ladeira, R. Lima, M. Guimarães

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.*

**Introdução:** A estatura é uma das variáveis fundamentais para a génese de valores de referência da função respiratória, porém a sua correcta medição nem sempre é possível.

**Objectivos:** Avaliar a capacidade de quatro alternativas antropométricas para estimar a estatura e o seu impacto na génese de valores de referência da capacidade vital forçada (FVC) e do volume expiratório no primeiro segundo (FEV1).

**Métodos:** Foram seleccionados 160 indivíduos, sendo 14 excluídos por deformidades no esqueleto axial e apendicular. Em 146 indivíduos (58,1% homens), com idade compreendida entre 18-91 anos, foi medida a estatura e quatro medidas antropométricas que estimam a estatura (envergadura, semi-envergadura, comprimento joelho-calcâneo e comprimento cubital). Calcularam-se as diferenças nos valores de referência de FVC e FEV1 preditos pelas alternativas antropométricas (teste de Student ou o teste de Wilcoxon). A reprodutibilidade e a concordância foram avaliadas pelo coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e pela análise de Bland-Altman.

**Resultados:** A Estatura Estimada (EE) foi significativamente diferente da Estatura Real (ER), com excepção da estimada pela envergadura ( $162,86 \pm 8,05$  vs  $162,90 \pm 8,29$ ;  $p = 0,908$ ). A média das diferenças entre os valores de referência de FVC e FEV1 pelas ER e EE foi significativamente diferente em todas as medidas antropométricas alternativas, à excepção do FVC e FEV1 previstos pela envergadura ( $0,010 \pm 0,25$ ,  $p = 0,644$ ;  $0,007 \pm 0,19$ ,  $p = 0,712$ , respectivamente). A reprodutibilidade dos valores de referência de FVC e FEV1 obtidos pelas diversas EE foi excelente (ICC > 0,75). Foram obtidos limites de concordância amplos com as quatro medidas alternativas, sendo as estimativas pela envergadura as mais próximas dos valores preditos pela ER.

**Conclusões:** A EE obtida por medidas antropométricas alternativas está associada a uma margem de erro que se reflecte nos valores de referência para o FVC e FEV1. A medida antropométrica que

mostrou maior concordância na estimativa da estatura e valores de referência para FVC e FEV1 foi a envergadura.

**Palavras-chave:** Estatura. Envergadura. Semi-envergadura. Comprimento joelho-calcâneo. Comprimento cubital. FVC. FEV1.

#### PO128. INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO TRANSPLANTE PULMONAR. ESTUDO DE CASO NA DPOC TERMINAL

N. Murinello<sup>1</sup>, J. Figueiredo<sup>2</sup>, E. Mourão<sup>2</sup>, C. Henriques<sup>3</sup>, H. Nascimento<sup>3</sup>, R. Silva<sup>4</sup>, A. Cardoso<sup>4</sup>, L. Semedo<sup>5</sup>, J. Cardoso<sup>5</sup>

<sup>1</sup>*Serviço Pneumologia e EIHSCT, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC).* <sup>2</sup>*Unidade Cuidados Paliativos, Naturidade-Laveiras.*

<sup>3</sup>*Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do ACES Lx Ocidental e Oeiras.* <sup>4</sup>*Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHLC.* <sup>5</sup>*Serviço de Pneumologia do CHLC.*

**Introdução:** O transplante pulmonar (Txp) é um tratamento de última linha para doentes com patologia respiratória terminal. Todavia não é uma opção isenta de morbi-mortalidade. A SV média do receptor é  $\pm 6A$  e 50% evoluem para bronquiolite obliterante (BOS) após 5A de Txp. Neste enquadramento, os cuidados paliativos (CP) podem constituir uma intervenção apropriada enquanto abordagem holística, multidisciplinar, centrada no doente. Existem ainda barreiras à referenciação neste grupo de doentes. O modelo cooperativo de CP defende a abordagem paliativa precoce, integrada no plano de cuidados do doente, coexistindo com os cuidados curativos em proporções diferentes ao longo da doença.

