



COMUNICAÇÕES

5º Congresso de Pneumologia do Centro

Coimbra, Hotel Dona Inês, 26 e 27 de Junho de 2014

CO1. PNEUMONIA EM DOENTES INSTITUCIONALIZADOS: SERÁ MESMO PNEUMONIA ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE?

F.R. Fernandes, N. Sousa, R. Gomes, S. Correia, M. Reis, J. Parreira, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital Sousa Martins.

Introdução: A pneumonia associada aos cuidados de saúde (PACS) tem sido individualizada da Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e da Pneumonia Intra-Hospitalar (PI). Um dos critérios para PACS é o doente residir em instituição de cuidados prolongados.

Objectivos: Comparar estatisticamente a PACS por se tratar de um doente residente em instituição (PACSRI) com a PACS por outros critérios (PACSOC) e com a PAC.

Métodos: Estudo retrospectivo com base na consulta do processo clínico de doentes internados com o diagnóstico de Pneumonia num Serviço de Pneumologia de um Hospital Distrital de 1/1/2013 a 31/12/2013. Foram excluídos os doentes com o diagnóstico de PI. A análise de dados foi efectuada no programa SPSS 19.

Resultados: Foram incluídos 260 doentes com o diagnóstico de pneumonia: 141 (54,2%) com PAC, 59 (22,7%) com PACSRI e 60 (23,1%) com PACSOC. A mediana do número de dias de antibioterapia foi de 10,0 na PACSRI, em comparação com 10,0 na PAC ($p > 0,05$) e 12,0 na PACSOC ($p < 0,05$). Comparando a necessidade de alteração da antibioterapia inicial na PACSRI com a alteração nas outras entidades, verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa relativamente à PAC (6,8% vs 9,2%, $p > 0,05$), mas que esta diferença existe comparando a PACSRI com a PACSOC (6,8% vs 48,3%, $p < 0,05$). A pneumonia segmentar/lobar e o envolvimento unilateral são mais comuns nos três tipos de pneumonia, contudo comparando a PACSRI com a PAC não há diferenças estatisticamente significativas (79,7% vs 73,3% e 81,4% vs 75,9%, $p > 0,05$), o que não acontece comparando a PACSRI com a PACSOC (79,7% vs 61,6% e 81,4 vs 65%, $p < 0,05$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos três tipos de pneumonia relativamente ao número de dias de internamento ou à mortalidade ($p > 0,05$).

Conclusões: O estudo desenvolvido parece demonstrar que os doentes com PACS apenas por serem residentes em instituição apresentam, nas variáveis estudadas, mais semelhanças com os

doentes com PAC do que com os doentes com PACS por outros critérios.

Palavras-chave: *Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde. Pneumonia Adquirida na Comunidade.*

CO1. PNEUMONIA IN INSTITUTIONALIZED PATIENTS: IS IT REALLY HEALTHCARE ASSOCIATED PNEUMONIA?

F.R. Fernandes, N. Sousa, R. Gomes, S. Correia, M. Reis, J. Parreira, L. Ferreira

Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital Sousa Martins.

Introduction: Healthcare Associated Pneumonia (HCAP) has been individualized from Community-Acquired Pneumonia (CAP) and Hospital-Acquired Pneumonia (HAP). One of the criteria for HCAP is the patient to reside in long-term care institution.

Objectives: To statistically compare HCAP because the patient resides in long-term care institution (IRHCAP) with HCAP by other criteria (OCHCAP) and with CAP.

Methods: Retrospective study based on clinical processes of patients admitted with the diagnosis of pneumonia in the Pulmonology Department of a District Hospital from 1/1/2013 to 31/12/2013. Patients with the HAP diagnosis were excluded. Data analysis was performed using SPSS 19.

Results: 260 patients with the diagnosis of pneumonia were included: 141 (54.2%) with CAP, 59 (22.7%) with IRHCAP and 60 (23.1%) with OCHCAP. The median of antibiotic treatment number of days in IRHCAP was 10.0, compared to 10.0 in CAP ($p > 0.05$) and 12.0 in OCHCAP ($p < 0.05$). Comparing the need to modify the initial antibiotic therapy in IRHCAP with other types of pneumonia, it appears that there is no statistically significant difference concerning the CAP (6.8% vs 9.2%, $p > 0.05$), but this difference exists when comparing IRHCAP with OCHCAP (6.8% vs. 48.3%), $p < 0.05$). Segmental/Lobar pneumonia and unilateral involvement are more common in the three types of pneumonia, although comparing IRHCAP with CAP there is no statistically significant difference (79.7% vs 73.3% and 81.4% vs 75.9%, $p > 0.05$), but comparing IRHCAP with OCHCAP that difference exists (79.7% vs 61.6% and 81.4 vs 65%, $p < 0.05$). When comparing the number of

hospitalization days and the mortality there were no statistically significant differences in the three types of pneumonia ($p > 0.05$).
Conclusions: The developed study seems to demonstrate that concerning the analyzed variables, the IRHCAP is more similar to CAP that it is to OCHCAP.

Key words: *Healthcare Associated Pneumonia. Community-Acquired Pneumonia.*

CO2. SÍNDROME DE APNEIA DO SONO NA NEUROPATIA ÓPTICA ISQUÊMICA ANTERIOR NÃO ARTERÍTICA

A.R Sánchez, I. Alaejos, J.L. Fernández, S. Cadenas, D. Arcos, P. Gudiel, M.J. Bernabé, A.T. Sequeira

Hospital Universitário de Salamanca.

Introdução: A neuropatia óptica isquêmica anterior não arterítica (NOIANA) causa a perda não dolorosa da visão, normalmente unilateral e irreversível, que aparece quase sempre ao despertar, o que sugere a relação da Síndrome de Apneia do Sono (SAS) na sua patogenia. Não se conhece tratamento específico, apenas o controle das comorbidades associadas.

Objectivos: Analisar a prevalência do SAS em doentes com NOIANA, o perfil clínico e polissonográfico e estabelecer as variáveis implicadas na gravidade da NOIANA.

Métodos: 36 pacientes consecutivamente diagnosticados de NOIANA foram submetidos a polissonografia com Embla®. Foram registados os dados antropométricos, a presença de sonolência diurna, a escala de Epworth, as variáveis do estudo do sono, os factores de risco habitualmente associados como hipertensão, diabetes, dislipidemia, lesões ateromatosas carotídeas, que foram diagnosticadas com Ecodoppler, glaucoma, além dos hábitos tabágicos. Dada a idade média dos pacientes, foi considerado significativo um índice de alteração respiratória (IAR) $\geq 15/h$.

Resultados: 26 homens e 10 mulheres, com uma média de idade de 64 ± 8 anos e IMC $29,8 \pm 3$. Do total de doentes apresentavam SAS 25 (69,4%), e 12 (48%) deles com IAH $\geq 30/h$. A sonolência excessiva diurna verificou-se em 16 (44,4%), Epworth (16 ± 5). Os hábitos tabágicos estavam presentes em 17 (47,2%), o diagnóstico de hipertensão verificou-se em 21 (58,3%), diabéticos 13 (36,1%), dislipidémicos 24 (66,7%), 8 (33,3%) apresentavam glaucoma e em 14 (38,9%) foi detectada ateromatose carotídea. A eficiência média do sono foi de $70 \pm 12\%$, com IAR $26,8 \pm 21/h$, ODI $23,6 \pm 20/h$, CT90 $14 \pm 18\%$ e SpO₂ média $93 \pm 2\%$. Dos 17 pacientes diagnosticados com NOIANA bilateral (47,2%), 16 (94,1%) eram SAS, graves 7 (43,7%). A análise multivariada, depois de se introduzirem todas as variáveis registadas, determinou que o CT90 é a variável que melhor explica este sucesso ($p = 0,002$; OR 1,2; IC95% 1,079-1,422).

Conclusões: A prevalência de SAS é muito alta na nossa amostra. Na NOIANA bilateral, a prevalência de SAS é muito superior ao descrito na literatura e está associada à percentagem de tempo de sono com SpO₂ $< 90\%$ (CT90). Seria possível evitar a progressão desta patologia ocular com uma abordagem precoce do SAS.

CO3. TTF-1 COMO MARCADOR PARA PESQUISA DE MUTAÇÕES NO EGFR EM CARCINOMAS BRONCO-PULMONARES

V. Sousa¹⁻³, A. Alarcão¹⁻³, M.R. Silva¹⁻³, A.F. Ladeirinha¹, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, L. Carvalho¹⁻³

¹Instituto de Anatomia Patológica; ²CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia;

³Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução: O desenvolvimento de novas terapias dirigidas para o EGFR foi induzido pela caracterização molecular dos

adenocarcinomas bronco-pulmonares. Estudos prévios mostraram que a expressão TTF-1 constitui factor de prognóstico de melhor sobrevida nos adenocarcinomas do pulmão. Além disso, as mutações no receptor do factor do crescimento epidérmico (EGFR) estão associadas à expressão de TTF-1 em adenocarcinomas do pulmão.

Objectivos: Os autores pretendem relacionar a expressão TTF-1 com as mutações nos exões 19 e 21 do gene EGFR em adenocarcinomas do pulmão.

Métodos: O tecido para análise foi obtido de blocos de parafina de tecido fixado em formol a 4%. No nosso laboratório, em 2013, avaliaram-se as mutações do gene EGFR em 66 biopsias de adenocarcinoma; 53 casos expressaram TTF-1 e 10 não expressaram. Adicionalmente consideraram-se 3 casos TTF-1 negativos devido à sua diferenciação acinar, embora classificados como carcinoma pleomórfico (1) e adenoescamoso (2). Após extracção de DNA e reacção da polimerase em cadeia (PCR) determinaram-se as mutações dos exões 19 e 21 do gene EGFR por sequenciação de Sanger.

Resultados: Identificaram-se 9 mutações no gene EGFR (3 no exão 19 e 6 no exão 21) no grupo TTF-1 positivo. Somente um único caso TTF-1 negativo apresentou mutação no exão 19 do gene EGFR. Os restantes 3 carcinomas complexos foram negativos para o EGFR.

Conclusões: Os casos TTF-1 positivos, definindo os Adenocarcinomas da Unidade Respiratória Terminal (URT), apresentam maior percentagem (17%) de mutações no gene EGFR quando comparados com os adenocarcinomas brônquicos/carcinomas complexos (carcinomas pleomórfico e adenoescamoso) TTF-1 negativos, onde as mutações podem ser consideradas irrelevantes.

Palavras-chave: *Adenocarcinomas bronco-pulmonares. EGFR. TTF-1.*

CO3. TTF-1 AS MARKER TO SELECT BRONCHIAL-PULMONARY CARCINOMAS FOR EGFR MUTATIONS SEARCH

V. Sousa¹⁻³, A. Alarcão¹⁻³, M.R. Silva¹⁻³, A.F. Ladeirinha¹, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, L. Carvalho¹⁻³

¹Institute of Pathology; ²CIMAGO-Research Center for Environment, Genetics and Oncobiology; ³Centre of Pulmonology, Faculty of Medicine of the University of Coimbra,.

Introduction: Bronchial-Pulmonary Adenocarcinomas induced the development of EGFR targeted therapies, based in molecular characterization. Previous studies showed that TTF-1 expression is a significant prognostic factor of better survival in lung adenocarcinoma. Furthermore, epidermal growth factor receptor (EGFR) mutation is associated with TTF-1 expression in lung adenocarcinoma.

Objectives: Authors intend to relate TTF-1 expression with EGFR exons 19 and 21 mutations in lung adenocarcinomas.

Methods: Tissue for the analysis was obtained from paraffin embedded sections of the 4% formalin fixed tissue. In 2013 our Lab evaluated EGFR mutation 66 adenocarcinomas biopsies; 53 cases expressed TTF-1 and 10 cases were negative. Additional 3 cases TTF-1 negative were also considered due to acinar differentiation although classified as pleomorphic (1) and adenosquamous carcinomas (2). After DNA extraction and polymerase chain reaction (PCR) EGFR exons 19 and 21 mutations were determined by Sanger sequencing.

Results: In the TTF-1 positive group, there were 9 EGFR mutations (3 in exon 19 and 6 in exon 21). Only one TTF-1 negative adenocarcinoma harbored EGFR mutation in exon 19. The remaining 3 complex carcinomas were EGFR negative.

Conclusions: Positive TTF-1 with higher percentage (17%) of EGFR mutations defines the Terminal Respiratory Unit (TRU) Adenocarcinomas when compared with TTF-1 negative bronchial adenocarcinomas/complex carcinomas (pleomorphic and adenosquamous carcinomas) where EGFR mutations might be considered irrelevant.

Key words: *Bronchial-Pulmonary Adenocarcinomas. EGFR. TTF-1.*

P1. FATORES MODIFICÁVEIS NO CONTROLO DA ASMA

M.M. Castel-Branco^{1,2}, C.C. Bento¹, M.T. Rodrigues¹,
O. Leitão Silva¹, R.F. Almeida¹, C. Ferreira¹, A. Antunes³,
F Fernandez-Llimos^{4,5}, I.V. Figueiredo^{1,2}

¹Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos, Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra. ²Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida (IBILI), Universidade de Coimbra. ³Serviço de Pneumologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. ⁴Departamento de Sócio-Farmácia, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa. ⁵Instituto de Investigação do Medicamento (iMed.Ulissboa), Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa.

Introdução: A prevalência da asma nos países desenvolvidos tem vindo a aumentar e, apesar de toda a terapêutica disponível, estima-se que um número elevado de doentes não tenha a sua asma controlada. Para além de uma boa prescrição, é necessário que o doente conheça a doença e tome os medicamentos corretamente, de modo a retirar o máximo benefício da terapêutica.

Objectivos: Avaliar, numa amostra de doentes asmáticos em ambulatório, o nível de conhecimentos relativos à doença, o grau de adesão à terapêutica, o modo de utilização dos dispositivos inalatórios e o grau de controlo da asma.

Métodos: O estudo realizou-se em quatro farmácias comunitárias do distrito de Coimbra em abril-junho 2013. Foram convidados a participar os utentes com 18 ou mais anos com diagnóstico de asma. Os indivíduos que aceitaram e cumpriam os requisitos para a espirometria, não apresentando critérios de exclusão, integraram o estudo. Numa entrevista única com o doente foram aplicados os Questionário de Conhecimentos Sobre a Asma (QCSA), Questionário de Morisky-Green, Teste de Controlo da Asma (ACT) e Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica (CARAT); foi feita a observação direta da técnica inalatória com os dispositivos do doente; foi realizada uma espirometria recorrendo ao Vitalograph COPD-6, com determinação dos parâmetros FEV1, FEV6 e FEV1/FEV6 pré-broncodilatação.

Resultados: Participaram 52 doentes com idade média de 47,2 ± 20,0 anos, sendo 80,8% mulheres. Obteve-se uma pontuação média no QCSA de 13,7 ± 3,0 (máx. 25). O teste de adesão (n = 43) revelou 46,5% totalmente aderentes. A pontuação média do ACT foi 20,6 ± 4,2 (máx. 25) e do CARAT 18,5 ± 6,5 (máx. 30). A expiração forçada inicial e a suspensão da respiração final foram as maiores dificuldades detetadas na execução da técnica de inalação. As espirometrias de 13 doentes estavam fora do padrão normal. Dentro destes, 7 não eram totalmente aderentes e 4 não executavam a técnica inalatória corretamente.

Conclusões: A educação do doente no que se refere aos conhecimentos sobre asma, a promoção da adesão à terapêutica e o ensino da utilização correta dos dispositivos de inalação são fatores modificáveis nos quais a equipa de saúde pode trabalhar tendo em vista um melhor controlo do doente asmático.

Palavras-chave: Conhecimentos sobre asma. Adesão à terapêutica. Técnica inalatória. Controlo da asma.

P2. CARACTERIZAÇÃO DE DOENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA NA COVA DA BEIRA

D. Figueiredo, O. Lourenço

Centro Hospitalar da Cova da Beira.

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de mortalidade, morbilidade e diminuição da qualidade de vida, resultando num grande impacto a nível socioeconómico, prevendo-se um desafio a nível de saúde pública nas próximas décadas. A identificação dos vários fatores de risco e caracterização da população com DPOC torna-se importante no desenvolvimento de estratégias de tratamento e prevenção.

Objectivos: Caracterização dos doentes com DPOC seguidos em consulta externa de Pneumologia no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

Métodos: Estudo transversal observacional utilizando uma amostra de conveniência constituída por doentes com DPOC do serviço de Pneumologia do CHCB. O estudo teve aprovação da Comissão de Ética do CHCB. Procedeu-se à recolha de dados através de um questionário entre novembro de 2013 e abril de 2014 tendo os doentes assinado um consentimento informado. Os dados clínicos foram obtidos por consulta dos processos dos doentes.

Resultados: Este estudo utilizou uma amostra de 84 doentes (média de idades de 69,3 anos) sendo 92,9% dos indivíduos pertencentes ao sexo masculino. Entre a amostra estudada 83,3% dos indivíduos encontra-se reformada tendo a maior parte destes habilitações correspondentes ao primeiro ciclo. Nesta amostra 63,1% são ex-fumadores, e 25% fumam atualmente. Apenas 27,4% dos inquiridos apresentava antecedentes familiares da doença. Relativamente ao estadio da doença, 20,2% encontram-se no estadio I, 53,6% no II e 13,1% tanto no III como no IV. Cerca de 48,8% apresenta mais do que três comorbilidades sendo que apenas 4,8% da amostra em estudo não ostenta nenhuma doença concomitante. Relativamente a hospitalizações 77,4% não apresentou nenhuma no último ano devido à doença, 65,5% não apresentou nenhuma exacerbação e apenas 27,4% faz oxigénio.

Conclusões: Na amostra estudada a maioria dos indivíduos com DPOC é do sexo masculino e idoso, existindo uma elevada percentagem de fumadores e ex-fumadores e sem antecedentes familiares da doença. Verifica-se a baixa escolaridade dos indivíduos em estudo. Os doentes da consulta apresentam maioritariamente estadio I ou II e comorbilidades associadas.

Palavras-chave: DPOC. Estudo transversal. Inquérito.

P3. IMPORTÂNCIA DOS SINTOMAS NO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

A.F. Matos¹, L.O. Leal²

¹Centro Hospitalar de Lisboa Norte. ²Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Santarém-Polo de Alcanede.

Introdução: A DPOC é uma doença caracterizada pela obstrução crónica e parcialmente reversível do fluxo aéreo. A limitação do fluxo é progressiva e associa-se a uma resposta inflamatória anormal a partículas e gases nocivos. A exposição ao fumo do tabaco é o principal fator de risco para o desenvolvimento de DPOC. A exposição prolongada a outras substâncias irritantes pode ser contribuinte. A sintomatologia típica de DPOC engloba tosse, aumento de expectoração e caracteristicamente dispneia progressiva. A DPOC é uma doença tendencialmente subdiagnosticada. A espirometria pós broncodilatador é determinante para o diagnóstico. A anamnese e exame objetivo fornecem informação fundamental.

Objectivos: Relacionar a sintomatologia respiratória, avaliada por questionário, de um grupo de adultos com 40 ou mais anos, com os graus de obstrução obtidos em espirometrias realizadas no âmbito de um rastreio de DPOC.

Métodos: Avaliação retrospectiva de 48 questionários sobre sintomatologia respiratória e fatores de risco, aplicados no âmbito de uma campanha de rastreio de DPOC, em cuidados primários. Foram selecionados os questionários em que se estabeleceu o diagnóstico de DPOC e correlacionado o grau de obstrução de fluxo (FEV1 pós-broncodilatador) com a presença de sintomas respiratórios e fatores de risco.

Resultados: Dos 48 doentes que acederam ao rastreio, o diagnóstico de DPOC com base em espirometria pós broncodilatador, foi estabelecido em 7 (14,2%). Dois doentes (28,6%) foram classificados no estadio I e cinco (71,4%) no estadio II (critérios de gravidade GOLD). Não se constatou correlação positiva entre o grau de obstrução e a gravidade ou quantidade dos sintomas questionados

(tosse, expetoração e dispneia). Foi possível constatar que os doentes classificados no estágio II do GOLD apresentavam mais fatores de risco para DPOC, por oposição aos classificados no estágio I.

Conclusões: A inexistência de relação entre a gravidade da doença, avaliada pelo grau de obstrução, e a sintomatologia apresentada em questionário sugere que, para os graus leve e moderado de DPOC a sensibilidade da anamnese é relativamente pobre. Estes dados apontam para a importância de maior uso da espirometria em pessoas com fatores de risco acrescido para a doença, de modo a estabelecer o diagnóstico em fases mais precoces.

Palavras chave: DPOC. GOLD. Dispneia. Tabagismo.

P4. BRONQUIECTASIAS CÍSTICAS NÃO FIBROSE-CÍSTICA EXUBERANTES: A PROPÓSITO DE UMA IMAGEM

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A presença de bronquiectasias, dilatações anormais e irreversíveis brônquicas, com destruição associada das paredes brônquicas, é um achado radiológico comum, embora clinicamente negligenciado. Quando clinicamente significativas, têm importante impacto na qualidade de vida dos doentes e nos custos de saúde associados.