**Caso clínico:** H 59A com DPOC terminal, submetido a Txp em 2014. A partir 2016 sofre declínio funcional irreversível com evolução para BOS, refratária às terapêuticas habituais para rejeição. Desenvolve sintomas refratários (dispneia, cansaço, ansiedade) e limitação da QoL. Em 2017 é também acompanhado pela Eq. Intrahospitalar Suporte CP com abordagem farmacológica de sintomas refratários e apoio psicoemocional. Internado em Unidade Cuidados Paliativos para controlo sintomático, gestão expectativas e repouso do cuidador, em coordenação com as equipas hospitalares. Teve acompanhamento multidisciplinar com melhoria sintomática (escala ESAS), esclarecido quanto à sedação paliativa e diretivas antecipadas vontade, com redução das crises de ansiedade. Articulada a continuidade de cuidados com transferência para Eq. Cuidados Continuados Integrados e consultoria da Eq. Comunitária de Suporte CP da área residência. A prestação de cuidados domiciliários permitiu maximizar o controlo sintomático e diminuiu o recurso a consultas hospitalares não programadas. **Discussão:** Este caso ilustra o benefício dos CP num doente com BOS-pós transplante com necessidades que foram alvo de uma intervenção integral para alívio do sofrimento físico e psicológico. Os CP constituem uma resposta estruturada, em expansão, que nas suas várias vertentes podem colaborar com as equipas de transplante no apoio a doentes candidatos ou em processo de transplante em diferentes fases.

**Palavras-chave:** Transplante pulmonar. Cuidados paliativos. DPOC.

#### PO129. EFEITO DE APRENDIZAGEM NA PROVA DA MARCHA DOS 6 MINUTOS EM INDIVÍDUOS PORTUGUESES SAUDÁVEIS

R. Marçôa<sup>1</sup>, M.J. Oliveira<sup>1</sup>, P. Oliveira<sup>2</sup>, J. Moutinho<sup>3</sup>, I. Ladeira<sup>1</sup>, R. Lima<sup>1</sup>, M. Guimarães<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.* <sup>2</sup>*Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.* <sup>3</sup>*Praxair Portugal.*

**Introdução:** Na prova da marcha dos 6 minutos (PM6M) o efeito de aprendizagem (percorrer uma maior distância na 2ª prova em relação à 1ª) encontra-se bem descrito, variando de 2 a 8% na população saudável. Tanto quanto sabemos não há estudos na população portuguesa.

**Objectivos:** Avaliar o efeito de aprendizagem entre duas PM6M realizadas consecutivamente em indivíduos portugueses saudáveis.

**Métodos:** Estudo observacional prospetivo em que foram recrutados consecutivamente 159 voluntários saudáveis. Critérios de inclusão: caucasianos, idade 18-70 anos. Critérios de exclusão: presença de doença crónica capaz de influenciar a capacidade de exercício, ser atleta de alta competição, dificuldades na marcha, presença de sintomas respiratórios/gripe nos últimos 7 dias, história de doença respiratória (exceto pneumonia), história de doença cardiovascular, pressão arterial (PA) sistólica  $\geq 150$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 100$  mmHg em repouso, índice de massa corporal (IMC)  $< 18$  ou  $> 30$  Kg/m<sup>2</sup>, uso de fármacos que possam alterar a função muscular ou cardíaca. Cada indivíduo efetuou 2 provas da marcha com o espaçamento de 20 minutos, seguindo as normas da ATS.

**Resultados:** A idade média da população foi de  $39 \pm 13$  anos; 56,6% (n = 90) mulheres. Completaram as duas PM6M 157 indivíduos. A distância média percorrida (Dist) foi de  $605,4 \pm 68,4$  metros na 1ª prova (Dist1) e de  $626,7 \pm 74,7$  metros na 2ª (Dist2). Verificou-se uma correlação muito forte ( $r = 0,936$ ;  $p < 0,001$ ) entre Dist 1 e Dist 2. Na 2ª prova os indivíduos andaram em média mais  $21,3 \pm 26,4$  metros; portanto, mais 3,5% em relação a Dist1. Em 82,4% (n = 131) dos indivíduos Dist2  $>$  Dist1; em 12,7% (n = 20) Dist2  $<$  Dist1 e em 3,8% (n = 6) Dist2 = Dist1.