Caso clínico: Senhor de 52 anos, autónomo, carpinteiro reformado por invalidez, ex-fumador de 25 UMA. Aos 30 anos teve uma sucessão de infeções respiratórias de repetição, com necessidade de internamento por insuficiência respiratória aguda. Durante o seguimento em Pneumologia, o senhor desenvolveu sintomas respiratórias acentuados, entre os quais tosse com expectoração abundante, com limitação funcional importante e efetuou-se o diagnóstico de bronquiectasias cístico-varicosas bilaterais dispersas, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiência respiratória crónica e colonização por *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* metilino-resistente, com necessidade de 1 internamento por ano por infeção respiratória com agudização da insuficiência respiratória. Numerosas etiologias de bronquiectasias e DPOC foram excluídas, tais como fibrose cística, défice de alfa-1 anti-tripsina, deficiência imunológica, aspergilose broncopulmonar alérgica, distúrbios bronquiolares primários, doenças inflamatórias intestinais e do tecido conjuntivo, entre outros diagnósticos. Apesar de terapêutica médica otimizada, oxigenoterapia e reabilitação cardiorrespiratória, o estado clínico e funcional do senhor piorou progressivamente, com necessidades acrescidas de oxigénio (4 L/min). Na última reavaliação, optou-se por propor o senhor para transplante pulmonar, que aguarda.

Discussão: Apesar de outrora considerada uma doença órfã, sabe-se hoje que as bronquiectasias acompanham outras patologias, como por exemplo a DPOC, com influência no prognóstico e morbimortalidade. Tal como na DPOC, a avaliação da severidade das bronquiectasias, com sistemas de estadiamento clínico, radiológico e funcional, é essencial na abordagem clínica das bronquiectasias.

Palavras chave: Bronquiectasias. DPOC. Insuficiência respiratória. Tomografia.

P4. NON CYSTIC-FIBROSIS CYSTIC BRONCHIECTASIS: IN RESPECT TO AN IMAGE

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Pulmonology Department, Hospital de Braga.

Introduction: The presence of bronchiectasis, abnormal and irreversible bronchial dilatations, with associated bronchial wall

destruction, is a common radiological finding, although clinically neglected. When clinically significant, bronchiectasis have an important impact on patients' quality of life and associated healthcare costs.

Case report: Man with 52 years-old, independent, former wood worker, retired for disease, former smoker of 25 pack-year. At the age of 30, he had repeated respiratory infections and he was hospitalized for acute respiratory failure. During follow-up in pulmonology outpatient consult, the patient developed significant respiratory symptoms, such as persistent cough with abundant expectoration, with an important functional limitation, and he was diagnosed with bilateral disperse cystic and varicose bronchiectasis, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), chronic respiratory failure and colonization by *Pseudomonas aeruginosa* and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, with approximately 1 hospitalization per year because of respiratory infection with agudization of chronic respiratory failure. Numerous etiologies of bronchiectasis and COPD were excluded, such as cystic-fibrosis, alpha-1 anti-trypsin deficiency, immunological deficiency, allergic bronchopulmonary aspergillosis, primary bronchiolar disorders, inflammatory bowel and connective-tissue diseases, among other differential diagnoses. Despite optimized medical treatment, oxygen therapy and cardiorrespiratory rehabilitation, patient's clinical and functional status progressively worsened, with increasing oxygen needs (up to 4 L/min). On the last re-evaluation, he was proposed for pulmonary transplantation, which he still awaits.

Discussion: Despite being considered an orphan lung disease, it is now known that bronchiectasis are associated with other diseases, namely COPD, with influence on prognosis, morbidity and mortality. Such as in COPD, the evaluation of bronchiectasis severity, with clinical, radiologic and functional staging systems, is essential on the clinical approach of bronchiectasis.

Key words: Bronchiectasis. COPD. Respiratory failure. Tomography.

P5. AVALIAÇÃO DA BRONCOCONSTRIÇÃO INDUZIDA PELO EXERCÍCIO

P.U. Brito, I. Sanches, L. Fernandes, V. Martins, F. Soares, A. Arrobas, C. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-HG.

Introdução: A broncoconstrição induzida pelo exercício (BIE) ocorre frequentemente em asmáticos mas também na população em geral. O diagnóstico deve associar a clínica com prova de broncoconstrição induzida pelo exercício (PBE).

Objetivos: Caracterização dos doentes submetidos a PBE e avaliação dos seus resultados.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes submetidos a PBE em 2009-2012, no Serviço de Pneumologia (CHUC-HG). Foram analisados dados demográficos e clínicos, sensibilização alérgica, função respiratória, FeNO e PBE. A PBE foi realizada em cicloergómetro, com protocolo de ventilação alvo - conseguida com aumento da intensidade de exercício de modo a obter altos níveis de ventilação nos primeiros minutos e mantidos por 4 a 6 minutos. Considerada positiva quando queda > 10% do FEV1 aos 1, 3, 5, 7, 10, 15 e 20 mim após exercício.

Resultados: Realizados 10 exames por suspeita de BIE, em doentes com idade média de 22,1 ± 10,1 anos, maioritariamente do sexo masculino (6). Todos não fumadores e metade eram praticantes de actividade física regular. Do total, 3 eram asmáticos e 4 apresentavam asma associada a rinite. Os sintomas mais relacionados com o exercício eram a dispneia (8 doentes) e tosse

(7 doentes). Sensibilização alérgica foi documentada em 4 doentes (maioritariamente para ácaros) e os níveis de IgE determinados em 7 doentes apresentavam valor médio de $420 \pm 318,7$ g/L. Nenhum apresentava evidência de quadro obstrutivo na espirometria. Broncomotricidade positiva em 3 dos 6 doentes avaliados. A PBE com duração média 6:24 min foi positiva em 2 doentes, ambos com asma. Restantes exames sem evidência de BIE mas em 2 casos verificou-se limitação ao esforço: 1 por descondicionamento e outro por alteração ventilatória e das trocas gasosas; 2 provas foram inconclusivas por não conseguirem manter alto nível de ventilação.

Conclusões: Nem todos os asmáticos desenvolveram BIE, podendo haver outras causas de sintomatologia no esforço como descondicionamento, alteração ventilatória e das trocas gasosas. A BIE pode surgir até 25 min após término do exercício, sendo importante garantir um protocolo adequado (tipo, intensidade e duração exercício) com controlo das condições ambientais (temperatura e humidade) de modo a evitar falsos positivos.

Palavras chave: Broncoconstrição. Exercício. Prova de broncoconstrição induzida pelo exercício.

P6. PROVA DE ESFORÇO CARDIOPULMONAR COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

P.U. Brito, I. Sanches, L. Fernandes, V. Martins, F. Soares, A. Arrobas, C. Rodrigues

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-HG.

Introdução: A Prova de Esforço Cardiopulmonar (PECP) proporciona uma avaliação de vários sistemas simultaneamente durante o esforço, que individualmente não é adequadamente observada. A sua realização deve ser considerada sempre que persistam dúvidas na investigação de um sintoma, especialmente sintomatologia multifactorial como a dispneia/cansaço.

Objectivos: Caracterização de doentes submetidos a PECP, realizada para esclarecimento de sintomatologia desproporcional ao quadro clínico.

Métodos: Estudo retrospectivo, com consulta de processos clínicos de doentes que realizaram PECP de 2011-2013. PECP realizada de acordo com as normas e protocolos em vigor no Laboratório de Fisiopatologia do CHUC - HG. Selecionados todos os doentes com suspeita ou diagnóstico confirmado de patologia respiratória, que realizaram PECP por apresentarem sintomas no esforço (cansaço/dispneia) desproporcionais à avaliação em repouso.

Resultados: Incluídos 84 doentes (das 339 PECP realizadas no período de estudo), maioritariamente do sexo feminino (60,7%) e com idade média de $50,3 \pm 14,0$ anos. Em 21,4% dos doentes não existia diagnóstico prévio tratando-se de dispneia para estudo; dos restantes predominaram os seguintes diagnósticos: Sarcoidose em 15,5%; Asma e Efeitos tardios de Tuberculose ambos em 7,1% e DPOC em 6,0%. O estudo funcional respiratório (EFR) apresentava-se alterado em 61,9% dos doentes sendo a diminuição da difusão a mais frequente (21,4%), seguida da alteração ventilatória obstructiva (20,2%) e obstrução isolada de pequenas vias aéreas (10,7%). Dos resultados da PECP salienta-se: Normal em 13,1%, descondicionamento em 27,4% e alterada em 56%. Verificaram-se 3 provas inconclusivas. Dentro das PECP alteradas encontraram-se: alterações cardiovasculares (25,5%), ventilatórias (38,3%), das trocas gasosas (14,9%) e alterações concomitantes em 21,3%. Cruzando os resultados do EFR e PECP verificou-se que nos doentes com EFR normal foram encontradas alterações na PECP em 31,3%. Nos casos com EFR alterado a PECP revelou alterações adicionais em 15,4%.

Conclusões: De referir o grande número de descondicionamentos encontrados como causa de sintomatologia e que poucas vezes é equacionado. Salientamos a utilidade da PECP nos casos em que houve discordância entre a sintomatologia e os achados em repouso. A PECP revelou-se um valioso instrumento na avaliação de sintomatologia até então não justificada.

Palavras chave: Prova de Esforço Cardiopulmonar. Dispneia. Cansaço.

P7. TUBERCULOSE CUTÂNEA: UM CASO CLÍNICO

C. Pacheco¹, E. Silva², J. Miranda³, A. Carvalho⁴, R. Duarte⁵

¹Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ²Serviço de Pneumologia, Hospital de Viseu. ³Serviço de Cirurgia Cardiorrespiratória, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. ⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia. ⁵Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Centro de Referência para a Tuberculose Multirresistente na Região Norte de Portugal, Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia, Instituto De Saúde Pública do Porto.

Introdução: A tuberculose com atingimento cutâneo ocorre raramente e o seu diagnóstico pode ser difícil uma vez que para além das manifestações clínicas serem inespecíficas, são também comuns a outras patologias mais frequentes.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de um doente de 68 anos de idade, ex-fumador, reformado, com antecedentes de tuberculose pulmonar na juventude (2 episódios distintos com 20 anos de intervalo), esquizofrenia, patologia osteoarticular e esofagite de refluxo. História de emagrecimento não quantificado e astenia desde Julho de 2013. Em Dezembro de 2013 com aparecimento de duas tumefacções cutâneas torácicas anteriores (22×60 cm e 80×30 cm), dolorosas à palpação e de consistência elástica. Sem febre ou queixas respiratórias. Recorreu ao Serviço de Urgência tendo realizado tomografia computadorizada de tórax que mostrou 2 colecções líquidas na região anterior do tórax à esquerda com aspecto distrófico e espessamento do arco costal e da articulação condrocostal adjacentes e parênquima pulmonar com enfisema e lesões de natureza fibrocicatrizial. A biópsia de uma das tumefacções mostrou tecido de granulação com linfócitos, plasmócitos e histiócitos, com áreas supuradas. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes foi negativa por exame directo mas o teste de amplificação de ácidos nucleicos foi positivo para *Micobacterium tuberculosis (Mt)*. Foi enviado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e após avaliação clínica, colheita de baciloscopia para exame directo e cultural e constatação de testes moleculares de resistências negativos para a isoniazida e rifampicina no material biopsado, iniciou tratamento com quatro antibióticos em dose ajustada para o peso (isoniazida 250 mg/dia, rifampicina 600 mg/dia, pirazinamida 1.500 mg/dia, etambutol 1.000 mg/dia). Aos 30 dias verificou-se crescimento de *Mt* em cultura, tendo o antibiograma mostrado susceptibilidade a todos os fármacos instituídos. Mantém-se em seguimento no CDP com melhoria das lesões ósseas e cutâneas. Aos dois meses de tratamento foi reduzida a terapêutica para dois fármacos (isoniazida 300 mg/dia e rifampicina 600 mg/dia).

Discussão: A tuberculose extra-pulmonar mimetiza muitas vezes outros diagnósticos mais frequentemente considerados. É importante manter um alto índice de suspeição, uma vez que nem sempre as manifestações mais frequentes são as apresentadas no dia-a-dia do clínico.

Palavras-chave: Tuberculose cutânea. Tuberculose extra-pulmonar.

P8. TUBERCULOSE GÉNITO-URINÁRIA - RELEMBRAR A IMPORTÂNCIA

E. Silva¹, C. Pacheco², A. Carvalho^{3,4}, M. Sousa⁴, R. Duarte^{3,5}

¹Serviço DE Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

²Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga. ³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

⁴Centro de Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia.

⁵Centro de Referência Regional para a Tuberculose Multirresistente da Região de Saúde do Norte. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: A tuberculose génito-urinária (TBGU) é uma das formas mais frequentes de tuberculose extra-pulmonar. O seu diagnóstico, porém, é muitas vezes tardio devido à apresentação não específica. A TBGU é considerada uma forma grave de tuberculose, podendo estar associada a significativa morbilidade.

CasoS clínicoS: Caso 1. Mulher de 70 anos, diabética, que se apresentou com queixas de dor abdominal, disúria, vômitos e confusão mental com cerca de 3 meses. Tinha história de exposição a doente bacilífero. O estudo complementar revelou lesões renais cicatriciais e ligeira dilatação calicial esquerda; a cultura de *Mycobacterium tuberculosis* (Mt) na urina foi positiva. Cumpriu tratamento, sem sequelas a registar. Caso 2. Mulher de 56 anos com queixas de disúria e hematuria com 2 anos de evolução, sem resposta a múltiplos cursos de antibioterapia. Após acidente de viação foram diagnosticadas hidronefrose e estenose ureterais esquerdas; o estudo subsequente identificou Mt na urina. Apesar da boa resposta ao tratamento, foi submetida a nefrectomia por rim não funcionante. Caso 3. Homem de 70 anos, com nefropatia diabética e bexiga neurogénica, admitido em internamento por infecção urinária e agudização de doença renal crónica; tinha história de internamento no mês anterior pela mesma causa. O estudo identificou Mt no exame cultural de urina. Iniciou tratamento dirigido, interrompido após 1 mês por óbito. Caso 4. Mulher de 54 anos com queixas de polaquiúria e imperiosidade miccional desde há 2 anos, diagnosticada com massa ureteral distal condicionando hidronefrose esquerda e sinais de pionesfrose. Realizou cistoscopia que não revelou sinais de malignidade; o exame directo de urina foi positivo para Mt. Cumpriu tratamento médico e foi posteriormente submetida a reimplantação ureteral.

Discussão: A TBGU pode estar associada a elevado grau de morbilidade pelo que a suspeita precoce é fundamental para um diagnóstico e tratamento atempados de modo a prevenir complicações.

Palavras chave: Tuberculose genito-urinária. Tuberculose extra-pulmonar.

P8. GENITOURINARY TUBERCULOSIS-REMEMBERING THE IMPORTANCE

E. Silva¹, C. Pacheco², A. Carvalho^{3,4}, M. Sousa⁴, R. Duarte^{3,5}

¹Pulmonology Department, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

²Pulmonology Department, Hospital de Braga. ³Pulmonology Department, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

⁴Vila Nova de Gaia Pulmonology Diagnostic Centre. ⁵Reference Centre for Multidrug-resistant tuberculosis in the North Region of Portugal. Institute of Public Health University of Porto. Department of Clinical Epidemiology, Predictive Medicine and Public Health of the University of Porto Medical School.

Introduction: Genitourinary tuberculosis (GUTB) is one of the most common forms of extrapulmonary TB. The diagnosis is frequently delayed due to its nonspecific presentation. GUTB is considered a severe form of tuberculosis and can be associated with significant morbidity.

Case reports: Case 1. A 70 year-old woman, diabetic, presented at the hospital complaining of abdominal pain, dysuria, vomits and mental confusion for 3 months. She had history of exposure to tuberculosis. The workup revealed cicatricial kidney lesions and slight left calicial prominence; urine culture was positive for *Mycobacterium tuberculosis* (Mt). Treatment was completed with no sequelae registered. Case 2. A 56 year-old woman with complaints of dysuria and hematuria for 2 years, unresponsive to multiple antibiotics, was diagnosed with left hidronefrosis and ureteral stenosis after a car accident. The subsequent study identified Mt. Despite good response to treatment she had left nefrectomy performed for non-functioning kidney. Case 3. A 70 year-old man, diabetic, with diabetic nephropathy and neurogenic bladder was admitted for urinary tract infection and exacerbation of chronic renal disease. A month earlier he had been admitted for the same reason. Diagnostic workup identified Mt in urine culture. Treatment was started but the patient died a month later. Case 4. A 54 year-old woman complaining of dysuria, polachyuria and mictional imperiosity for 2 years was diagnosed with a left distal ureteral mass conditioning hidronefrosis and signs of pionesfrosis. Cystoscopy showed no signs of cancer and urine smear was positive for Mt. Medical treatment and posterior ureteral reimplantation were needed.

Discussion: High suspicion for GUTB is fundamental for the timely diagnosis and treatment and the prevention of complications.

Key words: Genitourinary tuberculosis. Extrapulmonary tuberculosis.

P9. TOSSE CRÓNICA - UM DESAFIO ETIOLÓGICO

C. Guerreiro, I. Ruivo, U. Brito

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

Introdução: A tuberculose endobrônquica está presente em cerca de 10-40% dos doentes com tuberculose pulmonar e leva a algum grau de estenose brônquica em mais de 90% dos casos. A sua apresentação clínica é inespecífica e a lesão pode não ser visível na radiografia de tórax constituindo assim um desafio diagnóstico sendo necessário um elevado índice de suspeição.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente de 30 anos de idade, caucasiano e jardineiro de profissão. História pessoal de sífilis, tendo feito tratamento dirigido e mantendo seguimento em consulta de Infecçologia. Negava hábitos tabágicos, alcoólicos e toxicómanos. Negava outras patologias prévias bem como medicação habitual. Encaminhado para a consulta de Pneumologia por quadro com 4 meses de evolução de tosse produtiva com secreções mucosas, sensação febril, cansaço fácil, anorexia e perda ponderal de 2 Kg. Ao exame objetivo não havia alterações a salientar. Para esclarecimento deste quadro o doente realizou telerradiografia do tórax que não apresentava qualquer alteração bem como tomografia computadorizada do tórax. Esta última revelava a presença de infiltrado micronodular perihilar a nível do LSE. Do restante estudo efetuado em ambulatório salienta-se serologia para o VIH1 positiva e baciloscopias em curso (no momento de referência à consulta). Neste contexto o doente foi submetido a videobroncoscopia flexível onde se visualizaram placas esbranquiçadas sugestivas de caseum no terço distal e face antero-lateral esquerda da traqueia que se estendiam distalmente para a árvore brônquica esquerda bem como placas esbranquiçadas com edema exuberante da mucosa no BPE, esporão de divisão e BLSE. O exame directo das secreções brônquicas foi positivo para BAAR (4+) e o doente iniciou terapêutica com os 4 antibacilares de 1ª linha (HRZE). As biópsias brônquicas efectuadas no BLSE e no esporão de divisão revelaram granulomas necrotizantes e posteriormente foi isolado

Mycobacterium tuberculosis complex no exame cultural das secreções brônquicas. O tratamento decorreu sem complicações, tendo sido retirado o etambutol do esquema inicial de acordo com o TSA. No final do tratamento foi feito controlo endoscópico que revelou estenose do segmento apico-posterior do BLSE.

Discussão: O diagnóstico precoce bem como o tratamento atempado podem reduzir as complicações.

Palavras chave: Tuberculose endobrônquica. Infecção VIH.

P9. CHRONIC COUGH - AN ETIOLOGIC CHALLENGE

C. Guerreiro, I. Ruivo, U. Brito

Pulmonology Department, Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro.

Introduction: Endobronchial tuberculosis is present in about 10-40% of patients with pulmonary tuberculosis and leads to some degree of bronchial stenosis in more than 90% of cases. Its clinical presentation is nonspecific and the lesion may not be visible on chest x-ray thus leading to a diagnostic challenge where a high index of suspicion is necessary.

Case report: The authors present a case of a 30 years old Caucasian male that works as a professional gardener. The patient has a personal history of syphilis with proper treatment in the past and keeps follow-up at the infectious disease department. He denied smoking, alcoholics and drug habits. He was referred to us complaining of productive cough with mucous secretions, feverishness, tiredness, anorexia and weight loss of 2 Kg in a 4 months period. On examination there were no changes noted. To clarify this situation the patient had chest x-ray and computed tomography of the chest. The latter revealed the presence of micronodular infiltrate at the left upper lobe. During the study was detected positive HIV serology. In this context, the patient underwent flexible bronchoscopy where were observed whitish plaques suggestive of caseum in the left anterolateral trachea extending distally to the left bronchial tree as well as whitish plaques with lush mucosal edema in the distal portion of the left main bronchus. The bronchial secretions' direct examination was positive for AFB (4+) and the patient began therapy with first line antituberculosis drugs (HRZE). Bronchial biopsies performed at the left upper lobe bronchus revealed necrotizing granulomas. Subsequently, *Mycobacterium tuberculosis complex* was isolated from bronchial secretions culture. Treatment held with no complications. At the end of treatment, endoscopic re-evaluation revealed stenosis of the posterior segment of the left upper lobe bronchus.

Discussion: Early diagnosis and timely treatment can reduce complications.

Key words: Endobronchial tuberculosis. HIV infection.

P10. TUBERCULOSE PULMONAR E DPOC DIAGNÓSTICOS A NÃO ESQUECER

C. Costa, J. Carvalho, J. Mata

Unidade de Internamento Geral, Serviço de Pneumologia, Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte (Directora de Serviço: Prof. Doutora Cristina Bárbara).

Introdução: A tuberculose pulmonar é uma das principais causas infecciosas de morte a nível mundial, sobretudo nos países emergentes. Quanto à sintomatologia, a maioria dos doentes refere sintomas do foro pneumológico, podendo no entanto afectar qualquer órgão dependendo da disseminação bacilífera. A radiografia torácica tem um papel central na suspeição do

diagnóstico, podendo apresentar-se de diversas formas, sendo a hipotransparência fibro-nodular, de um ou ambos os ápex, o aspecto mais frequente.