**Conclusões:** Neste estudo em portugueses saudáveis verificou-se um efeito de aprendizagem em 82,4% dos indivíduos. A distância percorrida na 2ª PM6M foi em média 21 m maior que na 1ª. Estes valores encontram-se de acordo com o descrito na literatura.

**Palavras-chave:** Prova da marcha dos 6 minutos. Pessoas saudáveis. Efeito de aprendizagem.

### PO130. PATOLOGIA RESPIRATÓRIA OBSTRUTIVA CRÓNICA - DIFERENÇAS NA AGUDIZAÇÃO

M. Braz, J. Caldeira, A.C. Ferreira, A.M. Arrobas, F. Barata

HG-CHUC.

**Introdução:** Os doentes com o diagnóstico de *Asthma COPD-Overlap* (ACO), têm sido descritos como doentes com maior risco de exacerbação e hospitalização do que doentes apenas com asma ou DPOC.

**Objectivos:** caracterizar a população internada no Serviço de Pneumologia do Hospital Geral - Centro Hospitalar da e Universitário de Coimbra com o diagnóstico principal de DPOC, asma ou ACO de 2015 e 2016.

**Métodos:** estudo retrospectivo e descritivo. Amostra recolhida através do SAM<sup>®</sup> e tratada estaticamente no Excel<sup>®</sup>.

**Resultados:** 142 doentes (DPOC 92, Asma 46 e ACO 14). A infecção respiratória foi o motivo mais frequente de agudização nos 3 grupos. Subgrupo DPOC: 82% eram homens, idade média de 74 anos, 11,3 dias de média de internamento. Com 0,66 de internamentos no ano prévio. Mais de metade era GOLD D. As comorbilidades mais frequentes foram: HTA (65%), insuficiência cardíaca (38%) e diabetes mellitus (22%). Mais de um terço destes doentes já usava OLD e/ou VNI no domicílio. Cinco doentes faleceram. No momento da alta 7 iniciaram OLD e 4 VNI. Subgrupo asma: 87% eram mulheres, idade média de 69 anos, 10 dias de média de internamento. Com 0,63 de internamentos no ano prévio. Mais de metade eram asma alérgicas. As comorbilidades mais frequentes foram: HTA (67%), insuficiência cardíaca (33%), síndrome depressiva (30%) e obesidade (30%). Não se registaram óbitos. Subgrupo ACO: 71% eram homens, idade média de 59 anos, 12,3 dias de média de internamento. Com 0,71 de internamentos no ano prévio. Quatro doentes cumpriam OLD e 3 VNI. As comorbilidades mais frequentes foram: HTA (64%), obesidade (50%) e dislipidemia (29%). Não se registaram óbitos.

**Conclusões:** Embora seja uma amostra de pequenas dimensões, os doentes com ACO apresentaram, em média, internamentos mais longos e sendo internados mais vezes.

**Palavras-chave:** DPOC. Asma. ACO.

### PO131. NEOPLASIA DE NOVO PÓS-TRANSPLANTE PULMONAR - REVISÃO DE 10 ANOS

L. Mendonça e Almeida, C. Damas

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

**Introdução:** O risco de desenvolver neoplasias está aumentado pós transplante de órgãos sólidos (TOS). No transplante pulmonar (TP) foram reportadas prevalências de 16% aos 5 anos ou 5%, excluindo as neoplasias cutâneas. A sobrevida pós-TP permanece entre as piores dos TOS e a ocorrência de neoplasia terá impacto negativo na sobrevida.

**Métodos:** Análise descritiva dos casos de neoplasia pós-TP nos primeiros 10 anos de uma consulta de TP de um hospital terciário referenciador de centro de transplantação.

**Resultados:** Dos 69 doentes submetidos a TP neste período, 6 (8,6%) desenvolveram neoplasia (5,6% se excluída a neoplasia cutânea). Quatro dos pacientes eram do sexo masculino e a média de idades à data do TP era  $50 \pm 11,3$  anos. Os diagnósticos que motivaram o TP foram DPOC, fibrose quística, bronquiectasias, silicose e suberose. Metade dos doentes foram submetidos a transplante bi-pulmonar. O tempo médio pós-TP até diagnóstico de neoplasia foi de  $3,67 \pm 1,33$  anos. As neoplasias diagnosticadas foram adenocarcinoma do cólon, carcinoma epidermóide do pulmão nativo, sarcomas de Kaposi cutâneo e gástrico, carcinomas cutâneos basocelular e espinocelular (no mesmo doente) e linfoma cutâneo. Quatro destes doentes morreram, sendo que em dois a neoplasia foi causa direta de morte.

**Conclusões:** O risco aumentado de desenvolvimento neoplásico pós-TP é uma realidade incontornável e requer um seguimento sistematizado com rastreios mais apertados, aliado a um elevado nível de suspeição diagnóstica. A frequência e localização das neoplasias, bem como o tempo de aparecimento pós-TP desta pequena série está em linha com o publicado no TOS e TP. As neoplasias pós-TP constituem sempre um grande desafio clínico pela necessidade de diminuição da imunossupressão com potencial implicação na sobrevida do enxerto.

**Palavras-chave:** Transplante pulmonar. Neoplasia.

### PO132. TESTE DE EXERCÍCIO CARDIOPULMONAR: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

S. Heleno, M. Afonso, B. Conde, C. Pinto, A. Fernandes

*Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.*

**Introdução:** O teste de exercício cardiopulmonar (TECP) apresenta-se como um exame de grande utilidade diagnóstica e prognóstica no estudo de doentes com dispneia de esforço, nomeadamente no contexto de doença respiratória e/ou cardiovascular documentadas, de descondicionamento e, ainda, no estudo pré-operatório de doentes candidatos a cirurgia de ressecção pulmonar.

**Objectivos:** Relato da experiência de uso do TECP, através de cicloergómetro, num centro hospitalar, analisando o seu papel no diagnóstico diferencial entre patologias cardiorrespiratórias e outras situações, como descondicionamento ou obesidade.

**Métodos:** Procedeu-se a um estudo retrospectivo de doentes que realizaram o TECP entre julho de 2014 e dezembro de 2017, no setor dos Exames Especiais de Pneumologia do CHTMAD. Realizou-se uma análise descritiva da amostra obtida e do motivo de requisição do exame. Foram ainda avaliadas as principais variáveis ventilatórias e cardiovasculares.

**Resultados:** Neste período realizaram-se 57 exames (correspondentes a 57 doentes), sendo que em 38 casos (66,7%) correspondiam a doentes do sexo feminino. Apenas 9 doentes (15,8% dos casos) realizavam exercício físico regular (em ginásio ou ar livre). O estudo de dispneia de esforço foi o motivo de requisição do exame em 24 doentes (42,1%). Em 21 doentes (36,8%), este exame foi realiza-

do para melhor caracterização funcional da doença respiratória já conhecida. Verificou-se uma diminuição da capacidade de exercício em 30 casos (52,6%), tendo esta como causa mais prevalente o descondicionamento físico - 14 doentes (24,6%). De entre estes, 4 doentes apresentavam patologia pulmonar documentada.

**Conclusões:** Estes resultados são concordantes com o que vem sendo descrito na literatura mais recente, sobretudo da importância do TECP no esclarecimento da etiologia da dispneia de esforço, cujas explicações possíveis são diversas, como também se verifica nesta amostra. Frequentemente, o TECP não é realizado por ausência de equipamento próprio, além de dificuldades inerentes à complexidade da sua execução e interpretação.