Caso clínico: Homem, caucasiano, 54 anos, desempregado (calceteiro) ex-toxicodependente de drogas injectáveis, fumador activo com carga tabágica de 60 UMA, com quadro agudo de febre, tosse com expectoração purulenta, pieira e dispneia, com 3 dias de evolução e emagrecimento de 2 kg no último mês. Negava contacto com conviventes doentes ou outra sintomatologia focalizadora. Antecedentes de Hepatite C Crónica e Asma Brônquica diagnosticada na infância com seguimento irregular em Consulta de Pneumologia. Do exame objectivo, a realçar sibilos dispersos na auscultação pulmonar. Analiticamente, PCR aumentada, sem leucocitose ou neutrofilia, HIV negativo e restante estudo analítico sem alterações de relevo. Radiografia torácica com hipotransparência heterogénea no andar superior do campo pulmonar direito e ingurgitamento hilar direito já visível em radiografia do ano anterior. Ficou internado com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e iniciou terapêutica com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Durante o internamento, verificou-se melhoria clínica progressiva e redução progressiva da PCR. Efectou TC torácica - lesão cavitada de parede espessada no segmento apical do lobo superior direito (LSD); consolidação na vertente anterior do LSD; Pequenas formações ganglionares no hilo direito; Broncofibroscopia - mucosa hiperemiada e friável na árvore brônquica direita com secreções mucopurulentas; Exame directo da expectoração: Raros bacilos ácido-álcool resistentes; Lavado bronco-alveolar exame directo e cultural positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*; biópsias brônquicas inconclusivas.

Discussão: Apesar do quadro agudo infeccioso e do contexto epidemiológico sugerirem pneumonia (provavelmente obstrutiva), e mesmo perante melhoria clínico-laboratorial, devemos complementar o estudo para excluir eventuais doenças associadas ou sintóricas como é o caso da tuberculose pulmonar em doente com provável imunodepressão. No caso presente, acabou por confirmar-se o diagnóstico de tuberculose pulmonar e a revisão do processo clínico confirmou o diagnóstico prévio de DPOC que o doente desvalorizava.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Pneumonia. Diagnóstico diferencial.

P11. COEXISTÊNCIA DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS E *ASPERGILLUS* NA DOENÇA PULMONAR - ANÁLISE RETROSPECTIVA

H. Dabó¹, V. Santos¹, A. Amorim³, A. Ramos², M. Ribeiro², T. Carvalho², A. Marinho¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Patologia; ³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Introdução: As micobactérias não tuberculosas (MNT) e *Aspergillus* são ubíquas na natureza. A doença pulmonar associada à coexistência de ambas tem sido cada vez mais relatada na literatura.

Objectivos: Caracterizar a incidência de doença pulmonar por *Aspergillus* em doentes (dts) com isolamento de MNT em amostras respiratórias.

Métodos: Análise retrospectiva dos dts seguidos em consulta de Pneumologia (jan/08 a dez/12) com o isolamento de MNT em pelo menos uma amostra respiratória, e avaliação do seu perfil microbiológico e serológico para *Aspergillus*.

Resultados: 202 dts tiveram isolamento de MNT em amostras respiratórias e 18% foram tratados (89% cumpriam critérios da ATS/IDSA). Comorbilidades pulmonares: DPOC em 36% dts, bronquiectasias em 31% e sequelas de tuberculose em 20%. *Aspergillus* foi isolado em 12% (25) dts (54 isolamentos): 39 A.

fumigatus (AF), 11 *A. niger*, 3 *A. Flavus* e 1 *A. terreus*. Imunologia AF (disponível em cerca de 1/3 dts): média de IgG 26,10 (2,06-200,0), IgE positiva em 6% (13) dts (0,14-10,70), precipitinas positivas em 5% (10) dts e IgE total mediano 42.0 (< 0,10-3342). ABPA foi diagnosticada em 2% (4) dts e aspergilose necrotizante crônica em mais 2% (4) dts, e todos receberam tratamento (exceto um). Metades dos dts tratados não tiveram isolamento de *Aspergillus* em amostras respiratórias. Apenas 1% (2) dos dts receberam tratamento (sequencial) para MNT e *Aspergillus*.

Conclusões: Houve isolamento significativo de *Aspergillus*, particularmente AF, mas a doença pulmonar por este foi rara. A coexistência de doença pulmonar por *Aspergillus* e NTM pode ocorrer, pelo que os clínicos devem estar sensibilizados para essa situação.

Palavras-chave: *Aspergillus*. micobactérias não tuberculosas e doença pulmonar.

P12. PULMÃO DE QUEIJO SUÍÇO: A PROPÓSITO DE UMA IMAGEM

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: O diagnóstico diferencial de doenças cavitadas pulmonares é abrangente. Fatores relacionados com o hospedeiro, tal como a imunossupressão, influenciam também a presença de cavitação pulmonar. A tuberculose pulmonar é um diagnóstico importante a despistar neste contexto.

Caso clínico: Senhor de 46 anos, polícia, recorreu à urgência por febre, dispneia e toracalgia pleurítica esquerda com uma semana de evolução, com anorexia e fadiga associadas. Como antecedentes patológicos, hábitos tabágicos e alcoólicos, cardiopatia isquémica e leucemia linfocítica crónica diagnosticada 4 anos antes, submetido a quimioterapia, e desde há 1 ano sem evidência de doença oncológica. Ao exame físico, febril, hipotenso, taquicárdico e confuso. À auscultação pulmonar, evidente diminuição do murmúrio vesicular à esquerda, com crepitações dispersas. Restante exame físico sem alterações. Analiticamente, hipoxemia com alcalemia respiratória, hiponatremia, citólise hepática (TGO > 3 LSN), anemia, hipoproteïnemia, prolongamento do tempo de tromboplastina e elevação da proteína C reativa, com serologia VIH negativa. Na radiografia torácica, visíveis infiltrados heterogêneos difusos nos 2 terços superiores do hemitórax esquerdo. A tomografia torácica revelou extensa consolidação parenquimatosa e múltiplas cavitações confluentes no lobo superior e língula, conferindo ao pulmão esquerdo um aspeto de “queijo suíço”. Rastreo séptico inicial com positividade na baciloscopia direta. Efetuou-se o diagnóstico de sépsis grave por tuberculose pulmonar cavitada em senhor imunodeprimido e iniciou-se tratamento com rifampicina, etambutol, levofloxacina e amicacina. Durante o internamento, melhoria clínica e analítica progressivas. Após normalização da função hepática, o esquema tuberculostático foi alterado para o regime convencional de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, sem efeitos laterais relevantes.

Após estabilização clínica, o senhor teve alta e manteve tratamento e seguimento, com boa evolução até à data.

Discussão: Em doentes imunodeprimidos, incluem-se diversas etiologias para doença pulmonar cavitada, incluindo a tuberculose, que permanece um enorme desafio diagnóstico e terapêutico. A presença de cavitações pulmonares associa-se a maior infecciosidade e demora no tempo de negatificação micobacteriológica e aumento de risco de recidiva após tratamento inicial e de desenvolvimento de resistências. Assim, é essencial um elevado índice de suspeição para um diagnóstico e tratamento adequados.

Palavras chave: Tuberculose. Imunossupressão. Pulmão. Cavitação.

P12. SWISS CHEESE LUNG: IN RESPECT TO AN IMAGE

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introduction: The differential diagnosis of pulmonary cavitory diseases is diverse. Factors related with the host, such as immunosuppression, also influence the presence of lung cavitation. Pulmonary tuberculosis is an important diagnosis to exclude in this context.

Case report: Man with 46 years-old, policeman, admitted to the emergency department with fever, dyspnea and left pleuritic thoracalgia for a week, with concomitant anorexia and weakness. He had alcohol and smoking habits, isquemic cardiac disease and chronic lymphocytic leucemia diagnosed 4 years before, chemotherapy-treated, since 1 year without evidence of neoplastic disease. On physical examination, he was febrile, hypotensive, tachycardic and confused. On pulmonary auscultation, there was an evident reduction in left lung sounds, with disperse crackles. Remaining physical examination unremarkable. On laboratory results, hypoxemia with respiratory alkalosis, hyponatremia, hepatic cytolysis (AST > 3 LLN), anemia, hypoproteinemia, prolonged activated thromboplastin time and elevated C-reactive protein, with HIV-negative serology. On chest x-ray, visible diffuse heterogeneous infiltrates on the upper left hemithorax. Thorax computed tomography revealed extense parenchymal consolidation and multiple confluent cavitations in the upper lobe and lingula, conferring the left lung an image of “swiss cheese”. Initial septic screening with positive direct baciloscopia. Severe sepsis because of pulmonary cavitory tuberculosis in an immunosuppressed patient was diagnosed and treatment was initiated with rifampicin, ethambutol, levofloxacin and amikacin. Durante hospitalization, progressive clinical and analytic improvement. After normalization of hepatic function, the initial treatment was changed for the conventional one, with isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol, with no relevant adverse effects. After clinical stabilization, the patient was discharged, with follow-up and treatment provided, with good evolution.

Discussion: In immunosuppressed patients, several etiologies for pulmonary cavitory disease are included, including tuberculosis, which remains an enormous diagnostic and therapeutic challenge. The presence of lung cavitations is associated with greater infectiousness, prolonged mycobacterial negativation time and elevated risk of relapse after initial treatment, with the development of resistances. This way, an elevated suspicion index is essential for an adequate diagnosis and treatment.

Key words: Tuberculosis. Imunossupression. Lung. Cavitation.

P13. INCIDÊNCIA DA TOXICIDADE GRAVE ASSOCIADA AO TRATAMENTO DE PRIMEIRA LINHA DA TUBERCULOSE ATIVA E LATENTE EM REGIME DE AMBULATÓRIO

A.T. Castro¹, M. Mendes², S. Freitas¹, P. Cravo Roxo³

¹*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.* ²*Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar da Cova da Beira.* ³*Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.*

Introdução: As reações adversas (RA) aos antibacilares de primeira linha são frequentes e podem afectar a eficácia do tratamento e o curso da tuberculose (TB).

Objectivos: Identificar RA graves aos antibacilares em doentes com TB sob tratamento ambulatorial e definir os factores correlacionados.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com RA graves aos antibacilares de primeira linha que ocorreram entre 2004 e 2013 num Centro de Diagnóstico Pneumológico, e de uma população de controlo emparelhada por sexo, idade e ano de início de tratamento, através da consulta dos registos clínicos e formulários de registo nacional. Foram definidas como graves todas as RA que levaram à interrupção, suspensão ou modificação do tratamento. A análise dos dados foi executada por SPSS.

Resultados: Dos 764 doentes tratados com antibacilares, 55 tiveram pelo menos uma RA grave (7,2%). Nove tiveram uma segunda RA, contabilizando um total de 61 advenços. Esta população era maioritariamente masculina (53%), de origem europeia (93%) e com idade média de 50,8 ± 19,5 anos. A TB pulmonar foi a manifestação mais frequente da doença (55%) seguida de infecção latente (37%) e doença extrapulmonar (18%). A RA mais frequente foi hepatite tóxica (87%), seguida de erupção cutânea (8%) e de outras RA como toxicidade ocular, intolerância gastrointestinal e angioedema (6%). Em 78% dos eventos o tratamento foi suspenso ou interrompido, alterando o tempo de tratamento uma média de 1,0 ± 2,6 meses. A combinação de isoniazida e rifampicina foi responsável por 72% das RA, 57% destas por hepatite. Não houve correlação entre a idade ou género e a incidência global de RA embora se tenha encontrado uma associação relevante entre idades inferiores e um aumento do risco de hepatotoxicidade ($p = 0,035$). Constatou-se ainda uma relação estatisticamente significativa entre RA e diabetes *mellitus* ($p = 0,042$) mas não para outras comorbilidades ou factores de risco para TB multirresistente.

Conclusões: As RA graves aos antibacilares podem interferir significativamente com o regime terapêutico, em particular com a sua duração, e eventualmente comprometer a sua eficácia, sobretudo nos doentes diabéticos e nos mais jovens.

Palavras chave: Tuberculose. Tratamento. Reações adversas.

P13. INCIDENCE OF SEVERE TOXICITY ASSOCIATED WITH FIRST-LINE OUTPATIENT TREATMENT OF ACTIVE AND LATENT TUBERCULOSIS

A.T. Castro¹, M. Mendes², S. Freitas¹, P. Cravo Roxo³

¹Pulmonology Department, Hospitais da Universidade de Coimbra-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

²Pulmonology Department, Centro Hospitalar da Cova da Beira.

³Centro de Diagnóstico Pneumológico de Coimbra.

Introduction: Adverse drug reactions (ADR) to first line antituberculosis drugs are frequent and have important implications that may affect the effectiveness of treatment and course of tuberculosis (TB).

Methods: Retrospective data analysis of clinical records and national registration forms from patients with severe ADR to first line antituberculosis that occurred between 2004 and 2013 at the Diagnostic Pulmonology Center of Coimbra, and from a case-control population matched by sex, age and year of initiation of treatment. ADR leading to discontinuation, suspension or modification of treatment were defined as major side effects. Data analysis was executed by SPSS.

Results: Of the 764 patients treated with antituberculosis drugs, 55 had at least one severe ADR (7.2%) and six had a second ADR, for a total of 61 events. The patients with ADR were mostly male (53%) of European origin (93%) with a mean age of 50.8 ± 19.5 years. Pulmonary TB was the most common disease manifestation (55%) followed by latent TB infection (LTBI) (37%) and extrapulmonary TB (18%). Hepatotoxicity was the most frequent ADR (87%), followed by rash (8%) and other ADR such as ocular toxicity, gastrointestinal intolerance and angioedema (6%). Treatment had to be suspended

or interrupted in 78% of the ADR, which implied a deviation from the overall time of treatment for an average of 1.0 ± 2.6 months (range, -3.4; 10.6). The combination of isoniazid and rifampicin was responsible for 72% of ADR, 57% of which were hepatotoxicity. There was no correlation between age or gender and the overall incidence of ADR although we found a significant association between younger age and an increased risk of hepatotoxicity ($P = 0,035$). We also found a statistically significant relationship between ADR and diabetes mellitus ($P = 0,042$) but not for other comorbidities or multiresistant TB risk factors.

Conclusions: This study found a high frequency of ADR with strong impact on subsequent therapeutic orientation. Seems to be of particular interest the relationship between ADR and diabetes *mellitus* and the increased frequency of hepatotoxicity in younger patients.

Key words: Tuberculosis. Adverse reaction. Antituberculosis. Treatment.

P14. EMBOLIA GASOSA APÓS HEMOPTISE POR TUBERCULOSE PULMONAR: CASO CLÍNICO

P. Matos¹, L. Isidoro², P.G. Ferreira¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-HUC.

Introdução: A Tuberculose e o seu tratamento têm várias complicações, frequentes e bem documentadas. A embolia gasosa cerebral de causa respiratória relaciona-se habitualmente com traumatismo ou cirurgia torácica, ventilação mecânica, pneumotórax ou procedimentos invasivos. É uma situação rara na sequência de processos infecciosos pulmonares, mas a ter em mente se episódios agudos de hiperpressão intratorácica como um acesso de tosse com hemoptise.

Caso clínico: Homem de 57 anos, com HTA como único antecedente patológico conhecido. Internado no Serviço de Neurologia por sintomas sensitivo-motores focais no hemisfério direito interpretados como AITs em território carotídeo esquerdo. O Eco-doppler carotídeo e vertebral mostrou patologia aterosclerótica estável e sinais microembólicos em artérias intracranianas a esclarecer. Em D11 de internamento foi observado episódio de hemoptise grave, aparente aspiração de vómito e posterior deterioração do estado geral e neurológico, em score de Glasgow de 4, necessitando de suporte ventilatório invasivo. A TC-CE foi sugestiva de embolização gasosa arterial com pneumocéfalo, que condicionou encefalopatia isquémica com tetraplegia. Foi realizada Angio-TC torácica que permitiu visualizar caverna no LSD de grandes dimensões e várias áreas nodulares e cavidades dispersas por ambos os lobos superiores, sugestivos de TP ativa, confirmada por exame direto de aspirado brônquico. Não foi possível a realização de terapia hiperbárica pela instabilidade inicial do doente para o transporte. Transferido para o Serviço de Pneumologia para isolamento respiratório e início de terapêutica antibacilar, condicionada por disfunção hepática e renal posterior. Realizado ecocardiograma que demonstrou forâmen oval persistente com pequeno shunt. Houve melhoria inicial da encefalopatia com hemiplegia direita e paraplegia do membro superior esquerdo sequelares, mas má evolução clínica posterior dado a insuficiência multiorgânica evidenciada, vindo a falecer por hemorragia digestiva alta.

Discussão: A hipótese da fonte da embolia gasosa ser pulmonar é a mais provável, tendo em conta o episódio agudo de hemoptise com aumento transitório da pressão intratorácica pelo esforço da tosse. Não poderá ser, no entanto, excluída com toda a certeza a fonte iatrogénica por punções venosas dado o forâmen oval persistente. Este caso apresentou dificuldade acrescida no tratamento devido às disfunções hepática e renal, com desfecho desfavorável.

Palavras-chave: Tuberculose. Embolia gasosa.

P15. RASTREIO DE TUBERCULOSE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE COIMBRA

P. Matos¹, D. Madama¹, P.C. Roxo²

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-HUC. ²Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Coimbra.

Introdução: É conhecido o risco aumentado de tuberculose (TB) nos profissionais de saúde em relação ao da população em geral, fator que se torna mais importante num país de incidência intermédia como Portugal. O rastreio nos profissionais de saúde é essencial para o controlo da infeção.

Objectivos: Analisar o rastreio efetuado a profissionais de saúde da área de Coimbra.

Métodos: Consulta retrospectiva dos processos clínicos de profissionais de saúde no CDP de Coimbra nos últimos 4 anos. Análise de dados epidemiológicos e clínicos, incluindo prova tuberculínica (TST) e teste de interferon- γ release assay (IGRA).

Resultados: Os resultados obtidos foram exclusivamente de rastreio de contactos. Obtivemos 236 profissionais de 3 instituições diferentes (HUC, CHC e IPO). Houve grande predomínio do sexo feminino (n = 196; 82%) sendo a média de idades baixa (36,8 \pm 9,4) sem diferença significativa entre os sexos. Na sua maioria eram enfermeiros (n = 135; 57%), com apenas 8 médicos (3%). Um já tinha feito tratamento de TB latente. Não havia imunocomprometidos ou em tratamento com terapêutica biológica. Todos eram assintomáticos e com radiografia torácica sem alterações sugestivas. Dos 88 que obtiveram um TST inicial negativo (\leq 10 mm), apenas 41 o repetiram passado 6 semanas, sendo que em 27 se observou positividade (TST \geq 10 mm), tendo efetuado o teste IGRA 18 destes (2 Positivos, TST 14 mm \pm 1,4; 16 negativos TST 12,7 mm \pm 2,2). Dos 143 que obtiveram um TST inicial positivo (\geq 10 mm), efetuaram o teste IGRA 135, sendo positivo em 32 casos (TST 17,4 mm \pm 1,9) e negativo em 103 (TST 12,6 mm \pm 1,9). Destes 103 o IGRA foi repetido passado 6 semanas em 49, com apenas 1 positivo (TST 15 mm). Obteve-se o diagnóstico de TB latente em 35 (14,8%) dos que completaram o rastreio, efetuando tratamento 29. Nenhuma TB ativa foi observada.

Conclusões: A maioria dos rastreados eram jovens enfermeiras, com muito poucos médicos. Observou-se uma alta frequência de abandono do processo de rastreio. Em países de incidência intermédia e com virtualmente toda a população vacinada com BCG, é essencial a análise combinada dos vários métodos de rastreio e dos fatores de risco para selecionar os profissionais de saúde que beneficiam do tratamento de TB latente.

Palavras-chave: Tuberculose. Rastreio. Profissionais de Saúde.

P16. SERÁ PNEUMONIA?

J. Carvalho, C. Costa, A. Feliciano, J. Mata, C. Bárbara

Serviço de Pneumologia Geral, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Pulido Valente.

Introdução: Um abscesso pulmonar é uma cavidade cheia de pus no pulmão, rodeada de tecido inflamado e provocada por uma infeção. A causa habitual de um abscesso pulmonar é a aspiração de bactérias provenientes das vias aéreas superiores, provocando uma infeção, principalmente nos indivíduos imunodeprimidos, como os alcoólicos ou toxicod dependentes. Os sintomas assemelham-se aos da pneumonia (astenia, sudação, febre e tosse com expectoração mucopurulenta). O seu tratamento bem sucedido requer a administração de antibióticos por via endovenosa ou oral. O índice de mortalidade nestes doentes ronda os 5%.

Caso clínico: Indivíduo do sexo masculino, 57 anos, leucodérmico, ex-auxiliar de parque de campismo, fumador activo (80 UMA), hábitos etanólicos até há 3 anos, com quadro de mal-estar inespecífico,

náuseas, vômitos, diarreia, anorexia, astenia, agravamento de dispneia de esforço e tosse produtiva mucopurulenta. Referia igualmente omalgia à esquerda e cervicalgia. Tinha diagnóstico prévio de enfisema, diabetes mellitus tipo II e status pós neoplasia do recto, submetido a ressecção cirúrgica. Do exame objectivo, a realçar ferveores subcrepitantes no hemitórax esquerdo. Analiticamente apresentava leucocitose e neutrofilia, com PCR ligeiramente aumentada (6,1 mg/dL). Telerradiografia torácica com imagem hipotransparente heterogénea com perda de substância no terço superior do campo pulmonar esquerdo. Foi internado no Serviço de Pneumologia Geral do Hospital Pulido Valente com a hipótese diagnóstica de pneumonia adquirida na comunidade, tendo sido medicado com amoxicilina/ácido clavulânico e azitromicina. Efetuou exame cultural de expectoração, com exame directo de BK e pesquisa de micobactérias com resultado negativo. Apresentava marcadores tumorais NSE e CYPHRA 21 no “limite superior do normal”. Realizou TC torácica: “Cavidade pulmonar infectada com componente misto hídrico e aéreo no ápex do pulmão esquerdo medindo 50 \times 40 mm axiais por 40 mm crânio-caudais. É limitada por parede uniforme e espessa com algumas calcificações grosseiras já observadas no estudo prévio. Constitui infeção de cavidade pulmonar com formação de abscesso. Enfisema pulmonar muito grave nos lobos pulmonares arejados.”

Discussão: Indivíduos fumadores e com hábitos etanólicos marcados têm maior predisposição não só para pneumonias mas também para a formação de abscessos pulmonares. Nem todas as hipotransparências nas telerradiografias de tórax são pneumonias, pelo que deve sempre ser efectuado o diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: Pneumonia. Abscesso pulmonar. Diagnóstico diferencial.

P17. PNEUMONIA NECROTIZANTE: UMA COMPLICAÇÃO RARA POR UM AGENTE RARO

I. Burmester, J. Ramalho, M. Almeida, M.J. Regadas, L. Ferreira, A. Oliveira e Silva

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga.

Introdução: A pneumonia necrotizante é uma complicação rara da pneumonia adquirida na comunidade bacteriana caracterizada pelo aparecimento de focos de necrose em áreas de consolidação. Entre os principais agentes causais destacam-se *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Nocardia*, *Klebsiella pneumoniae* e mais raramente o *Streptococcus pneumoniae*. O seu desenvolvimento associa-se a defeitos dos mecanismos de defesa pulmonar durante a infeção e depende dos fatores de virulência do agente que resultam na falência da eliminação dos microorganismos. A pneumonia necrotizante, a gangrena pulmonar e o abscesso pulmonar representam a progressão das infeções supurativas e são manifestações do mesmo processo. A abordagem terapêutica assenta no uso de antibioterapia de largo espectro e monitorização cuidadosa dado o risco de progressão para sépsis e falência respiratória.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um doente de sexo masculino, 57 anos de idade, com antecedentes de tabagismo e alcoolismo crónico importante, admitido no Serviço de Urgência por dispneia, tosse não produtiva, mialgias generalizadas e febre (> 38 °C). Foi feito o diagnóstico de extensa pneumonia bilateral com insuficiência respiratória hipoxémica grave (rácio PaO₂/FiO₂ 167,5), leucopenia e insuficiência renal aguda, e iniciou tratamento com ceftriaxone e claritromicina. No segundo dia de internamento o doente apresentou agravamento do quadro de falência respiratória com paragem cardiorrespiratória associada a pneumotórax hipertensivo. Deu entrada nos cuidados intensivos onde se procedeu à drenagem do pneumotórax e a ventilação mecânica invasiva com melhoria clínica progressiva. Os exames culturais realizados revelaram *S. pneumoniae* sensível à terapêutica

instituída. Posteriormente, apesar da evolução clínica favorável apresentou novo agravamento radiológico e analítico pelo que realizou TC torácica que revelou: em áreas prévias de consolidação associadas a bolhas de ar subpulmonares, uma “volumosa bolha na base do pulmão direito com cerca de 15 cm de diâmetro, com nível hidroaéreo”. Cumpriu 14 dias de antibioterapia com piperacilina/tazobactam e clindamicina com regressão franca dos parâmetros inflamatórios e melhoria da lesão. Teve alta com clindamicina com resolução total do abcesso em 9 meses.

Discussão: A pneumonia necrotizante deve ser considerada nos casos de pneumonia da comunidade com evolução menos favorável uma vez que o reconhecimento precoce e a otimização terapêutica se associam a melhor prognóstico e menor morbimortalidade.

Palavras chave: *Pneumonia. Pneumonia necrotizante. Streptococcus pneumoniae.*

P18. INFEÇÕES FÚNGICAS: UM DESAFIO ATUAL

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

*Serviço de Pneumologia dos CHUC /HUC
(Diretor: Dr. Mário Loureiro).*

Introdução: A mucormicose é uma infeção oportunista, cuja incidência aparentemente tem aumentado nos últimos anos. Salienta-se o número crescente e emergente de casos, em doentes com doenças linfoproliferativas e pós-transplante. Não se podendo excluir, o seu aparecimento em doentes com diabetes mellitus mal controlados e em terapêutica imunossupressora. Nestes casos, o prognóstico é reservado e a mortalidade elevada. O autor apresenta um caso clínico de mucormicose pulmonar em doente diabético, sob corticoterapia prolongada.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 73 anos de idade, diabético insulino-tratado, ex-fumador (CT 22UMA), com internamento recente no serviço de Nefrologia por nefrite intersticial crónica e necrose tubular aguda, com necessidade de doses elevadas de corticoterapia, recorreu ao serviço de urgência por dispneia e dor pleurítica direita, tendo sido internado com os diagnósticos de pneumonia do lobo inferior direito, derrame pleural paraneumónico direito e insuficiência respiratória parcial grave, iniciando antibioterapia endovenosa empírica. Por agravamento clínico, realizou broncofibroscopia que revelou secreções mucosas com isolamento microbiológico no aspirado brônquico e na cultura de expectoração de *Rhizopus* spp e cuja TC torácica evidenciou moderado derrame pleural e áreas de densificação parenquimatosa bilaterais, com pequena lesão cavitada na base pulmonar direita. O isolamento de fungos foi interpretado nesta fase, como provável contaminação pelo que não foi iniciado tratamento dirigido. Após cumprir 17 dias de piperacilina + tazobactam, apresentou agravamento radiológico, visualizando-se duas opacidades extensas, que se apresentavam parcialmente cavitadas no lobo médio e inferior direito. Neste contexto, foi valorizado a identificação de *Rhizopus* spp e iniciada anfotericina B lipossómica, que cumpriu durante 35 dias, com melhoria clínica e imagiológica.

Discussão: A pneumonia resistente à antibioterapia é um problema relativamente comum, que impõe a necessidade de diagnósticos alternativos, como infeções fúngicas. No caso apresentado, é descrito um doente diabético insulino-tratado, sob doses elevadas de corticoterapia e com internamento hospitalar recente, factos que somados elevam o risco de infeção fúngica. Está preconizado, o início precoce de terapêutica anti-fúngica com anfotericina B lipossómica, o controlo das comorbilidades e nalguns casos, intervenção cirúrgica, para aumentar a taxa de sobrevivência destes doentes. Neste caso, apesar do início tardio da terapêutica anti-fúngica, a evolução foi favorável.

Palavras-chave: *Mucormicose pulmonar. Diabetes mellitus. Corticoterapia.*

P19. CASO CLÍNICO DE ASPERGILOSE CRÓNICA NECROTIZANTE

D. Araújo, M.A. Amorim

Centro Hospitalar São João, Serviço de Pneumologia.

Introdução: A aspergilose crónica necrotizante (CNA) é uma síndrome rara, caracterizada por um processo infeccioso com cavitação pulmonar por uma invasão local de *Aspergillus*. A clínica instala-se ao longo de várias semanas a meses de forma mais indolente e localizada que a aspergilose invasiva. Apesar da histopatologia ser o meio mais fiável na confirmação do diagnóstico, este pode ser baseado em critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais.

Caso clínico: Os autores expõem o caso de um doente do sexo masculino, 36 anos, com antecedentes de pneumonia grave aos 3 anos, infeções respiratórias recorrentes posteriormente e pneumonia com empiema à direita aos 10 anos. Apresenta bronquiectasias císticas e cilíndricas difusas em ambos os campos pulmonares que, tendo sido excluídas outras entidades etiológicas, se assumem em contexto sequelar. Até 2009, registo de várias exacerbações infecciosas com necessidade de internamento hospitalar, tendo iniciado nesta altura programa de reabilitação respiratória com melhoria clínica e redução das exacerbações. Em Agosto de 2012 inicia perda ponderal, hemoptises ocasionais, infeções respiratórias mais frequentes, com agravamento funcional respiratório. Dois meses depois, isolado em micológicos de expectoração (duas amostras) *Aspergillus fumigatus*, detectadas precipitinas positivas para *Aspergillus*, bem como IgG específica elevada (197 mg/L). Tomografia computadorizada do tórax com evidência de cavitação de novo na região apical do lobo superior direito, com infiltrados peri-cavitários e múltiplas imagens nodulares no interior compatíveis com micetomas. Reunidos critérios clínicos, analíticos e imagiológicos para diagnóstico de CNA. De salientar que no início do mesmo ano o doente apresentava estabilidade clínica, imagiológica e precipitinas negativas para *Aspergillus fumigatus* e IgG específica de 7,7 mg/L. Com terapêutica com itraconazol desde Dezembro do mesmo ano, com boa resposta clínica - ganho ponderal, redução dos episódios de hemoptise, diminuição do número e gravidade de exacerbações infecciosas e melhoria funcional, analítica e imagiológica.

Discussão: Este caso demonstra a importância de considerar a aspergilose crónica necrotizante um diagnóstico diferencial em doentes com bronquiectasias que apresentem deterioração clínica relativamente rápida e ausência de resposta à antibioterapia.

P20. UM CASO DE PNEUMONIA A CITROBACTER FREUNDII NUM INDIVÍDUO IMUNOCOMPETENTE

F.T. Lopes, A.R. Dias, P.V. Dionísio, M.I. Claro, P.S. Barradas, F. Froes, C. Bárbara

Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Introdução: O *Citrobacter freundii* pode afectar indivíduos imunocomprometidos ou ser agente de infeção nosocomial. O tracto urinário é o mais frequentemente envolvido, seguido do respiratório. Normalmente apresenta-se com lesões cavitadas.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um doente do sexo masculino, 69 anos de idade, independente, reformado, sem antecedentes relevantes para além de patologia osteoarticular e sem medicação habitual. Referia quadro com 1 mês de evolução de tosse seca irritativa, posteriormente produtiva com expectoração mucosa escassa. Sem outros sintomas respiratórios associados e sem febre, astenia, anorexia ou perda de peso. Foi medicado com AINE no ambulatório, mas sem efeito, ficando internado para esclarecimento do quadro clínico e imagem radiológica de hipotransparência do andar médio direito, com área de cavitação central. Dos exames complementares de diagnóstico realizados no

internamento destaca-se: 1) analiticamente, leucocitose de 12.500, com neutrofilia 75,3%, PCR 12,6 mg/dL; 2) TC tórax: "(...) massa cavitária do lobo médio, associada a condensação perilesional. Sem adenopatias mediastínicas. No segmento superior do lobo inferior do pulmão direito, outra imagem grosseiramente nodular cavitária." Iniciou-se terapêutica empírica com amoxicilina-ácido clavulânico e azitromicina. Após a realização de TC tórax, substituiu-se a azitromicina por gentamicina. Realizou ainda broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar ao nível do lobo médio onde foi isolado *Citrobacter freundii* sensível a gentamicina, cefuroxime e sulfametoxazol/trimetropim, pelo que se ajustou a antibioterapia para cefuroxime, mantendo a gentamicina. Para investigação do quadro infeccioso e colocando a hipótese de imunossupressão, efectuado doseamento de marcadores tumorais e serologia VIH, que foram negativos. Após melhoria, teve alta orientado para reavaliação em consulta de Pneumologia, com nova TC às 6 semanas com "resolução das imagens cavitadas".

Discussão: O caso clínico descrito alerta para a possibilidade de infecção por agentes habitualmente oportunistas e associados à infecção nosocomial, em doentes imunocompetentes, no âmbito da comunidade, pelo que devem ser lembrados nos casos de pneumonias complicadas, principalmente cavitadas, que não respondem à terapêutica empírica habitual.

Palavras-chave: *Citrobacter freundii*. *Pneumonia*. *Imunocompetente*.

P213. NEUROPATIA ASSOCIADA AO TRATAMENTO PROLONGADO COM ITRACONAZOL - RELATO DE UM CASO

A.V. Cardoso¹, A. Oliveira², A.R. Santos¹

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de São João, EPE.

Introdução: O itraconazol é um antifúngico que tem sido amplamente utilizado na prática clínica no tratamento de várias patologias, nomeadamente da aspergilose pulmonar crónica. As alterações gastro-intestinais são os efeitos adversos mais comuns deste fármaco e são geralmente ligeiros. A neuropatia associada ao itraconazol é rara e está, frequentemente, associada a outros fatores de risco.

Caso clínico: Homem caucasiano de 74 anos, com DPOC e bronquiectasias. Iniciou tratamento com itraconazol após diagnóstico de aspergilose pulmonar crónica (clínica com mais de 3 meses de evolução de tosse produtiva e intolerância ao esforço associada a agravamento imagiológico e isolamento de *Aspergillus fumigatus* em secreções e no lavado brônquico). Três meses após o início do tratamento desenvolveu tetraparésia assimétrica de predomínio à esquerda e distal associada a parestesias dos membros superiores. Foi internado para estudo, tendo realizado eletromiografia que revelou polineuropatia predominantemente motora de tipo axonal e de grau moderado/grave. Após investigação clínica exaustiva com exclusão de outras causas, foi feito o diagnóstico de polineuropatia secundária ao itraconazol e à diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada durante esse internamento. Suspendeu itraconazol e iniciou reabilitação física verificando-se uma ligeira melhoria dos défices após 4 meses.

Conclusões: O caso apresentado tem como objetivo alertar os clínicos para os sintomas de neuropatia periférica nos doentes que estão a fazer tratamento com itraconazol, principalmente na presença de outros fatores de risco, nomeadamente a diabetes mellitus como no caso apresentado. Apesar da neuropatia periférica ser um efeito lateral raro do itraconazol, pode ser muito grave e implica a suspensão imediata do fármaco.

Palavras-chave: *Neuropatia*. *Itraconazol*. *Aspergilose*. *Diabetes mellitus*.

P22. NEM TUDO O QUE PARECE É ...

M. Grafino, M.I. Claro, J. Semedo, L. Mota, L. Carreiro

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Introdução: Actinomicose é uma infeção rara, crónica e lentamente progressiva causada pelo *Actinomyces* spp. A infeção pulmonar constitui cerca de 15% das formas da doença e admite-se resulte da aspiração de secreções da orofaringe ou gastrointestinais para a árvore traqueobrônquica. A actinomicose pulmonar confunde-se com outras entidades, nomeadamente, tuberculose, infeção fúngica, abscesso e neoplasia, sendo necessário um elevado índice de suspeição. A biópsia pulmonar para exame cultural e histopatológico é essencial para o diagnóstico. A penicilina é o fármaco de eleição para o tratamento desta entidade.

Caso clínico: O presente trabalho relata o caso clínico de um homem de 77 anos, não fumador, reformado de estucador, com queixas com 6 meses de evolução de dispneia associado a tosse com expectoração mucopurulenta. Medicado com vários esquemas de antibioterapia com melhoria parcial da sintomatologia. Apresentava antecedentes pessoais de asma com cumprimento irregular da terapêutica e antecedentes familiares de neoplasia do pulmão (irmão). Para esclarecimento do quadro, realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax na qual se salientava colapso do segmento anterior do lobo superior direito (LSD), com estenose brônquica. Na broncofibroscopia verificou-se a presença de lesão nacarada ao nível do segmento anterior do LSD. O exame citológico, exame bacteriológico, micológico e micobacteriológico do lavado broncoalveolar foram inconclusivos. Nas biópsias brônquicas identificou-se denso infiltrado inflamatório agudo, fibras vegetais e colonização por microrganismos com morfologia enquadrável no Actinomicose; sem evidência de neoplasia. Repetiu biópsias brônquicas que se enviaram para exame cultural, tendo-se isolado *Actinomyces odontolyticus*. O doente iniciou terapêutica com amoxicilina/ácido clavulânico.

Discussão: O presente caso clínico relata uma entidade incomum, confundida inicialmente com outras patologias, nomeadamente, neoplasia do pulmão. Salienta também a dificuldade do diagnóstico e a utilidade das biópsias pulmonares obtidas por broncofibroscopia como procedimento minimamente invasivo para o diagnóstico desta infeção.

Palavras-chave: *Actinomicose pulmonar*. *Actinomyces odontolyticus*. *Biópsia pulmonar*.

P23. CAVITAÇÃO, ASPERGILOMA, ABCESSO PULMONAR - IMAGENS E CLÍNICA COM MELHORIAS APÓS ANTIBIOTERAPIA

I.A. Neves, A.M. Maia, L.B. Santos, A.P. Mendonça

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde (CHPVVC) (Diretor de Serviço: Dr. Joaquim Monteiro).

Introdução: Doente homem de 48 anos, que iniciou dispneia, tosse com expectoração purulenta, abundante e fétida, e perda ponderal. Rx tórax (27/01/2014): não visualizada opacidade interpretada como Aspergiloma, apresentando imagem compatível com abscesso pulmonar. Seguido em Consulta Externa de Pneumologia; apresentou imagem na TAC tórax (7/8/2012) de extensa lesão cavitada de parede espessada com imagem volumosa nodular no seu interior (provável Aspergiloma). Foi internado no Serviço de Medicina Interna para estudo e Antibioterapia, tendo na última TAC realizada o reaparecimento de lesão Cavitada com menores dimensões.

Caso clínico: Doente de 48 anos, género masculino, que terá iniciado dispneia com agravamento de 3 semanas, tosse produtiva com expectoração purulenta, abundante e fétida, febre há 10 dias, perda de

peso de aproximadamente 12Kg. Terá iniciado tosse produtiva mucopurulenta com acessos de tosse frequentes, hemoptises associada a ictus e dispneia, há um mês. Seguido em Consultas de Pneumologia tendo apresentado a 29/11/2012 imagem de “guiso” clássica no terço superior do campo pulmonar esquerdo; realizou bronco-fibroscoopia (sem alterações no lavado bronco-alveolar). A 27/01/2014 pediu antecipação de Consulta por quadro anteriormente descrito, e com Rx tórax com franca modificação de imagem, não sendo visualizada opacidade interpretada como Aspergiloma e verificando-se maior extensão de imagens hipertransparentes com níveis hidroaéreos ocupando a metade do campo pulmonar esquerdo. Ficou internado para estudo e antibioterapia empírica dirigida para abscesso pulmonar. Antecedentes pessoais: tuberculose pulmonar em 2008, fumador 60 UMA, alcoolismo crónico, pancreatite crónica. Realizou no internamento 20 dias de clindamicina, 15 dias de piperacilina e tazobactam, 13 dias de Imipenem. A evolução no internamento: Apirético ao 18º dia de internamento, melhoria do estado geral e marcadores inflamatórios, auscultação pulmonar que se tornou simétrica. Apresentou cultura de expectoração, lavado bronco alveolar, hemoculturas, citologias e análise bacilar, sempre negativas.

Discussão: Como se terá desenvolvido uma lesão abcedada em local de cavitação compatível com aspergiloma em 2012, apesar de nos relatório de TAC tórax a origem provável ser bacilar (a partir de 2014), e haver diminuição das dimensões desta após antibioterapia dirigida a abscesso pulmonar.

Palavras chave: Abscesso pulmonar. Cavitação.

P24. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR EM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS INDOLENTES NÃO CONTROLADAS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Vaz, A. Amorim, M. Redondo, L. Gaspar, P. Martins, A. Marques, I. Gomes

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar S. João E.P.E.

Introdução: O impacto positivo da reabilitação pulmonar (RP) em doentes com doença respiratória crónica não infecciosa é reconhecido, assim como o seu papel como complemento na recuperação de exacerbações infecciosas que respondem ao tratamento dirigido. Apresentação de um doente com micobacteriose atípica por MAC e aspergilose pulmonar crónica, obrigado a suspender a medicação para qualquer uma das infeções por toxicidade grave aos fármacos usados no tratamento das infeções, e entretanto proposto para programa de reabilitação pulmonar por limitação marcada ao exercício.

Caso clínico: Trata-se de um doente do sexo masculino, com 71 anos, seguido na consulta de Pneumologia com diagnóstico de bronquiectasias e com micobacteriose por MAC, cujo tratamento, iniciado em 2011, foi por duas vezes introduzido e suspenso por toxicidade renal, hematológica e hepática, mantendo culturas positivas nas secreções brônquicas. Em 2013 foi diagnosticada aspergilose pulmonar crónica concomitante, tendo sido necessária a suspensão da terapêutica, após duas tentativas de tratamento com itraconazol, por intolerância digestiva e hipertensão arterial. Funcionalmente, síndrome obstrutiva grave -VEMS - 0,75 (30%). Posteriormente, por limitação marcada ao exercício e nas actividades da vida diária, iniciou RP tendo cumprido um programa de 10 semanas de exercício - treino em cicloergómetro e treino de força dos membros superiores e inferiores, com três sessões semanais, a par do ensino de mobilização de secreções e suporte nutricional. Apesar de não se verificar melhoria funcional, FEV1 - 0,71 L (27%), a avaliação no final do programa revelou melhoria gasométrica (PaO2 de 80,7 mmHg para 94,4 mmHg) e da capacidade de exercício traduzida por um aumento na distância da prova de marcha em valores clinicamente significativos - inicialmente 200 m, e 350 m no final do programa.