**Palavras-chave:** Teste exercício. Cardiopulmonar.

### PO133. SÓ DESCOBRIMOS O QUE PROCURAMOS

C. Antunes, M. Pereira, L. Rodrigues, F. Paula, F. Froes

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

**Introdução:** A oxigenação tecidual é dependente de múltiplos factores como a fração de oxigénio no ar ambiente, a capacidade pulmonar e o transporte de oxigénio pela corrente sanguínea. O desequilíbrio num destes factores como altitude, doenças pulmonares ou doenças cardíacas pode resultar em hipoxémia, principalmente em condições mais extremas.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de um doente de 64 anos, autónomo, serralheiro de profissão, com exposição a ligas metálicas, ex-fumador (carga tabágica 30 unidades maço ano) com hábitos etanólicos acentuados e antecedentes de síndrome metabólico: obesidade, dislipidémia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, com enfarte do miocárdio há 10 anos. Seguido em consulta de Cardiologia por insuficiência cardíaca e suspeita de hipertensão pulmonar em ecocardiograma (PSAP 49 mmHg). Foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (UCIMC) por hipoxémia grave, PaO<sub>2</sub> 36 mmHg em ar ambiente e com insuficiência cardíaca descompensada. Iniciou oxigénio de alto débito por cânula nasal a 100% com PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 70. Realizou angiografia-tomografia computadorizada do tórax que excluiu a presença de tromboembolismo pulmonar, pneumonia, patologia do interstício e com calibre da artéria pulmonar dentro da normalidade, zonas de enfisema e edema intersticial compatível com sobrecarga hídrica. Realizou ecografia abdominal sem alterações do parênquima hepático, permitindo excluir síndrome hepato-pulmonar. E finalmente, ecocardiograma transesofágico que detectou comunicação interauricular com shunt direito-esquerdo significativo durante apenas a manobra de Valsava, com dilatação das câmaras cardíacas direitas. Após terapêutica dirigida para a insuficiência cardíaca houve melhoria das trocas gasosas e transferência para o serviço de Medicina.

**Discussão:** Este caso clínico ilustra a importância da marcha diagnóstica sequencial na abordagem de um doente crítico com hipoxémia grave e com impacto na sua resolução. O diagnóstico revelou-se fundamental para o sucesso presente e futuro do quadro clínico.

**Palavras-chave:** Hipoxémia. Oxigenação.

### PO134. SÍNDROME DE HIPERVENTILAÇÃO INDUZIDO PELA LEVIDOPA + CARBIDOPA - UM CASO CLÍNICO

I.S. Pereira, A. Alves, E. Silva, C. Ribeiro, I. Ladeira, T. Shiang

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** O síndrome de hiperventilação caracteriza-se por um aumento da frequência respiratória além das necessidades fisiológicas e é documentado pela gasimetria com hipocápnia e consequente alcalose respiratória. Existem múltiplas causas para este síndrome, incluindo fármacos, entre os quais a levodopa + carbidopa, cuja associação tem sido raramente relatada.

**Caso clínico:** Homem, 74 anos, antecedentes de HTA, depressão e síndrome parkinsoniana. Medicado cronicamente com captopril, levodopa + carbidopa, sinvastatina, beta-histina, trazodona, sertralina, hidroclorotiazida, amlodipina e glucosamina. O doente foi orientado para a Consulta de Pneumologia por dispneia de agravamento progressivo, sem outras queixas respiratórias associadas. O início das queixas coincidia com início de medicação com levodopa + carbidopa. Ao exame objetivo apresentava plétora facial, taquipneia (FR 30 cpm) com discreta tiragem, saturação periférica de O<sub>2</sub> de 100% em ar ambiente, sem outras alterações relevantes. Do estudo complementar diagnóstico realizado: estudo analítico, função tiroideia, radiografia tórax, ECG, Holter e ecocardiograma sem alterações relevantes, a gasimetria documentava alcalose respiratória (pH 7,56; pO<sub>2</sub> 196; pCO<sub>2</sub> 28) com lactatos 1,4; realizou angio-TC de tórax que excluiu tromboembolismo agudo ou crónico. Dado o início dos sintomas ser concomitante com o início de carbidopa + levodopa, foi decidida a suspensão gradual deste fármaco, com consequente resolução do quadro clínico. Objetivamente com boa mecânica ventilatória (FR 18 cpm), sem tiragem e saturação periférica de O<sub>2</sub> de 100% e apresentava melhoria gasimétrica (pH 7,47; pO<sub>2</sub> 102; pCO<sub>2</sub> 37; lactatos 0,4).

**Discussão:** Frequentemente a etiologia do síndrome de hiperventilação permanece desconhecida, o que pode dificultar o seu tratamento. É importante suspeitarmos da associação deste síndrome com fármacos, especialmente se o início de sintomas coincidir com o início da administração dos mesmos. Este é um caso importante pela sua raridade e pelo fato de alertar para esta possível associação.