Discussão: Na impossibilidade de tratamento dirigido para as infeções em causa, que apesar de indolentes apresentaram repercussão significativa no estado geral do doente, a reabilitação pulmonar teve impacto positivo na gasometria arterial e na capacidade de exercício podendo ser ponderada em casos semelhantes.

Palavras chave: Reabilitação pulmonar. Micobacteriose.

P25. ADENOCARCINOMA DO PULMÃO - ESTADIO IV EM REMISSÃO - UM CASO INVULGAR

J.C. Duarte, J. Cravo, A.T. Castro, J. Cemlyn-Jones

Serviço de Pneumologia, CHUC-HUC.

Introdução: O Carcinoma do Pulmão Não Pequenas Células (CPNPC) representa atualmente 85% dos tumores pulmonares nos países ocidentais, sendo que 20-30% ocorrem em não-fumadores, e é uma das principais causas de morte oncológica em todo o mundo. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente sendo o seu diagnóstico feito, na maioria dos doentes, em estádios avançados. A classificação histológica e respetivos subtipos constituem um importante fator na seleção de protocolos de quimioterapia citostática e é reconhecido que a presença de alterações genéticas, tais como, mutações e os respetivos rearranjos cromossómicos ativos, pressupõem responsabilidade na escolha de terapias seletivas.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de um doente do género feminino, de 71 anos de idade, não fumadora, diagnosticada com adenocarcinoma do pulmão do tipo misto, estadio IV, em Setembro de 2009. A tomografia computadorizada torácica inicial evidenciava várias formações nodulares em ambos os hemitóraces, a maior com cerca de 2,5 cm no lobo inferior esquerdo (LIE) associada a múltiplas adenopatias mediastínicas e hilares bilaterais. Realizou 6 ciclos de quimioterapia de primeira linha com cisplatina e gencitabina oral com resposta parcial, que terminou em Fevereiro de 2010. O estudo genético das mutações, foi positivo para a mutação ativadora do recetor do factor de crescimento epidérmico (EGFR), pelo que iniciou em Março de 2010, terapêutica imunomoduladora com erlotinib. A reavaliação imagiológica efetuada em Janeiro de 2011 mostrava apenas formações bolhosas no LIE, sem lesões nodulares e ausência de adenomegalias mediastínicas ou hilares (doença em remissão). Atualmente, mantêm-se assintomática com boa tolerância à terapêutica e evidenciando estabilidade imagiológica.

Discussão: Este caso merece destaque por se tratar de uma doente com adenocarcinoma do pulmão em estadio IV, não operável, que após quimioterapia de segunda linha, se apresenta em remissão. De realçar ainda que a terapêutica instituída diz respeito a um inibidor reversível da tirosina quinase pelo que se exige a continuidade deste tratamento. Neste caso clínico, quer o tempo de sobrevida, quer a duração de resposta ao tratamento são claramente superiores aos presentes na literatura.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Pulmão. Estadio IV. Erlotinib.

P26. MICROBIOLOGIA DO ASPIRADO BRÔNQUICO EM DOENTES COM NEOPLASIA PULMONAR

R. Gomes^{1,2}, F. Luís^{1,2}, M. Reis¹, S. Correia^{1,2}, F. Fernandes¹, J. Parreira¹

¹*Serviço de Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda (Director do Serviço: Dr. Luís Ferreira).*

²*Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.*

Introdução: Na neoplasia pulmonar é frequentemente relatada colonização brônquica (40-80%). Também a infecção pulmonar é frequente (35-70%) e grave nestes doentes. Estas influenciam a conduta terapêutica e têm impacto negativo no prognóstico.

Objectivos: Caracterizar a incidência de infecção/colonização e a microbiologia da cultura de aspirado brônquico (AspB) em doentes com neoplasia pulmonar primária.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo (1/10/2010 a 30/9/2013). Amostra: 544 AspB com identificação microbiológica, 12,7% (69) com neoplasia pulmonar primária. Análise estatística com IBM SPSS Statistics 19®.

Resultados: 75,4% com diagnóstico de neoplasia pulmonar primária “de novo” por produto obtido durante a broncoscopia (BFC). Género: 66,7% masculino, 33,3% feminino. Idade média: género masculino 66 anos (\pm 12,3), feminino 73,3 anos (\pm 12), $p = 0,022$. Hábitos tabágicos: 31,9% fumadores, 24,6% ex-fumadores. Carga tabágica média 48,5 UMA (\pm 30,5). A BFC evidenciou maioritariamente sinais de neoplasia (53,6% directos, 17,4% indirectos). Tipo histológico: 43,5% epidermóides, 37,7% adenocarcinomas, 8,7% carcinomas do pulmão de pequenas células, 4,3% carcinóides típicos. Critérios de infecção em 10,1% (4 epidermóides e 3 adenocarcinomas), colonização em 1,4% (1 neuroendócrino de grandes células) e flora comensal em 63,8% (18 epidermóides, 19 adenocarcinomas, 7 outros). Isolamento concomitante de pelo menos 2 microorganismos em 12,5%. Microorganismo isolado: 37,5% *Pseudomonas aeruginosa*, 37,5% *Staphylococcus aureus* metilicilino sensível (SAMS) e 37,5% outros. Teste de sensibilidade aos antibióticos: 37,5% resistência a 1 grupo de antibióticos e 50% a pelo menos 2 grupos. Resistência por grupos de antibióticos: 62,5% penicilina e inibidores das betalactamases, 35,5% sulfanamidas, 25% quinolonas. Internamento em unidade hospitalar em 49,3%, duração média 8,7 dias (\pm 7,4). Antibioterapia nos últimos 3 meses em 52,2% (1,3 antibióticos/doente). Presença de outros factores de imunodepressão em 33,3%: 16 fármacos, 10 diabetes mellitus, 2 outras neoplasias e 2 alcoolismo.

Conclusões: A incidência de colonização/infecção foi de 11,5%, valor inferior ao relatado na literatura. Amostra maioritariamente masculina, com sinais directos ou indirectos de neoplasia na BFC e diagnóstico “de novo” de neoplasia pulmonar primária, predominantemente histologia epidermóide e adenocarcinoma. Os microorganismos mais frequentemente isolados foram a *Pseudomonas aeruginosa* e SAMS, que requerem antibioterapia com espectros específicos. Este facto assume particular relevância, dado que a maioria destes doentes serão candidatos a terapêuticas potencialmente imunossupressoras.

Palavras-chave: Neoplasia. Microbiologia. Aspirado brônquico.

P26. MICROBIOLOGY OF BRONCHIAL ASPIRATE IN PATIENTS WITH LUNG CANCER

R. Gomes^{1,2}, F. Luís^{1,2}, M. Reis¹, S. Correia^{1,2}, F. Fernandes¹, J. Parreira¹

¹Pulmonology Service, Sousa Martins Hospital, Local Health Unit - Guarda (Director of Service: Dr. Luis Ferreira). ²Faculty of Health Sciences, University of Beira Interior.

Introduction: Bronchial colonization is frequently reported in patients with lung cancer (40-80%). Also lung infection is common (35-70%) and severe in these patients. These influence patient's therapeutic management and have a negative impact on prognosis.

Objectives: To characterize the incidence of infection/colonization and microbiology of bronchial aspirate (BAsp) culture in patients with primary lung cancer.

Methods: Retrospective observational study (10/1/2010 to 30/9/2013). Sample: 544 BAsp with microbiological identification, 12.7% (69) with primary lung cancer. Statistical Analysis with IBM SPSS Statistics 19®.

Results: 75.4% diagnosed with “de novo” primary lung cancer by product obtained during bronchoscopy (BFC). Gender: 66.7%

male, 33.3% female. Mean age: males 66 years (\pm 12.3), female 73.3 years (\pm 12), $p = 0.022$. Smoking habits: 31.9% smoking, 24.6% ex-smokers. Mean tobacco consumption 48.5 packs per year (\pm 30.5). The BFC showed mainly malignancy's signs (53.6% direct, indirect 17.4%). Histological type: 43.5% squamous-cell carcinomas, 37.7% adenocarcinomas, 8.7% small-cell carcinomas, 4.3% typical carcinoids. Infection's criteria in 10.1% (4 adenocarcinomas, 3 squamous-cell carcinomas), colonization in 1.4% (1 large cell neuroendocrine carcinoma) and commensal flora in 63.8% (18 squamous-cell carcinomas, 19 adenocarcinomas, 7 others). In 12.5% there is concomitant isolation of at least two microorganisms. Microorganism isolated: 37.5% *Pseudomonas aeruginosa*, 37.5% methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* (MSSA) and 37.5% other. Sensitivity to antibiotic test: 37.5% resistance to 1 antibiotic group and 50% to at least two groups. Resistance by antibiotic groups: 62.5% to penicillin and beta-lactamase inhibitors, 35.5% to sulfanamides, 25% to quinolones. Hospital admission in 49.3%, mean duration of 8.7days (\pm 7.4). Approximately 52.2% of patients took antibiotics in last 3 months (1.3 antibiotics/patient). Presence of others immunosuppression factors in 33.3%: 16 drugs, 10 diabetes mellitus, 2 other cancers and 2 alcoholism.

Conclusions: The incidence of colonization/ infection was 11.5%, lower than the value reported in the literature. The sample was mostly male, with direct or indirect malignancy's signs in BFC and diagnosis of “de novo” primary lung cancer, predominantly squamous-cell histology and adenocarcinoma. The microorganisms most frequently isolated were *Pseudomonas aeruginosa* and MSSA, requiring antibiotic therapy with specific spectra. This is of particular relevance since most of these patients are candidates for potentially immunosuppressive therapies.

Key words: Cancer. Microbiology. Bronchial aspirate.

P27. CARCINOMA EPIDERMÓIDE: CASO RARO DE METASTIZAÇÃO

J.C. Silva, M. Brandão, T. Gomes, C. Pinto, A. Afonso

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

Introdução: O cancro do pulmão é a 4ª neoplasia com maior prevalência a nível mundial, apresentando-se frequentemente em estadio avançado. A pele é o 13º local de metastização por neoplasia maligna do pulmão, variando esta de 1 a 2%, sendo mais frequente no subtipo histológico adenocarcinoma. De todas as metástases cutâneas relatadas, 24% correspondem ao cancro primário do pulmão.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um doente do género masculino de 75 anos, ex-fumador, com antecedentes de DPOC sob OLD, insuficiência cardíaca e hiperuricemia observado em consulta de Pneumologia por agravamento do padrão de dispneia, anorexia e sintomatologia constitucional. Apresentava ao exame objectivo tumefacção com 6cm de diâmetro na face lateral do hemitórax esquerdo e artrite da 1ª articulação metatarsofalângica direita, compatível com artrite gotosa. A radiografia do tórax realizada mostrou volumosa hipotransparência no lobo inferior direito e a tomografia computadorizada do tórax revelou duas massas sólidas muito heterogêneas, com captação de contraste no lobo inferior direito com cerca de 8 cm, na língula com cerca de 4 cm e lesão subcutânea no hemitórax esquerdo com 4 cm. Na broncofibroscopia visualizou-se obstrução do B6 direito por lesão neoformativa e vascularizada. O escovado brônquico não evidenciou células malignas. Realizou biópsia pulmonar transtorácica e biópsia excisional da lesão cutânea, cujos resultados anatomopatológicos revelaram carcinoma epidermóide e lesão metastática, respectivamente. Referenciado para consulta de oncologia, tendo

iniciado quimioterapia paliativa. Por persistência de queixas álgicas no hálux realizou radiografia do pé que evidenciou destruição da 1ª articulação metatarsofalângica direita e base do 1º metatarso direito. Na cintigrafia óssea confirmou-se captação do radiofármaco a esse nível e portanto foi proposto para radioterapia anti-álgica com melhoria das queixas.

Discussão: Os autores apresentam este caso uma vez que a metastização cutânea é uma raridade na neoplasia pulmonar, devendo no entanto alertar o clínico para este diagnóstico em doentes de risco. As queixas osteoarticulares devem também ser consideradas um sinal de alerta, particularmente se refratárias ao tratamento de patologia benigna.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Carcinoma epidermóide. Metastização cutânea.

P28. OS REARRANJOS CROMOSSÓMICOS DO ROS1 DEFINEM SUBTIPO MOLECULAR DOS CARCINOMAS BRONCO-PULMONARES

B. Pereira¹, M.R. Silva^{1,3}, A. Alarcão^{1,3}, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, V. Sousa^{1,3}, L. Carvalho^{1,3}

¹Instituto de Anatomia Patológica; ³Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

²CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução: O gene ROS1 codifica um receptor tirosina-cinase da família da insulina e define novo subgrupo molecular de carcinomas bronco-pulmonares (CBP), que apresentam taxa de prevalência de rearranjos cromossómicos de 2%. Doentes com positividade ROS1 tendem a ser mais jovens, não fumadores, com diagnóstico histológico de adenocarcinoma, um perfil semelhante aos dos doentes com CPB com rearranjos no gene ALK. O tratamento com crizotinib, inibidor do ALK e MET, inibe o crescimento das células com rearranjos ROS1 in vitro e nos casos positivos para o ROS1 conduz à quase completa remissão em doentes com CPB avançado multifocal. Um estudo identifica os rearranjos do gene ROS1 como promotor adicional de mutação no CBP e estabelece alvos do crizotinib para o ROS1, uma descoberta que pode ter impacto no diagnóstico e tratamento do cancro do pulmão.

Objectivos: O nosso objetivo foi identificar a translocação ROS1 em CBP. O estádio mutacional do gene EGFR, a amplificação do gene EGFR e MET e o rearranjo do gene ALK foram avaliados para correlacionar com a translocação ROS1.

Métodos: Selecionámos 21 casos de CBP compreendendo 16 adenocarcinomas, 3 carcinomas pleomórficos e 2 carcinomas adenoescamosos. Usando a sonda break-apart SPEC ROS1, rastreámos estes casos e correlacionámos com as mutações do EGFR e com o estádio da amplificação do EGFR e MET e rearranjos do ALK. As mutações nos exões 19 e 21 do EGFR foram determinadas por sequenciação de Sanger, e o estádio genómico e o número de cópias foi avaliado por hibridização com as sondas: LSI EGFR/CEP7, Spec MET/CEN7 e LSI ALK break-apart.

Resultados: Nos 21 casos identificámos 1 caso ROS1 positivo (4,7%). Corresponhia a um homem com 66 anos, com adenocarcinoma do pulmão metastizado em gânglio linfático mediastínico. Este caso mostrou positividade FISH por amplificação de MET e EGFR.

Conclusões: O rearranjo do ROS1 define subgrupo molecular de CBP com características clínicas distintas e que são semelhantes aos observados em doentes com tumores ALK positivo. A capacidade para administrar terapia alvo dirigidas a subgrupos de doentes com CBP continua essencial para cumprir a promessa de terapia personalizada no cancro.

Palavras-chave: Carcinomas bronco-pulmonares. ROS1.

P28. ROS1 CHROMOSOMAL REARRANGEMENTS DEFINE A MOLECULAR SUBTYPE OF BRONCHIAL- PULMONARY CARCINOMAS

B. Pereira¹, M.R. Silva^{1,3}, A. Alarcão^{1,3}, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, V. Sousa^{1,3}, L. Carvalho^{1,3}

¹Institute of Pathology; ³Centre of Pulmonology, Faculty of Medicine of the University of Coimbra. ²CIMAGO-Research Center for Environment, Genetics and Oncobiology, Faculty of Medicine, University of Coimbra.

Introduction: The chromosomal rearrangement of ROS1, a gene that encodes a receptor tyrosine kinase of the insulin family, defines a new molecular subset of Bronchial-pulmonary carcinomas (BPC), with a prevalence rate of 2%. Correlative studies revealed that ROS1-positive patients tended to be younger never-smokers with a histologic diagnosis of adenocarcinoma, a profile similar to that of patients with ALK-rearranged BPC. Significantly, treatment with the ALK-MET inhibitor crizotinib inhibited the growth of ROS1-rearranged cells in vitro and led to near-complete resolution of a multifocal lung tumor in one ROS1-positive patient with advanced BPC. A study not only identifies ROS1 gene rearrangement as an additional driver mutation in BPC but also establishes ROS1 to be a target of crizotinib, a finding that may have significant impact upon the diagnosis and treatment of lung cancer.

Objectives: We aimed to identify ROS1 translocation in BPC. EGFR mutation status, EGFR and MET amplification and ALK rearrangement were also evaluated to correlate to ROS1 translocation status.

Methods: Twenty one BPC cases were selected, comprising 16 adenocarcinomas, 3 pleomorphic carcinomas and 2 adenosquamous carcinomas. Using dual color break-apart probe SPEC ROS1 for ROS1 FISH assay, we screened these cases and correlated with EGFR mutations, EGFR and MET amplification and ALK rearrangement status. EGFR exons 19 and 21 mutations were determined by Sanger sequencing, copy number and genomic status were assessed by dual-probe hybridization: LSI EGFR/CEP 7 for EGFR, Spec MET/CEN7 for MET and LSI ALK break-apart probe for ALK.

Results: We reported one ROS1-positive case (4.7%) in the total of 21 cases. This positive case concerned a 66-year-old man with a lung adenocarcinoma metastasis diagnosed in a mediastinal lymph node. This case also showed MET and EGFR FISH positivity due to amplification.

Conclusions: ROS1 rearrangement defines a molecular subset of BPC with distinct clinical characteristics that are similar to those observed in patients with ALK-positive tumours. The ability to administer molecular-targeted therapies to the appropriate subset of patients with BPC continues to be essential to fulfill the promise of personalized cancer therapy.

Key words: Bronchial-pulmonary carcinomas. ROS1.

P29. CARCINOMAS EPIDERMÓIDES PULMONARES - POSSÍVEL PRESENÇA DE MUTAÇÕES NO GENE EGFR

L. Carvalho^{1,3}, M.R. Silva^{1,3}, A. Alarcão^{1,3}, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, V. Sousa^{1,3}

¹Instituto de Anatomia Patológica; ³Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

²CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução: Os carcinomas epidermóides (CE) do pulmão desenvolvem-se no epitélio brônquico de acordo com a sequência metaplasia escamosa/displasia e são caracterizados por queratinização e/ou presença de pontes intercelulares. A presença de pelo menos 10% de massa tumoral exibindo estas características de diferenciação é necessária para o diagnóstico. As mutações do

EGFR são mais frequentemente descritas nos adenocarcinomas do pulmão.

Objetivos: Tipicamente as mutações activadoras no gene *EGFR* não estão presentes no CE. Apoiados num pequeno painel imunohistoquímico examinámos a precisão do diagnóstico de CE, relacionando com a análise mutacional do gene *EGFR*.

Métodos: Estudaram-se 47 peças cirúrgicas de CE. Um painel de marcadores imunohistoquímicos (TTF1, P63 e CK5/6, CD56, VIM) foram usados para confirmar o diagnóstico, avaliar o índice proliferativo e a diferenciação EMT. O *EGFR* foi estudado por imunohistoquímica (expressão proteica), por FISH (número de cópias) e por sequenciação direta (estado mutacional).

Resultados: Identificaram-se três CE com mutação do *EGFR* (deleção no exão 19), um deles diagnosticado como variante de células claras, todos TTF1 negativos e com expressão de citoqueratinas de alto peso molecular. O índice proliferativo variou entre 10% e 50% nestes casos. Estes casos evidenciaram expressão proteica de *EGFR* e aumento do número de cópias do *EGFR*, quer por amplificação (1 caso) quer por alta polissomia (2 casos).

Conclusões: Os autores apresentam três casos de CE em não fumadores. As mutações no gene *EGFR* ocorrem raramente nos CE, com uma frequência descrita inferior a 5%; assim, o teste molecular de rotina não está recomendado na histologia de CE. Sabe-se pouco acerca de CE com mutações no gene *EGFR*. Apesar de a terapia com inibidores tirosina-cinase do gene *EGFR* parecer ser menos eficaz nos CE com mutação no gene *EGFR* do que nos doentes com adenocarcinoma com mutação *EGFR*, alguns dos doentes com CE com mutação *EGFR* podem obter benefício clínico com a terapêutica com os inibidores tirosina-cinase do gene *EGFR*. Para melhor identificar estes doentes deve ter-se em consideração os seguintes parâmetros: ausência de formação de pérolas de queratina e células claras/grandes, onde a CK7 e a Vim são relevantes; o p63 como único marcador conduz-nos à interpretação de carcinoma mioepitelial.

Palavras-chave: Carcinoma epidermóide. *EGFR*.

P29. PULMONARY SQUAMOUS CELL CARCINOMA CAN HARBOR *EGFR* MUTATIONS

L. Carvalho^{1,3}, M.R. Silva^{1,3}, A. Alarcão^{1,3}, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, V. Sousa^{1,3}

¹Institute of Pathology; ³Centre of Pulmonology, Faculty of Medicine of the University of Coimbra. ²CIMAGO-Research Center for Environment, Genetics and Oncobiology, Faculty of Medicine, University of Coimbra.

Introduction: Lung Squamous Cell Carcinomas (SQCC) are tumors that arise from bronchial epithelial cells through squamous metaplasia/dysplasia and are characterized by keratinization and/or intercellular bridges. The presence of at least 10% of the tumor bulk exhibiting these differentiation features is required for the diagnosis. *EGFR* mutations are more frequently described in lung adenocarcinomas.

Objectives: Activating mutations in *EGFR* are typically not present in SQCC. We examined the diagnostic accuracy of SQCC to relate with *EGFR* mutations analysis, supported in a small immunohistochemistry panel.

Methods: Forty-seven surgical specimens with SQCC were studied. Immunohistochemical markers (TTF1, P63 and CK5/6, CD56, VIM) were used to confirm the diagnosis, to evaluate proliferative index and EMT differentiation. *EGFR* was studied by IHC (protein expression), FISH (copy number) and direct sequencing (mutational analysis).

Results: *EGFR* mutation (in-frame deletion in exon 19) was present in three SQCC, one diagnosed as clear cell variant; all TTF1 negative and with high weight cytokeratin expression. Proliferative index

varied between 10 and 50% in these cases. *EGFR* protein expression was present as well as *EGFR* high copy number, by amplification (1 case) or by high polissomy (2 cases).

Conclusions: Authors present three cases of Lung Squamous Cell Carcinoma in never-smokers. *EGFR* mutations occur rarely in SCC with reported frequency of less than 5%; thus routine molecular testing is not usually recommended for SCC histology. Little is known about SQC harboring *EGFR* mutations. Although *EGFR*-TKIs seem to be generally less effective in *EGFR*-mutated SQCC than in *EGFR*-mutated ADC patients, some *EGFR*-mutated SQCC patients can obtain clinical benefit from *EGFR*-TKIs. To better identify these patients, pathological parameters should be taken into consideration: absence of cellular pearl/keratin formation and large/clear cells, where CK7 and Vim are relevant; p63 as a unique marker leads to myoepithelial carcinoma interpretation.

Key words: Squamous cell carcinoma. *EGFR*.

P30. CANCRO DO PULMÃO COM REARRANJOS ATÍPICOS DO *ALK*

M.R. Silva^{1,3}, A. Alarcão^{1,3}, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, D. Reis¹, V. Sousa^{1,3}, L. Carvalho^{1,3}

¹Instituto de Anatomia Patológica; ³Centro de Pneumologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. ²CIMAGO-Centro de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Introdução: Doentes com carcinoma bronco-pulmonar (CBP) que apresentam rearranjos do gene *ALK* podem ter benefícios clínicos significativos da terapia com crizotinib, uma pequena molécula inibidora da tirosina-cinase do gene *ALK*. O rearranjo do gene *ALK* é o melhor marcador de prognóstico de resposta ao crizotinib.

Objetivos: Identificar e selecionar doentes que possam beneficiar desta terapia, pesquisando os rearranjos do *ALK* por FISH, em CBP.

Métodos: Foram analisadas 185 biópsias de CBP. O número de cópias e rearranjos do gene *ALK* foi avaliado por *fluorescence in situ hybridization* (FISH) com a sonda Zytolight SPEC *ALK/EML4* Tricheck. Considerou-se positivo se as células apresentaram um padrão *break-apart* ou sinais separados. A presença de um número de células superior a 15% com rearranjo identificadas por FISH classifica os tumores como *ALK* positivo.

Resultados: A incidência de casos *ALK* positivos foi de 16 casos em 185 (8.6%). Um destes tumores FISH positivo não apresenta os critérios de positividade *break-apart* mas apresenta dupletos e tripletos na região 3' do gene *ALK*. Encontrámos também ganho do número de cópias do gene *ALK* (superior a 3 cópias por célula em 40% das células) nos tumores *ALK* negativos. Consideraram-se três casos borderline.

Conclusões: O comportamento clínico dos casos de CBP com variante no padrão do sinal do gene *ALK* é menos claro. A amplificação da fusão do gene *ALK* foi identificada em doentes submetidos à terapia com crizotinib e pode ser um sinal de desenvolvimento de resistência à terapia. Dado o grande número de vias de sinalização que são influenciadas pelos produtos da fusão do gene *ALK*, o comportamento e tratamento adequado dos casos CBP que apresentam variantes no padrão do sinal *ALK* requerem mais estudos. Os rearranjos atípicos podem representar duplicações directas ou inversas ou rearranjos mais complexos envolvendo especialmente a região de interesse e apesar de serem menos frequentes podem conter rearranjos *ALK* positivo. Estes casos devem ser estudados por testes adicionais com um segundo método de detecção.

Palavras-chave: *ALK*. Carcinomas bronco-pulmonares. Crizotinib. Rearranjo.

P30. LUNG CANCER WITH ATYPICAL ALK REARRANGEMENTS

M.R. Silva^{1,3}, A. Alarcão^{1,3}, T. Ferreira^{1,2}, M.J. d'Aguiar^{1,2}, D. Reis¹, V. Sousa^{1,3}, L. Carvalho^{1,3}

¹Institute of Pathology; ²Centre of Pulmonology, Faculty of Medicine of the University of Coimbra. ³CIMAGO-Research Center for Environment, Genetics and Oncobiology, Faculty of Medicine, University of Coimbra.

Introduction: Patients with bronchial-pulmonary carcinomas (BPC) who harbor anaplastic lymphoma kinase (ALK) gene rearrangements can derive significant clinical benefit from crizotinib, a small molecule inhibitor of the ALK tyrosine kinase. Rearrangement of ALK gene is the best predictor of response to crizotinib.

Objectives: To identify and select patients who may benefit from this therapy, evaluating ALK gene rearrangement, by FISH, in BPC.

Methods: In total 185 biopsies of BPC were tested for ALK rearrangement and copy number by fluorescence in situ hybridization (FISH) with ZytoLight SPEC ALK/EML4 Tricheck. The pattern was considered positive for cells exhibiting break-apart or isolated signals. The presence of > 15% cells with rearrangements identified by FISH classify tumours as ALK-positive.

Results: FISH-positive results were demonstrated in 16 of 185 cases (8.6%). One of these FISH-positive tumours does not meet the current criteria break-apart positivity, but presents 3' ALK doublets and triplets. We also found ALK copy number gain (> 3 copies per cell in 40% of cells) in ALK-negative tumors. Three cases were considered borderline.

Conclusions: The clinical behavior of BPC cases with variant ALK signal patterns is less clear. Amplification of the ALK fusion has been seen in patients undergoing crizotinib therapy and may be a sign of developing resistance. Given the large number of signaling pathways that are influenced by ALK fusion products, the behavior and appropriate treatment of NSCLC cases that have variant ALK signal patterns require further studies. Atypical patterns may represent direct or inverse duplications or more complex rearrangements specifically involving the region of interest, although being less frequent they may harbor an ALK-positive rearrangement. These cases should be studied by additional testing with a second detection method.

Key words: ALK. Bronchial-pulmonary carcinomas. Crizotinib. Rearrangement.

P31. ADENOCARCINOMA MUCINOSO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

M. Brandão, J. Silva, B. Conde, T. Gomes, A. Afonso

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

Introdução: O adenocarcinoma mucinoso, anteriormente designado por carcinoma bronquiolo-alveolar do tipo mucinoso, é atualmente reconhecido como uma entidade distinta dos restantes adenocarcinomas pela sua frequente apresentação sob a forma de lesões nodulares multifocais ou consolidações de distribuição multilobar e bilateral com broncograma aéreo, privilegiando os lobos inferiores. Esta forma difusa de apresentação pode dificultar o diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Os autores relatam o caso de uma doente de 79 anos de idade, não fumadora, sem exposição ocupacional de risco e sem patologia respiratória prévia conhecida. Referenciada à consulta de Pneumologia por clínica de toracalgia pleurítica direita e tosse com expectoração mucosa com 1 ano de evolução. Apresentava nos últimos 2 meses dispneia de esforço de agravamento progressivo e sintomas constitucionais. Em ambulatório realizou dois ciclos de

antibioterapia com manutenção das queixas, pelo que foi internada para estudo. Ao exame objetivo apresentava um murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases com crepitações inspiratórias associadas. Na TC torácica observavam-se imagens consolidativas nos lobos inferiores, com broncograma aéreo e múltiplas densificações de limites mal definidos no lobo superior esquerdo e lobo médio. Prosseguiu-se o estudo com broncofibroscopia que não mostrou lesões endobrônquicas. No aspirado brônquico foram isoladas *Candida albicans* e *Aspergillus terreus*. O lavado broncoalveolar revelou uma alveolite linfocítica (relação CD4/CD8 de 1,9) com citologia negativa para células malignas. Instituiu-se antibioterapia empírica e itraconazol, sem evidência de resposta clínica. Foi submetida por último a biópsia transtorácica cujo resultado revelou um adenocarcinoma mucinoso com pesquisa das mutações EGFR e ALK negativa. O estadiamento anatómico verificou tratar-se de um estadió T4 N0 M1a pelo que a doente foi proposta para quimioterapia paliativa.

Discussão: O adenocarcinoma mucinoso tem sido associado a pior prognóstico em comparação com os adenocarcinomas lepidícos não mucinosos. Embora o crescimento lepidíco seja comum, a maioria destes tumores apresenta igualmente um componente invasivo. A presença de broncorreia é típica e pode sugerir o diagnóstico. Os autores pretendem com este caso clínico realçar a importância da inclusão de neoplasia do pulmão na lista de diagnósticos diferenciais de uma pneumonia refractária à terapêutica.

Palavras-chave: Cancro do pulmão. Adenocarcinoma mucinoso do pulmão. Pneumonia.

P32. HIPONATRÉMIA SINTOMÁTICA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE CARCINOMA PULMONAR DE PEQUENAS CÉLULAS

A.L. Vieira, R. Alves, M. Rocha, F. Gonçalves, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: O carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) associa-se frequentemente a síndromes paraneoplásicas, incluindo o síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética (siADH), que se caracteriza por hiponatrémia, secundária a retenção de água devido à secreção ectópica da hormona antidiurética. Numa série de 350 casos de CPPC, o siADH manifestou-se em 11%, sendo que cursou com sintomas em 27% destes. Pode acompanhar a apresentação inicial do CPPC, no entanto, assume-se que não tem relação com o estadió ou prognóstico oncológicos.

Caso clínico: Senhor de 49 anos, motorista de pesados, ex-trabalhador numa pedreira, ex-fumador de 37 UMA, com história pessoal de hipertensão arterial e ansiedade, medicado com perindopril e indapamida. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas com uma semana de evolução. Tinha recorrido ao SU há 3 dias pelo mesmo quadro. À admissão, o senhor encontrava-se muito apático, com exame físico sem alterações. Do estudo analítico efetuado, a destacar sódio sérico de 108 mmol/L, sem outras alterações. Em estudo analítico realizado em ambulatório no mês anterior, sódio sérico de 117 mmol/L. Dos exames imagiológicos efetuados, radiografia torácica sem alterações, no entanto, tomografia torácica com conglomerado adenopático paratraqueal esquerdo, com efeito de massa sobre brônquio principal esquerdo. Optou-se pelo internamento por hiponatrémia sintomática. Do estudo etiológico efetuado, excluiu-se disfunção tiroideia ou adrenal, doenças do sistema nervoso central, entre outros diagnósticos diferenciais, e concluiu-se por siADH no provável contexto de síndrome paraneoplásica. Efetuou-se uma broncofibroscopia,

com sinais indiretos de neoplasia no brônquio lobar superior esquerdo. O resultado anatomopatológico revelou tratar-se de CPPC. Durante o internamento, o tratamento foi focado na melhoria sintomática e no aumento gradual e progressivo dos níveis séricos de sódio, com restrição de fluidos e terapêutica diurética. O senhor teve alta assintomático, mantendo hiponatremia de 114 mmol/L. O tratamento antineoplásico dirigido foi providenciado aquando da alta hospitalar, com subida dos níveis de sódio.

Discussão: Neste caso clínico, a hiponatremia sintomática constituiu a apresentação inicial de um CPPC. Deste modo, alerta-se para a importância do diagnóstico etiológico da hiponatremia no contexto de um síndrome paraneoplásico, explora-se a relação interessante e complexa entre o CPPC e o SIADH e aborda-se o respetivo tratamento.

Palavras chave: CPPC. Paraneoplásico. SIADH. Hiponatremia.

P32. SYMPTOMATIC HYPONATREMIA AS AN INITIAL PRESENTATION FOR SMALL-CELL LUNG CANCER

A.L. Vieira, R. Alves, M. Rocha, F. Gonçalves, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, J. Cunha

Pulmonology Department, Hospital de Braga.

Introduction: Small-cell lung cancer (SCLC) is frequently associated with paraneoplastic syndromes, including the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH), which is characterized by hyponatremia, secondary to water retention due to the ectopic secretion of antidiuretic hormone. In a series of 350 SCLC cases, SIADH was present in 11%, and it was symptomatic in 27% of these. It may figure in the initial presentation of SCLC, however, it has no relation with the neoplastic staging or the prognosis.

Case report: Male, 49 years-old, truck driver, former quarry worker, former smoker of 37 pack-year, with history of anxiety and arterial hypertension, treated with perindopril and indapamide. Admitted to the emergency department (ED) for nausea, vomiting, headache and dizziness for a week. He had a previous ED admission 3 days ago for the same reason. On medical examination, the patients was very anxious, but the physical exam was unremarkable. Laboratory results showed a serum sodium level of 108 mmol/L, without other alterations. An outpatient laboratory analysis in the previous month revealed a sodium level of 117 mmol/L. Regarding image results, chest x-ray without alterations, however, chest tomography with left paratracheal conglomerating adenopathy, with mass effect on main left bronchus. He was hospitalized because of symptomatic hyponatremia. It was excluded thyroid or adrenal dysfunction, central nervous system disease, among other differential diagnoses, and SIADH in the paraneoplastic context of SCLC was diagnosed. A bronchofibroscopy was performed, with indirect signs of neoplasia in the left upper bronchus. The anatomopathological analysis revealed a SCLC. During hospitalization, treatment was focused on symptomatic improvement and gradual and progressive rise on sodium levels, with fluid restriction and diuretics. The patient was discharged with no symptoms, but maintaining hyponatremia of 114 mmol/L. Antineoplastic treatment was provided on hospital discharge, with raising sodium levels.

Discussion: In this case report, symptomatic hyponatremia figured as the initial presentation of SCLC. In this way, an alert is made regarding the importance of the etiologic diagnosis of hyponatremia in the context of a paraneoplastic syndrome, the interesting and complex relation between SCLC and SIADH is explored and their respective treatment is outlined.

Key words: SCLC. Paraneoplastic. SIADH. Hyponatremia.

P33. SEQUELAS PULMONARES DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NO LINFOMA DE HODGKIN

M.J Mendes, M. Beja, J.C. Almeida, M.C. Menezes, J. Azevedo, M.M. Benedito, M.L. Ribeiro

Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: Os agentes citotóxicos usados no tratamento das doenças hemato-oncológicas são causa de toxicidade pulmonar, podendo provocar complicações respiratórias precoces ou tardias, e constituir uma causa importante de morbi-mortalidade. Os seus efeitos deletérios podem ser sinérgicos, potenciados por radioterapia e por vezes imprevisíveis. Dos efeitos tóxicos pulmonares mais bem documentados, destaca-se a toxicidade pulmonar associada à Bleomicina, relacionada com a dose e potenciada, entre outros factores, por radioterapia e administração concomitante de outros agentes quimioterápicos e factores de crescimento. O diagnóstico de toxicidade pulmonar iatrogénica é de exclusão, sendo fundamental distingui-la de envolvimento pulmonar pela doença primária e de infecção oportunista.

Caso clínico: Doente do sexo feminino de 8 anos, diagnosticada em 1992 com Linfoma de Hodgkin (LH), tipo celularidade mista, estágio IV-B, submetida a quimioterapia com 8 ciclos de MOPP/ABVD (mecloretamina, vincristina, procarbazona, prednisona/doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina). Após 2 anos em remissão completa, cumpre 6 ciclos de ABVD por recidiva e auto-transplante de progenitores hematopoiéticos. Em 1997, sofre 2ª recidiva, e é tratada com 5 ciclos de ICE (etopósido, ifosfamida e carboplatino) e radioterapia local (cervical e supraclavicular direita). Após 10 anos em 3ª remissão completa, é detectada nova recidiva e reinicia quimioterapia com ABVD (8 ciclos). Três meses após conclusão de tratamento, a doente inicia quadro de dispneia de agravamento progressivo, com infecções respiratórias recorrentes (sem identificação de agente), desenvolvendo insuficiência respiratória crónica, platipneia e ortodéoxia persistentes. Imagiologicamente: imagens compatíveis com sequelas de pneumonite rádica, derrame pleural e múltiplas opacidades alveolares dispersas por ambos os campos pulmonares. A biópsia pulmonar excluiu recidiva de LH, com histologia concordante com sequelas de quimioterapia. A doente permaneceu dependente de oxigenoterapia permanente, sob corticoterapia, tendo vindo a falecer na sequência de insuficiência respiratória global descompensada no contexto de pneumonia, cerca de 18 meses depois.

Discussão: Os regimes de quimioterapia com multi-agentes incluindo bleomicina e/ou radioterapia são basilares no tratamento do LH. O presente caso ilustra a toxicidade pulmonar iatrogénica como uma complicação grave, com impacto na sobrevida.

Palavras-chave: Linfoma de Hodgkin. Toxicidade pulmonar iatrogénica. Quimioterapia. Radioterapia.

P34. ADENOCARCINOMA PULMONAR E ISQUEMIA ARTERIAL: QUANDO UMA COMPLICAÇÃO NÃO VEM SÓ

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, L. Ferreira, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: A relação próxima entre cancro e trombose é conhecida desde o século XIX, quando Armand Trousseau descreveu a associação clínica entre malignidade oculta e tromboembolismo venoso idiopático. Sabe-se que o cancro está associado a um estado de hipercoagulabilidade com elevação do risco trombótico, aumentado também pela quimioterapia. O surgimento de complicações trombóticas em doentes neoplásicos acarreta uma morbimortalidade significativa.

Caso clínico: Senhor de 56 anos, autónomo, com adenocarcinoma pulmonar e metastização pulmonar contralateral, pleural e óssea, que recorreu ao serviço de urgência por início súbito de dor e plegia no membro superior esquerdo (MSE), associado com disartria e cefaleias, com 8 horas de evolução. Efetuara na semana anterior o primeiro ciclo de quimioterapia com carboplatina, pemetrexed e pamidronato. Estivera internado no mês anterior por derrame pleural maligno, com necessidade de pleurodese química com talco. Como fatores de risco cardiovasculares, a apontar hábitos tabágicos passados, hipertensão arterial e dislipidemia, medicado com antihipertensor e antidislipidémico. À admissão, miose pupilar e limitação da oculomotricidade bilateral, diminuição da força muscular no MSE, mão esquerda descorada, com pontas dos dedos cianosadas e pulso radial impalpável. Realizou tomografia cerebral, com hipodensidades cerebelosas, sem lesão basilar; eletrocardiograma, com bloqueio do ramo direito, sem fibrilação auricular; ecocardiograma, sem trombos intracardiacos; ecodoppler arterial do MSE, com isquemia do território arterial radial; e radiografia torácica, com derrame pleural direito. Foi observado por Neurologia e Cirurgia Vascul. Iniciou hipocoagulação com heparina não fraccionada e foi internado por AVC isquémico e isquemia arterial aguda do MSE, interpretados no contexto protrombótico do adenocarcinoma pulmonar. No internamento, o senhor desenvolveu insuficiência respiratória aguda e detetou-se volumoso derrame pleural bilateral, com prolongamento dos tempos de coagulação. A toracocentese revelou um hemotórax. Apesar da abordagem multidisciplinar por Pneumologia, Neurologia, Imuno-hemoterapia e Medicina Física e Reabilitação, o senhor veio a falecer durante o internamento.

Discussão: Neste caso clínico, pretende-se alertar para o risco trombótico e respetivas complicações nos doentes com neoplasia pulmonar e sob quimioterapia. É essencial a aplicação de métodos mais sofisticados de predição de risco trombótico e de avaliação do risco e benefício da profilaxia antitrombótica.

Palavras chave: Adenocarcinoma. Pulmão. Isquemia. Trombose.

P34. LUNG ADENOCARCINOMA AND ARTERIAL ISCHEMIA: WHEN A COMPLICATION DOESN'T COME ALONE

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, L. Ferreira, J. Cunha

Pulmonology Department, Hospital de Braga.

Introduction: The close relation between cancer and thrombosis is known since the 19th century, when Armand Trousseau described the clinical association of occult malignancy and idiopathic venous thromboembolism. It is known that cancer is associated with a hypercoagulable state with raised thrombotic risk, also elevated by the chemotherapy. The development of thrombotic complications in neoplastic patients carries significant morbidity and mortality.

Case report: Male, 56 years-old, independent, with lung adenocarcinoma, with contralateral pulmonary, pleural and bone metastasis, admitted to the emergency department for sudden onset of pain and plegia in left arm, associated with dysarthria and headache, with 8-hour evolution. In the previous week, he had performed the first chemotherapy cycle with carboplatin, pemetrexed and pamidronate. He was hospitalized in the previous month for malignant pleural effusion, controlled with talc chemical pleurodesis. As cardiovascular risk factors, to mention former smoking habits, arterial hypertension and dyslipidemia, both appropriately treated. On admission, bilateral pupillary miosis and ocular motricity limitation, left arm diminished muscular strength, pale left hand, cyanosis of the finger tips, and impalpable radial pulse. A cerebral tomography was performed, with cerebellar hypodensities, without basilar lesion; electrocardiography, with right-bundle block, without atrial fibrillation; ecocardiogram,

without intracardiac thrombus; left arm arterial ecodoppler, with radial artery ischemia; and chest x-ray, with right pleural effusion. The patient was observed by Neurology and Vascular Surgery. Hypocoagulation with non-fractionated heparin was initiated and the patient was hospitalized with the diagnoses of ischemic stroke and acute left arm arterial ischemia, interpreted in the prothrombotic context of lung adenocarcinoma. During hospitalization, the patient developed acute respiratory failure and volumous bilateral pleural effusion was detected, with prolonged coagulation times. Thoracocentesis revealed a hemothorax. Despite the multidisciplinary approach by Pulmonology, Neurology, Imuno-hemotherapy and Rehabilitation, the patient died during hospitalization.