**Palavras-chave:** Hiperventilação. Levidopa. Carbidopa.

### PO135. ESTRIDOR DE CAUSA NEUROLÓGICA: UMA REVIRAVOLTA INESPERADA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

L. Fernandes<sup>1</sup>, M. Santos<sup>2</sup>, P. Falcão<sup>1</sup>, A.F. Matos<sup>1</sup>, C. Martins<sup>1</sup>, I. Claro<sup>1</sup>, E. Fragoso<sup>1</sup>, P. Azevedo<sup>1</sup>, C. Bárbara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, Serviço de Pneumologia, Hospital Santa Maria, CHLN. <sup>2</sup>Serviço de Neurologia, Hospital Santa Maria, CHLN. <sup>3</sup>Serviço de Pneumologia, CHLN.

**Introdução:** O herpes zóster é uma doença neurocutânea resultante da reactivação do vírus varicela-zóster latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais ou dos pares cranianos. Raramente, esta infecção desenvolve-se sem o característico dermatótipo, denominando-se zóster sine herpete e manifestando-se heterogeneamente atendendo as neuropatias cranianas envolvidas, o que denota a relevância do presente caso.

**Caso clínico:** Homem, 79 anos, com instalação subaguda de sensação de corpo estranho na orofaringe e início súbito de dispneia alta e estridor. Objectivava-se parésia bilateral das cordas vocais em adução, edema das aritenoides e lesões aftosas esbranquiçadas na úvula, corda vocal esquerda, aritenoides e epiglote. Foi submetido a traqueostomia e admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios com insuficiência respiratória global. Durante o internamento desenvolveu quadro de disautonomia gastrointestinal, com gastroparésia e obstipação. TC cervico-toraco-abdomino-pélvica descartou alterações significativas. A RM-CE revelou espessamento e realce após administração de gadolínio dos nervos vago bilateralmente e espinhal esquerdo. A punção lombar mostrou LCR inflamatório com pleocitose linfocitária e hiperproteínorráquia. A pesquisa de vírus neurotrópicos no LCR por técnica de PCR foi positiva para o vírus varicela-zóster. Serologia HIV negativa. Cumpriu aciclovir endovenoso durante 14 dias. Dada a estabilidade respiratória foi transferido para o Serviço de Neurologia, com apoio da ORL para cordotomia posterior a longo prazo na tentativa de descanulação. Atendendo à gastroparésia grave foi colocada PEG-J para alimentação entérica.



**Discussão:** Este doente imunocompetente apresentou-se com uma infecção grave do X par bilateral e XI esquerdo causada pela reativação do vírus varicela-zóster. Com apenas sete casos descritos na literatura inglesa numa revisão de 2015, as neuropatias do nervo vago, na ausência de lesões cutâneas, tendem a ser mal diagnosticadas como paralisia idiopática da laringe. O herpes zóster com envolvimento laríngeo é uma entidade incomum que deve ser incluída no diagnóstico diferencial da parésia das cordas vocais presumivelmente idiopática.

**Palavras-chave:** Varicela zóster. Nervo vago. Parésia das cordas vocais. Estridor. Disautonomia.

### PO136. TUBERCULOSE OCULAR E A PROBLEMÁTICA DO TRATAMENTO. A REALIDADE DE 10 ANOS NUM CDP

D. Rodrigues<sup>1</sup>, M. Valério<sup>1</sup>, T. Costa<sup>1</sup>, P.C. Roxo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Geral-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

<sup>2</sup>CDP Coimbra.

**Introdução:** Estima-se que a infeção por *Mycobacterium tuberculosis* afete cerca de um terço da população mundial. A manifestação mais frequente da infeção é o acometimento pulmonar. Contudo, virtualmente qualquer tecido, órgão ou sistema pode ser afetado. A tuberculose ocular é um diagnóstico pouco comum e problemático, sendo a quase totalidade dos diagnósticos presuntivos, com base no rastreio do *Mycobacterium tuberculosis* nos casos de uveíte de etiologia desconhecida ou não responsiva à terapêutica habitual, em presença de achados oculares sugestivos de tuberculose, e previamente a terapêutica imunossupressora.