Discussion: This case report intends to alert for the thrombotic risk and respective complications in patients with lung neoplasia and under chemotherapy. The application of more sophisticated methods of thrombotic risk prediction and an evaluation of risk versus benefit of antithrombotic prophylaxis is essential.

Key words: Adenocarcinoma. Lung. Ischemia. Thrombosis.

P35. LINFOMA PRIMÁRIO DO PULMÃO: UM CASO RARO

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

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: O linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) constitui o subtipo de linfoma mais comum, representando 31% dos casos de linfoma não-Hodgkin (LNH). Os LNHDGCB apresentam uma rápida taxa de crescimento, sendo comum o envolvimento extra-ganglionar como massa infiltrando órgãos e tecidos, sobretudo a pele e o trato gastrointestinal.

Caso clínico: Homem de 75 anos, ex-trabalhador no corte de pedra, ex-fumador, com várias comorbilidades, admitido por quadro clínico caracterizado por toracalgia esquerda posterior de características pleuríticas e tosse seca de predomínio noturno com 4 dias de evolução. Sem noção de febre, dispneia, hemoptises, hipersudorese, ou sintomatologia constitucional associada. Objetivamente apresentou-se apirético, eupneico, sem adenomegalias palpáveis. Analiticamente apresentava anemia macrocítica e discreta elevação dos parâmetros inflamatórios. A radiografia do tórax revelou opacidades parenquimatosas mal definidas no andar médio e inferior do campo pulmonar direito. Realizou TC do tórax que evidenciou opacidades bilaterais vagamente nodulares mal definidas, com algumas áreas em vidro despolido e com broncograma aéreo, envolvendo sobretudo o LID, mas também o segmento superior do LSE, adenopatias mediastínicas e hilares calcificadas. A videobroncofibroscopia mostrou a presença difusa de pigmento antracótica, sem lesões endobrônquicas. Da análise do lavado broncoalveolar destacava-se DNA para *Mycobacterium tuberculosis* e pesquisa de BAAR negativos; celularidade com 66% linfócitos, 31% macrófagos, 2% eosinófilos e 1% PMN, com relação CD4/CD8 de 10,2. Do restante estudo complementar realçava-se uma SACE normal, cálcio sérico e urinários normais, negatividade das serologias infecciosas, procalcitonina e estudo auto-imune. Perante a incerteza diagnóstica foi realizada biópsia transtorácica a opacidade nodular do LID. O resultado histopatológico foi compatível com LNHDGCB, tendo iniciado estudo dirigido para estadiamento, que não revelou envolvimento extra-pulmonar.

Discussão: Os Linfomas primários do pulmão são processos linfoproliferativos raros, que envolvem o parênquima pulmonar, gânglios mediastínicos/hilares sem extensão extrapulmonar ao diagnóstico ou durante os três meses após o diagnóstico. Os LNHDGCB contabilizam apenas cerca de 10% destes casos.

Palavras-chave: Pulmão. Linfoma. Primário.

P36. TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO TÍPICO: APRESENTAÇÃO RARA

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

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: Os tumores carcinóides brônquicos são neoplasias neuroendócrinas que representam 1-2% das neoplasias pulmonares. Histologicamente classificam-se como tumores carcinóides típicos, de baixo grau de malignidade (80-90% dos casos) e carcinóides atípicos (10- 20%), mais agressivos. Ocorrem mais frequentemente entre os 40 e os 60 anos de idade, sendo no entanto a neoplasia pulmonar mais comum nas crianças.

Caso clínico: Mulher de 48 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, recorreu ao serviço de urgência por desconforto torácico. Referia história de pieira, dispneia para grandes esforços e expectoração hemoptóica esporádica desde há um ano. A radiografia de tórax à admissão revelou exuberante enfisema subcutâneo e pneumomediastino associado. Realizou Angio-TC tórax onde se identificou ainda uma formação nodular no brônquio principal, de contornos bem definidos, captante de produto de contraste, com aproximadamente 2 cm de diâmetro e atelectasia do lobo superior esquerdo. A broncofibroscopia rígida revelou uma lesão nodular lisa, vascularizada e sangrante, condicionando obstrução completa da porção distal do brônquio principal esquerdo, que foi biopsada e cujo resultado do exame histopatológico foi compatível com tumor neuroendócrino bem diferenciado do tipo carcinóide típico. Foi submetida a lobectomia superior esquerda, tendo o resultado anatomo-patológico da peça operatória revelado um tumor carcinóide típico do brônquio principal esquerdo, com crescimento endobrônquico e peri-cartilagíneo, sem necrose, mitoses ou atipias nucleares. Os gânglios linfáticos hilares e da janela aorto-pulmonar excisados, mantinham a morfologia habitual, apresentavam deposição de antracose e não evidenciavam metastização.

Discussão: Os tumores carcinóides típicos apresentam frequentemente uma localização central. Aproximadamente 50% dos tumores carcinóides típicos estão associados a imagens de obstrução brônquica, nomeadamente atelectasia ou consolidação. A extensão local além da parede brônquica é comum, fazendo da ressecção cirúrgica o tratamento de escolha em detrimento da excisão endoscópica. O caso clínico tem particular interesse, dada a apresentação imagiológica rara com pneumomediastino e enfisema subcutâneo.

Palavras-chave: Carcinóide. Típico. Pneumomediastino. Enfisema.

P37. TUMORES METÁCRONOS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

C. Pereira¹, M.J. Abreu², A.S. Costa³, M.M. Figueiredo³

¹Unidade Saúde Familiar Fafe Sentinela, Fafe. ²Unidade Saúde Familiar Duovida, Guimarães. ³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução: O cancro do pulmão apresenta, atualmente, na União Europeia, uma incidência anual de 52,5/100.000 e uma mortalidade anual de 48,7/100.000 sendo a principal causa de morte por cancro. As neoplasias primárias múltiplas do pulmão são uma entidade pouco frequente, com uma incidência que varia entre 0,5% e 3,5% segundo algumas series consultadas.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um homem de 60 anos, caucasiano, fumador (70 UMA). Antecedentes ocupacionais de lapidação de granito durante 20 anos. Enviado a consulta de Pneumologia por “broncocelelo no lobo médio”. Foi observado seis meses após a referência, constatando-se a presença de imagem

nodular com 21 mm do lobo médio e de uma nova imagem nodular com 8 mm no segmento póstero-basal esquerdo. Apresentava-se sem queixas e com bom estado geral. Realizou estudo dos nódulos e a PET evidenciou hipermetabolismo de 18F-FDG nos dois nódulos pulmonares, à direita com SUVmáx = 4,63 e à esquerda com SUVmáx = 4,04. Neste contexto realizou biópsia pulmonar transtorácica (BTT) no nódulo direito cuja histologia foi compatível com carcinoma neuroendócrino bem diferenciado (tumor carcinóide típico). A BTT do nódulo à esquerda foi inconclusiva devido à pequena dimensão e à localização da lesão. Dada a incerteza diagnóstica do nódulo à esquerda realizou-se PET-Scan com Gallium (Ga66PET) para os receptores da somatostatina que foi positiva para o nódulo da direita, mas negativo para o nódulo da esquerda. Optou-se pela excisão cirúrgica do nódulo direito, com lobectomia do médio, confirmando tratar-se de um Tumor neuroendócrino com características de carcinóide típico (pT1b N0 R0). Após 5 meses foi submetido a lobectomia inferior esquerda, cuja anatomo-patologia mostrou tratar-se de um Carcinoma de células grandes (pT1b N0 R0). Mantém vigilância clínica sem sinais de progressão da doença.

Discussão: Este caso torna-se interessante pelo desafio diagnóstico desde o momento em que o doente foi referenciado até ao aparecimento de um segundo nódulo no pulmão contralateral e posterior exclusão de lesão secundária.

Palavras-chave: Neoplasia pulmonar. Metácrono.

P38. LINFOMA PULMONAR DO TECIDO LINFÓIDE ASSOCIADO À MUCOSA E INFECÇÃO POR MYCOBACTERIUM CHELONAE

J. Neves¹, G. Silva², L. Andrade², A. Saraiva²

¹Serviço de Medicina Interna; ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro.

Introdução: O linfoma pulmonar do tecido linfóide associado à mucosa (MALT) é o tipo mais frequente dos linfomas não Hodgkin primários do pulmão, contudo raro, constituindo apenas 1% de todas as neoplasias primárias do pulmão. O pulmão é a localização não gastrointestinal mais frequente do linfoma MALT, contribuindo para cerca de 19% daqueles.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 66 anos, ex-fumador, com antecedentes de linfoma gástrico, de histologia desconhecida, aos 40 anos. É internado com quadro de tosse com expectoração mucopurulenta, ocasionalmente hemoptóica, com temperaturas subfebris, com 2 meses de evolução. A radiografia torácica mostrava uma opacidade arredondada no terço médio do hemitórax esquerdo, que a TAC torácica revelou tratar-se de uma consolidação pulmonar com broncograma aéreo. Analiticamente, sem aumento dos parâmetros inflamatórios. Foi realizada broncofibroscopia, com colheita de secreções brônquicas, onde foi isolado *Mycobacterium chelonae* (por biologia molecular e em cultura em meio de Lowenstein), tendo iniciado antibioclinares. Apesar da melhoria clínica, imagiologicamente não apresentou evolução favorável, pelo que realizou biópsia pulmonar transtorácica, que revelou tratar-se de um linfoma marginal extranodal do tecido linfóide associado à mucosa (MALT). O doente manteve tratamento com antibioclinares e foi encaminhado para consulta de hemato-oncologia, onde aguarda início de tratamento dirigido.

Discussão: São descritos na literatura alguns casos concomitantes de infecção por *Mycobacterium* e linfoma MALT pulmonar. Apesar de não se encontrar um antigénio comum responsável pelo aparecimento do linfoma, como no caso do *Helicobacter pylori* no MALT gástrico, poderá haver uma relação entre a infecção por micobactérias e linfoma pulmonar MALT.

Palavras chave: Linfoma MALT. Pulmão. Micobactéria atípica.

P39. APRESENTAÇÃO E RESPOSTA TERAPÊUTICA DE UM ADENOCARCINOMA DO PULMÃO COM MUTAÇÃO EGFR

A. Vale, C. Pinto, B. Conde, T. Gomes, A. Fernandes, A. Afonso

Serviço de Pneumologia, CHTMAD.

Introdução: Na maioria dos pacientes com neoplasia do pulmão, as alterações imagiológicas são suficientemente características para sugerir o diagnóstico.

Caso clínico: Mulher de 62 anos de idade, não fumadora, sem antecedentes relevantes. Em agosto de 2013 iniciou quadro insidioso de tosse irritativa, dispneia para esforços e sintomas constitucionais. Em dezembro de 2013, recorreu ao serviço de urgência por quadro de cefaleias e vertigens com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo constataram-se crepitações inspiratórias dispersas na auscultação pulmonar e gasimetricamente insuficiência respiratória. O estudo analítico não apresentou alterações relevantes. Realizou tomografia computadorizada (TC) crâneo-encefálica que identificou múltiplas lesões cerebrais arredondadas dispersas, que evocavam natureza infecciosa ou metastática. A telerradiografia torácica mostrava extensos infiltrados interstício-alveolares bilaterais pelo que realizou TC torácica que identificou exuberante infiltrado micronodular bilateral, com áreas confluentes, sugerindo etiologia infecciosa, nomeadamente tuberculose disseminada. A broncofibroscopia não mostrou lesões endobrônquicas e o estudo microbiológico do lavado broncoalveolar foi negativo. A TC abdominopélvica era normal. As lesões cerebrais foram estudadas por ressonância magnética confirmando características típicas de lesões metastáticas. Procedeu-se a biópsia aspirativa transtorácica, com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão. Por decisão de grupo multidisciplinar de oncologia, iniciou radioterapia holocraneana, aguardando resultados das pesquisas de mutações e translocação no gene EGFR e ALK, respetivamente. Após identificação de mutação no exão 21 do gene EGFR, iniciou-se tratamento com Gefitinib. A resposta clínica e radiológica nas primeiras 2 semanas de tratamento foi francamente favorável, com resolução da insuficiência respiratória e melhoria importante dos infiltrados pulmonares bilaterais.

Discussão: O caso clínico descrito pretende relatar uma apresentação pouco comum de neoplasia pulmonar, nomeadamente pelo atingimento pulmonar extenso com padrão micronodular, tendo-se considerando provável a etiologia infecciosa. Por outro lado, realça a importância da pesquisa de mutação EGFR, que, quando presente, indica o tratamento com inibidor da tirosina cinase em primeira linha, em detrimento de esquema quimioterápico com considerável toxicidade.

Palavras chave: Adenocarcinoma . Pulmão. EGFR . Gefitinib.

P40. CARCINOMA DE PEQUENAS CÉLULAS DO PULMÃO EM NÃO FUMADORES

A.T. Castro, J. Clemente, T.M. Alfaro, S. Freitas, J. Cemlyn-Jones, A. Pêgo

Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O cancro do pulmão de pequenas células (CPPC) está intimamente relacionado ao tabagismo, tendo sido relatados apenas casos esporádicos em doentes não fumadores. Neste subgrupo de doentes, a exposição ambiental ao fumo do tabaco e/ou fatores de riscos ocupacionais têm sido implicados como possíveis causas de cancro do pulmão. No entanto, a informação atual, particularmente no que se refere ao CPPC, é escassa.

Casos clínicos: Os autores relatam 5 casos clínicos de doentes não fumadores, diagnosticados com CPPC no Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário de Coimbra. A todos os doentes foi aplicado

um questionário pormenorizado sobre exposição a fumo de tabaco e riscos inalatórios ocupacionais. Todos os doentes pertenciam ao género feminino, com idade média $63,0 \pm 15,7$ anos. As queixas mais frequentes foram tosse, dispneia, anorexia e perda significativa de peso. O diagnóstico foi obtido por biópsia transbrônquica em todos os casos. Dois doentes tinham doença localmente avançada e os outros dois apresentavam doença extensa com metástases à distância. As abordagens terapêuticas incluíram quimioterapia de primeira linha com duplete de platina e etoposido, tendo-se obtido remissão parcial em metade dos casos. A sobrevivência média foi de $15,8 \pm 3,8$ meses, tendo todos os doentes falecido.

Discussão: São necessários mais estudos para melhor compreender os mecanismos patogénicos associados com o CPPC em doentes não fumadores, pelo que se contribui com esta série de casos que beneficia de um processo metódico de exclusão de potenciais fatores de risco inalatórios, nomeadamente tabagismo passivo e exposição ocupacional a partículas inaladas.

Palavras-chave: Cancro do pulmão de pequenas células. Não-fumador. Mulheres.

P40. SMALL LUNG CANCER IN NEVER-SMOKERS

A.T. Castro, J. Clemente, T.M. Alfaro, S. Freitas, J. Cemlyn-Jones, A. Pêgo

Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Small-cell lung cancer (SCLC) is closely related to smoking and only sporadic cases have been reported in non-smoking patients. Environmental tobacco smoke and/or occupational risk factors have been implied as possible causes of lung cancer in this subset of patients. However, current information is scarce, particularly in SCLC.

Case reports: We present 5 clinical cases of never-smokers diagnosed with SCLC at the Pulmonology Unit of Coimbra University Hospital. An exhaustive questionnaire was performed to all patients and excluded second-hand smoking or occupational hazards. They were all females with mean age 63.0 ± 15.7 years. The most frequent complaints were cough, dyspnea, anorexia and significant weight loss. Diagnosis was obtained by transbronchial biopsies in all cases. Two patients had locally advanced disease and the other two had extensive-disease due to distant metastases. Treatment approaches included first-line chemotherapy with platinum and etoposide duplet and partial remission was achieved in half the cases. All patients died and mean survival was 15.8 ± 3.8 months.

Discussion: Further studies are needed to better understand the pathogenicity of non-smoking related SCLC for which we contribute with this case series further enriched by a meticulous exclusion of potential risk factors.

Key words: Small-cell lung cancer. Never-smoker. Women.

P41. RESSECÇÃO CIRÚRGICA PULMONAR PARA ALÉM DA NEOPLASIA MALIGNA DO PULMÃO

A.T. Castro¹, S. Freitas¹, J. Bernardo², M. Antunes²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introdução: O acesso a técnicas de imagem cada vez mais desenvolvidas, como a tomografia computadorizada, levaram a uma maior identificação de nódulos solitários do pulmão (NSP), que representam frequentemente verdadeiros desafios de diagnóstico. A ressecção cirúrgica é muitas vezes necessária para se obter um diagnóstico definitivo e, ocasionalmente, identifica lesões benignas, apesar de alta suspeita de malignidade.

Objectivo e métodos: Descrição retrospectiva dos NSP benignos ressecados cirurgicamente no Serviço de Cirurgia Cardiorádica, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2011.

Resultados: De um total de 1.208 ressecções pulmonares realizadas durante um período de 5 anos, 402 (33,2%) revelaram patologia benigna e destas, 230 (19,0%) corresponderam a NSP relativos a 227 pacientes (58,7% homens, média de idade $55,5 \pm 13,6$ anos). A ressecção em cunha foi responsável por 60,0% das cirurgias enquanto a lobectomia, segmentectomia e pneumectomia foram responsáveis por 27,0%, 11,3% e 1,7% dos procedimentos, respectivamente. O tempo de internamento foi superior para a pneumectomia e lobectomia, em comparação com a segmentectomia e ressecção em cunha ($9,8 \pm 4,2$ e $8,6 \pm 4,4$ dias versus $7,5 \pm 4,3$ e $6,0 \pm 2,0$ dias, respectivamente). A patologia mais comum foi doença infecciosa (41,7%), seguido por neoplasia benigna (14,8%), bronquiectasias (12,2%), malformação congénita do pulmão (7,4%) e pneumoconiose ou doença pulmonar intersticial (7,0%). Também foram descritos casos de pulmão do fumador (5,2%), lesões fibróticas (5,2%), amiloidoma (1,7%) e síndrome do lobo médio (1,3%). Foram diagnosticados 2 casos cada (0,9%) de ossificação pulmonar e de histiocitose sinusoidal. Identificou-se um caso de granuloma de corpo estranho (0,4%). Não foi encontrada qualquer alteração em 1,3% das ressecções. 22,5% dos doentes era fumador e 3,9% eram alcoólicos. As principais comorbidades eram hipertensão arterial (18,0%), diabetes (9,3%) e dislipidemia (8,4%). Em 9,6% dos doentes tinha sido diagnosticado previamente cancro extrapulmonar. Não ocorreram complicações pós-operatórias.

Conclusões: A abordagem inicial de um NSP tem como objetivo diagnosticar nódulos malignos através de procedimentos minimamente invasivos e evitar a ressecção de nódulos benignos. Contudo, no nosso estudo, foi diagnosticada uma quantidade significativa de nódulos benignos através de ressecção pulmonar, sugerindo que os modelos atuais de avaliação do risco de malignidade podem ser insuficientes para evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários.

Palavras-chave: Nódulo solitário do pulmão. Ressecção pulmonar. Patologia benigna do pulmão.

P41. PULMONARY SURGICAL RESECTION BEYOND MALIGNANT LUNG CANCER

A.T. Castro¹, S. Freitas¹, J. Bernardo², M. Antunes²

¹Pulmonology Department; ²Cardio-Thoracic Surgery Department. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra.

Introduction: The widespread of increasingly developed imaging techniques such as computed tomography has led to a greater recognition of solitary pulmonary nodules (SPN) that pose common diagnostic challenges. Surgical resection is often required for diagnosis certainty and occasionally discloses benign lesions despite high suspicion of malignancy.

Objective and methods: Retrospective descriptive analysis of all surgically resected benign SPN suspected of malignancy at our Thoracic Surgery Unit between January 2007 and December 2011.

Results: From a total of 1208 pulmonary resections performed during a period of 5 years, 402 (33.2%) were related to benign abnormalities and of these, 230 (19.0%) corresponded to SPN that occurred in 227 patients (58.7% men with a mean age of 55.5 ± 13.6 years). Wedge resection accounted for 60.0% of the surgeries whereas lobectomy, segmentectomy and pneumectomy were responsible for 27.0%, 11.3% and 1.7% of the procedures, respectively. Length of stay was higher for pneumectomy and lobectomy compared to segmentectomy and wedge resection (9.8 ± 4.2 and 8.6 ± 4.4 days versus 7.5 ± 4.3 and 6.0 ± 2.0 days, respectively). Pulmonary infectious disease was the most common finding (41.7%), followed by benign lung neoplasm (14.8%), bronchiectasis (12.2%),

congenital malformation of the lung (7.4%), and pneumoconiosis or interstitial lung disease (7.0%). Minor cases of smokers-lung (5.2%), fibrotic lesions (5.2%), amyloidoma (1.7%), and middle lobe syndrome (1.3%) were also described. Rare incidents of pulmonary ossification and sinusoidal histiocytosis accounted for 2 cases (0.9%) each. One single case referred to a foreign body granuloma (0.4%). No abnormalities were found in 1.3% of the resections. Smoking habits were identified in 22.5% of all patients and 3.9% were heavy-drinkers. Major comorbidities included arterial hypertension (18.0%), diabetes (9.3%) and dyslipidemia (8.4%). Extrapulmonary cancer had been previously diagnosed in 9.6% of the cases. No postoperative complications were reported.