**Objectivos:** Analisar a eficácia do tratamento da tuberculose ocular no alívio sintomático; analisar o impacto de variáveis como idade, sexo, duração e tipo de tratamento nos resultados de eficácia obtidos; e avaliar os principais efeitos secundários registados durante o tratamento.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, que incluiu todos os casos de tuberculose ocular registados entre 2007 e 2016 no CDP de Coimbra. Os dados foram submetidos a estatística descritiva com recurso ao SPSS v22 e Microsoft Excel 2014.

**Resultados:** De um total de 31 doentes incluídos, verificamos que a maioria dos doentes tratados (65%) reportou melhoria sintomática, sendo esta diferença mais proeminente nos indivíduos pertencentes à faixa etária de 41-50 anos (66,7%), no sexo masculino (72,2%), e nos doentes submetidos a tratamento com duração de 9 meses. A maioria dos doentes completou 9-12 meses do tratamento atualmente recomendado. Relativamente aos efeitos secundários registados, a maioria foram do foro gastrointestinal e/ou elevação das transaminases hepáticas.

**Conclusões:** Dado que a tuberculose ocular pode conduzir a cegueira permanente, o diagnóstico e tratamento atempado são fundamentais, pelo que a análise dos vários elementos com influência no sucesso terapêutico, bem como os principais efeitos secundários do

tratamento devem ser tidos em consideração dado o seu impacto no sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** Tuberculose ocular. *Mycobacterium tuberculosis*. Uveíte. Tratamento.

### PO137. ESTENOSE TRAQUEAL E OSCILOMETRIA DE IMPULSO - QUE RELAÇÃO?

F.C. Lima, R. Linhas, D. Coutinho, L. Campos, J. Almeida, S. Neves, S. Campaíña, A. Oliveira, I. Ladeira, R. Lima, M. Guimarães

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

**Introdução:** A estenose traqueal é uma condição grave, rara, que condiciona elevada morbidade, cujo exame de eleição para diagnóstico é a broncoscopia. A espirometria e a oscilometria de impulso (IOS) são métodos não invasivos que permitem estudar a função respiratória, em determinados doentes.

**Objectivos:** Determinar o uso da IOS na quantificação da obstrução das vias aéreas e possível método de diagnóstico/follow-up, em doentes com estenose traqueal.

**Métodos:** Análise de doentes com estenose traqueal entre 01-01-2015 e 31-12-2016, com realização de espirometria e IOS prévia a broncoscopia e após este procedimento, se submetidos a intervenção broncoscópica. Avaliada correlação entre valores oscilométricos obtidos e estreitamento da via aérea, bem como entre os valores espiro e oscilométricos.

**Resultados:** Incluíram-se 21 doentes com estenose traqueal. Observou-se uma relação inversa entre o estreitamento traqueal e X5% (r -0,442, p 0,045) e uma relação directa com FEV1/PEF (r 0,467, p 0,033). Relativamente à extensão da estenose, esta foi inversamente proporcional ao PEF e PEF% (r -0,729, p = 0,001 e r -0,707, p = 0,002, respectivamente). Em doentes submetidos a intervenção broncoscópica, não se verificou diferença estatisticamente significativa nos valores oscilométricos pré e pós procedimento. Foi ainda observada uma forte correlação entre os valores espiro e oscilométricos.

**Conclusões:** Através da análise dos dados verificou-se a existência de uma fraca correlação entre X5% e o estreitamento traqueal, o que não permite usar, de forma inequívoca, o uso da IOS como exame diagnóstico/follow-up da estenose traqueal. Pelo facto da extensão da estenose apresentar correlação inversa com PEF, este parâmetro poderá ser um potencial preditor de estenoses complicadas. Em doentes que não se possa realizar avaliação espirométrica, a correlação estabelecida entre valores espirométricos e oscilométricos revelou que a IOS pode ser eventual alternativa. O número reduzido da amostra revelou-se um constrangimento importante, sendo necessários mais estudos para contrariar os escassos conhecimentos actuais sobre esta patologia e potencial uso da IOS no seu diagnóstico/follow-up.

**Palavras-chave:** Estenose traqueal. Oscilometria de impulso. Espirometria. Broncoscopia.