Conclusions: The initial approach of a SPN aims to diagnose malignant nodules through minimally invasive procedures and avoid resection of benign nodules. However, in our study, a significant amount of pulmonary resections resulted in benign nodules. Thus, current models for assessing malignancy risk seem to be unsatisfactory in order to avoid unnecessary surgical procedures.

Key words: Solitary pulmonary nodule. Pulmonary resection. Benign lung disease.

P42. BRONCOFIBROSCOPIA NA AVALIAÇÃO DE DOENTES COM DIFERENTES FORMAS DE IMUNOSSUPRESSÃO

P. Ramalho, P.U. Brito, C. Dias, L. Fernandes, Y. Martins, F. Barata

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

Introdução: A broncofibroscopia (BF) é frequentemente utilizada no estudo de alterações imagiológicas e ou suspeita de infeção em doentes imunocomprometidos. Nestas situações, o diagnóstico precoce e tratamento dirigido são de particular importância, representando a BF e suas técnicas subsidiárias uma importante mais-valia.

Objectivos: Pretende-se avaliar o papel da BF e suas técnicas na avaliação de doentes com diferentes quadros de imunossupressão, caracterizando os seus achados e a sua rentabilidade diagnóstica.

Métodos: Selecionados os doentes que realizaram BF por alterações radiológicas ou suspeita de infeção, e que apresentavam alguma forma de imunossupressão documentada. Exames realizados no HG - CHUC, durante um período de 4 anos. Foram recolhidos os dados após revisão dos processos clínicos e os doentes foram divididos em 3 grupos, consoante o motivo de imunossupressão: patologia neoplásica em tratamento, infeção pelo VIH e outros.

Resultados: Incluídos 66 doentes com idade média de $61,4 \pm 13,4$ anos, maioritariamente homens (74%), divididos em Grupo 1 (G1) - neoplasias em tratamento (33%), Grupo 2 (G2) - infeção pelo VIH (29%) e Grupo 3 (G3) - outras patologias (38%). As idades medianas foram G1 - 66 anos; G2 - 49 anos e G3 - 66 anos. A BF foi realizada por suspeita de infeção em 91% no G1, 89% G2 e 80% no G3, sendo os principais achados endoscópicos: G1 - sinais de infiltração (32%); G2 - normal (37%); G3 - sinais inflamatórios (32%). Estavam sob antibioterapia (AB) prévia 64% dos doentes no G1, 42% no G2 e 56% no G3. Foi realizado aspirado brônquico em 44 doentes e mini lavado broncoalveolar em 36 doentes, com rentabilidade diagnóstica total de 32% (32% no G1, 26% no G2 e 44% no G3). O isolamento microbiológico mostrou predomínio de gérmens multirresistentes no G1, fungos (*Pneumocystis jirovecii*) no G2 e fungos (não *Pneumocystis jirovecii*) no G3.

Conclusões: Na nossa amostra, e nos grupos individualizados, parece haver ligeira diferença nas rentabilidades diagnósticas da BF, sendo menor para o G2. Salientamos a alta taxa de suspeição de infeção, a escassez de achados endoscópicos sugestivos, a percentagem elevada de AB prévia (provavelmente a condicionar as rentabilidades diagnósticas) e os isolamentos obtidos (característicos de estados de imunossupressão).

Palavras-chave: Broncofibroscopia. Imunocomprometidos. Aspirado brônquico. Lavado broncoalveolar.

P43. COMUNICAÇÃO MÉDICO-DOENTE E BRONCOSCOPIA: CARACTERIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES

M. Saldanha Mendes¹, P. Matos², F Gamboa²

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã. ²Hospitais da Universidade de Coimbra-CHUC, Coimbra.

Introdução: A qualidade da comunicação médico-doente parece influenciar a colaboração e tolerância do último a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos invasivos realizados sob anestesia local.

Objectivos: Caracterizar a eficácia da comunicação médico-doente relativamente à broncoscopia flexível, e avaliar as suas implicações na tolerabilidade ao exame.

Métodos: Aplicação de um questionário aos doentes sujeitos a broncofibroscopia sob anestesia local durante o período de Dezembro/2012 a Abril/2013, aplicando-se questionário complementar aos respectivos médicos.

Resultados: Responderam ao inquérito 56 doentes, com idade média de 58,7 anos, dos quais 57,2% eram homens, e 92,8% eram doentes de ambulatório. 57,2% dos médicos responsáveis eram Pneumologistas. Apenas 21% dos doentes referem ter recebido informações satisfatórias por parte do seu médico relativamente à broncofibroscopia, contrastando com 59% dos médicos responsáveis que referem ter prestado informações adequadas ($p < 0,001$). Globalmente, os doentes melhor informados eram mais jovens, tinham maior nível de escolaridade, e eram orientados por pneumologistas. No entanto, a tolerabilidade ao exame não mostrou relação com as variáveis avaliadas, nomeadamente a idade, escolaridade, qualidade subjectiva dos esclarecimentos relativos à broncoscopia e especialidade responsável (Pneumologia vs outra especialidade).

Conclusões: Contrariamente ao esperado, a qualidade da comunicação médico-doente relativamente à broncofibroscopia não se relacionou com a tolerância dos doentes ao exame.

Palavras-chave: Broncofibroscopia. Relação médico-doente.

P43. DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION AND BRONCHOSCOPY: CHARACTERIZATION AND IMPLICATIONS

M. Saldanha Mendes¹, P. Matos², F Gamboa²

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã. ²Hospitais da Universidade de Coimbra-CHUC, Coimbra.

Introduction: A good doctor-patient communication seems to influence the collaboration and tolerance of patients to invasive procedures performed under local anesthesia.

Objectives: To characterize the effectiveness of doctor-patient communication regarding flexible bronchoscopy, and assess its implications on patient's tolerability.

Methods: A questionnaire was applied to patients undergoing flexible bronchoscopy under local anesthesia, between December 2012 and April 2013. A complementary questionnaire was subsequently applied to their own doctors.

Results: Fifty-six patients completed the questionnaire. They had an average age of 58.7 years, 57.2% were male, and 92.8% were outpatients. 57.2% of physicians were pulmonologists. 54.0% of patients did not know the reason for bronchoscopy. Only 21% of patients reported having received satisfactory information from their doctors, against 59% physicians who reported having provided adequate information ($p < 0.001$). Generically, the better informed patients were younger, had higher levels of education, and were managed by pulmonologists. Patient's tolerability to flexible bronchoscopy was not related to the evaluated variables, including

age, education, level of information, and medical specialty of the physician (respiratory vs other).

Conclusions: Contrary to the expectations, the quality of patient-doctor communication regarding bronchoscopy did not influence the tolerability of patients to this medical examination.

P44. DERRAME PLEURAL MALIGNO E CANCRO DO PULMÃO

I. Costa, R. Meireles, P. Bacelar, P. Bandeira, P. Baptista

Centro Hospitalar Médio-Ave.

Introdução: História de dispneia e/ou dor pleurítica sugere derrame pleural. Existem inúmeras causas de derrame pleural e como tal uma toracocentese deve ser realizada para guiar o diagnóstico. Discrição adequada do aspecto macroscópico do fluido, contagem celular, glicose, pH, exame bacteriológico, exame cultural, nível de adenosina deaminase (ADA) deve ser pedida se a tuberculose pleural é um diagnóstico diferencial. Cerca de 25% dos derrames pleurais estudados em ambiente hospitalar são malignos. O derrame pleural maligno ocorre comumente em doentes com cancro, aproximadamente 75% dos derrames pleurais são causados por cancro do pulmão, mama ou leucemia. A presença de derrame pleural maligno está associado a pior prognóstico.

Caso clínico: Homem de 54 anos recorreu ao hospital por quadro de dispneia, dor pleurítica e anorexia com perda de peso quantificada em 15 kg nos últimos 3 meses. Antecedentes pessoais de doença hepática de etiologia alcoólica e tabagismo (50 UMA). Exame físico mostrou sinais de derrame pleural como maciez à percussão e diminuição dos sons respiratórios a auscultação. O Rx torácico mostrou derrame pleural no hemitorax direito e TC torácico excluiu outras alterações excepto espessamento pleural. O derrame pleural foi classificado com exsudado de acordo com os critérios de Light, sendo o líquido sero-hemático, 1.000/mm³ células (28,3% PMN e 71,7% MN), baixa glicose (16 mg/dL), nível baixo de ADA (16 U/L) e culturas negativas para bactérias. A citologia do líquido pleural foi negativa pelo que se optou por realizar biópsia pleural que mostrou características de adenocarcinoma com positividade para CK7 e TTF-1 e CK20 negativo. **Discussão:** O cancro do pulmão é a causa major de derrame pleural maligno. Pode ocorrer derrame pleural com todos os tipos histológicos, mais frequentemente com adenocarcinoma. O prognóstico é mau, com esperança média de vida de 4-5 meses. A presença de derrame pleural maligno indica doença disseminada não curativa com cirurgia. O objectivo da terapêutica é providenciar ao doente a melhor qualidade de vida possível com o mínimo de hospitalizações.

Palavras-chave: Dispneia. Derrame pleural. CK7. TTF-1. Adenocarcinoma.

P44. MALIGNANT PLEURAL EFFUSION AND LUNG CANCER

I. Costa, R. Meireles, P. Bacelar, P. Bandeira, P. Baptista

Centro Hospitalar Médio-Ave.

Introduction: A history of dyspnea and/or pleuritic chest pain may suggest a pleural effusion. There are many different causes of pleural effusions and a thoracentesis needs to be performed. Description of the fluid, cell account and differential, glucose, pH, cytology, smears and cultures for bacteria, mycobacteria and adenosine deaminase (ADA) if tuberculous pleuritis is the differential. In a general hospital setting, 25% of all pleural effusions are malignant. Malignant pleural effusions occur commonly in patients with cancer and approximately 75% of pleural malignancies are caused by lung cancer, breast cancer, or leukemia. Presence of a malignant pleural effusion is associated with a poor prognosis.

Case report: A 54-year-old man was admitted in hospital because of dyspnea, pleuritic pain and weight loss of 15 pounds over the last

3 months. Personal history of alcoholic liver disease and smoking. Physical examination showed physical signs of pleural effusion, such as dullness to percussion and diminished breath sounds on auscultation. Thoracic X ray showed pleural effusion in the right hemithorax and thoracic TC excludes other changes except pleural thickening. Pleural effusion was classified in exudative according to Light criteria, with a sero-hematic fluid, 1,000/mm³ cells (28.3% PMN and 71.7% MN), low glucose (16 mg/dL), low level of ADA (16 U/L) and negative cultures for bacteria. Pleura cytology was negative so it was decided to explore additional diagnostic avenues, and a pleural biopsy was performed. It showed characteristics of adenocarcinoma, positivity for CK7 and TTF-1 and negative.

Discussion: Lung carcinoma is the leading cause of malignant pleural effusion. Effusion can occur with all histological types, most frequently with adenocarcinoma. The prognosis of patients with malignant pleural effusion is grave, with a median life expectation of 4 to 5 months. The presence of the malignant pleural effusion indicates that the malignance is disseminated and is not curable with surgery. The aim of the therapy for the pleural effusion is to provide the patient with the highest possible quality of life with minimal amount of hospitalization.

Key words: *Dyspnea. Pleural effusion. CK7. TTF-1. Adenocarcinoma.*

P45. IMATINIB - CAUSA IATROGÉNICA INCOMUM DE DERRAME PLEURAL

J.V. Lages¹, I. Apolinário², C.C. Ângela², A. Oliveira e Silva²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga.

Introdução: O derrame pleural (DP) trata-se de uma entidade com numerosos diagnósticos diferenciais requerendo uma abordagem sistematizada. As reações adversas medicamentosas devido a agentes antineoplásicos são uma forma comum de lesão iatrogénica pulmonar. Nos inibidores da tirosina cinase Bcr-Abl, em particular o Dasatinib, o DP é o efeito lateral mais comum (30% num estudo com 172 adultos), podendo ser bilateral ou unilateral, mais frequentemente exsudativo e com predomínio de linfócitos. É mais comum em pacientes medicados com Dasatinib quando comparado com Imatinib sendo, portanto, uma forma de apresentação possível mas pouco frequente no último.

Caso clínico: Sexo masculino, 72 anos, parcialmente autónomo. Antecedentes de leucemia mielóide crónica em remissão completa, hérnia do hiato, gastrite e anemia macrocítica. Antecedentes cirúrgicos de correção de fratura da anca esquerda, com prótese total da anca (PTA), com intervenções posteriores para revisão. Medicado cronicamente com Imatinib. Deu entrada no Hospital de Braga por progressão do padrão de dispneia com 2 meses de evolução, que iniciou imediatamente após ter estado internado durante 1 mês numa unidade privada para revisão de PTA infetada sob terapêutica com linezolide. Realizou radiografia torácica e tomografia computadorizada torácica que apresentava volumoso DP bilateral. Excluído tromboembolismo pulmonar. Atendendo aos antecedentes cirúrgicos recentes, a primeira abordagem foi excluir derrame de causa infecciosa. Foi sujeito a toracocentese diagnóstica e biópsia pleural. Apresentava derrame de características exsudativas. Estudo microbiológico e micobacteriológico do líquido pleural negativo. Exame citológico com alteração tipo reativo, linfocitose e citologia negativa para malignidade. Histológico com discreto infiltrado inflamatório, sem granulomas ou processo neoplásico. Hemoculturas negativas. Estudo analítico, imunológico e virológico sem alterações de relevo. Ecocardiograma com depressão ligeira da função sistólica global do ventrículo esquerdo. À data da alta mantinha derrame pleural.

Discussão: Após exclusão de causas infecciosas, neoplásicas e autoimunes colocou-se como diagnóstico mais provável para o derrame

exsudativo persistente medicação crónica com Imatinib. Face ao risco/benefício de manter a terapêutica com Imatinib, e uma vez que os fármacos alternativos podem apresentar o mesmo efeito iatrogénico, optou-se, em decisão conjunta com Oncologia, manter o fármaco.

Palavras-chave: *Derrame pleural. Iatrogenia. Imatinib. Inibidor da tirosina cinase Bcr-Abl.*

P45. IMATINIB - A UNUSUAL IATROGENIC CAUSE OF PLEURAL EFFUSIONS

J.V. Lages¹, I. Apolinário², C.C. Ângela², A. Oliveira e Silva²

¹Pulmonology Department; ²Internal Medicine Department, Hospital de Braga.

Introduction: Pleural effusion (PE) is an entity with numerous differential diagnoses requiring a systematic approach. Adverse drug reactions due to antineoplastic agents are a common form of iatrogenic lung injury. PE is the most common side effect of the Bcr-Abl tyrosine kinase inhibitors, in particular Dasatinib (30% in a study of 172 adults). This type of PE present as bilateral or unilateral, it is more commonly exudative with predominance of lymphocytes. It is more common in patients treated with Dasatinib compared with Imatinib, therefore, it is a possible but uncommon form of presentation with the second.

Case report: Male, 72 years old, partially autonomous. History of chronic myelogenous leukemia in complete remission, hiatus hernia, gastritis and macrocytic anemia. Surgical history of correction of a left hip fracture with total hip replacement (THR), with subsequent reviewing interventions. Medicated chronically with Imatinib. The patient was admitted in Hospital de Braga for progression pattern of dyspnea with 2 months of evolution, which started immediately after being hospitalized for one month in a private clinic for infected THR under therapy with linezolid. Chest radiography and Thoracic Computed Tomography were performed showing a massive bilateral PE. It was excluded pulmonary embolism. Given the recent surgical history, the first approach was to exclude infectious causes of PE. Diagnostic thoracentesis and pleural biopsy were done presenting exudative effusion. Microbiological and mycobacteriological study of pleural fluid were negative. Cytology showed abnormal reactive type, lymphocytosis and was negative for malignancy. Histology presented inflammatory infiltrate, without granulomas or neoplastic process. Negative blood cultures. Analytical, immunological and virological study without significant alterations. Echocardiogram with slight depression of global left ventricular systolic function. He kept the pleural effusion at the time of hospital discharge.

Discussion: After exclusion of infectious, neoplastic and autoimmune causes, it stood, as the most likely diagnosis for persistent exudative effusion, chronic therapeutic with Imatinib. Given the risk versus benefit of maintaining therapy with Imatinib, and since alternative drugs may exhibit the same iatrogenic effect, in a joint decision with Oncology, we kept the drug.

Key words: *Pleural effusion. Iatrogenics. Imatinib. Bcr-Abl tyrosine kinase inhibitors.*

P46. MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO E SOBREVIDA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M.J. Abreu¹, C. Pereira², C. Guimarães³, A.S. Costa³, M.M. Figueiredo³

¹Unidade Saúde Familiar Duovida, Guimarães. ²Unidade Saúde Familiar Fafe Sentinela, Fafe. ³Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães.

Introdução: O mesotelioma maligno da pleura é uma neoplasia maligna rara cuja agressividade é demonstrada pela escassa sobrevida média. O tratamento que combina cirurgia, radioterapia e

quimioterapia é a opção terapêutica de eleição nos casos ressecáveis estando associada a uma sobrevida média de 18 meses.

Caso clínico: Homem, 63 anos, ex-fumador, reformado (afinador de teares da indústria têxtil), previamente saudável. Em junho de 2010 inicia queixas de dispneia de instalação progressiva sem outra sintomatologia. A telerradiografia do tórax solicitada pelo médico assistente evidenciou hipotransparência homogénea no 1/3 inferior do hemitórax direito compatível com derrame pleural e é enviado ao SU. Ao exame objetivo detetada massa palpável na parede lateral da base do hemitórax direito e à auscultação pulmonar diminuição do MV na base direita. TC torácica com derrame pleural de médio volume à direita, pleura diafragmática heterogénea, espessada, com área nodular de cerca de 7 cm, a nível da parede torácica direita. Realizou toracocentese diagnóstica e evacuadora, sem identificação de células suspeitas de malignidade em exame citológico de líquido pleural. As biópsias pleurais não foram conclusivas. Realizou biópsia aspirativa da massa localizada na parede torácica que evidenciou células neoplásicas e a caracterização imunocitoquímica diagnosticou provável mesotelioma maligno epitelioide. PET sem alterações hipermetabólicas sugestivas de metástases. Em agosto submetido a pleuropneumectomia extra-pleural direita, seguido de quimioterapia (6 ciclos de cisplatino+pemetrexed) e radioterapia (incisional e hemitórax). No período subsequente de um ano, vários internamentos por infeções respiratórias com necessidade de antibioterapia endovenosa. Em novembro de 2011, por infeção respiratória por *Pseudomonas aeruginosa* apresentou destruição do coto brônquico, complicada com fistula bronco-pleural direita. Inicialmente orientado para tratamento médico, foi posteriormente submetido a encerramento cirúrgico da fistula, por agravamento imagiológico desta e clínico do doente. Por recidiva de mesotelioma na parede abdominal, submetido a radioterapia seguida de quimioterapia de segunda linha, que terminou em maio de 2013. Atualmente mantém vigilância em consulta de pneumologia oncológica.

Discussão: Apesar da morbidade e mortalidade inerentes ao mesotelioma maligno da pleura, este caso mostra que a terapêutica multimodal com pneumectomia extra-pleural associada a radioterapia e quimioterapia adjuvantes poderão estar relacionados com um aumento da sobrevida.

Palavras-chave: Mesotelioma pleural maligno.

P47. DERRAME PLEURAL EM DOENTE IMUNODEPRIMIDO

S.X. Azevedo, M. Nogueira, J. Oliveira

Instituto Português de Oncologia do Porto.

Introdução: A tuberculose pleural com derrame ocorre em aproximadamente 30% dos doentes com tuberculose. As neoplasias hematológicas, a terapêutica imunossupressora e a doença renal crónica (DRC) são fatores de risco para a infeção e sua progressão.

Caso clínico: Homem, 80 anos. História de mieloma múltiplo sob quimioterapia, DRC em hemodíalise por catéter venoso central (CVC), insuficiência cardíaca, fibrilação auricular, patologia respiratória não estratificada. Medicado com inaladores, carvedilol, omeprazol e digoxina. Internamento recente por pneumonia associada a cuidados de saúde. Transferido de outro hospital por febre sem foco aparente (provável infeção CVC). O doente referia tosse produtiva com secreções mucosas em escassa quantidade, dispneia, mialgias, anorexia. Na admissão estava apirético, hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória, com saturação de 92% em ar ambiente (pO₂ 68 mmHg). Apresentava sons respiratórios diminuídos nas bases pulmonares, crepitações no terço inferior do hemitórax esquerdo. Analiticamente com anemia normocítica/normocrômica, elevação de parâmetros inflamatórios. Sem infeção urinária. Radiografia torácica (RxT) com derrame pleural esquerdo, médio volume. Iniciou antibioterapia empírica com ceftazidima/vancomicina. Ao longo do internamento

manteve febre/períodos subfebris, toracalgia esquerda pleurítica e parâmetros inflamatórios elevados, sem evidência de infeção CVC e hemoculturas persistentemente negativas. RxT mantinha imagem de derrame pleural esquerdo. Ecocardiograma sem vegetações. Associado imipenem, sem benefício. Toracocentese diagnóstica com saída de líquido serohemático compatível com exsudado, predomínio linfocítico, adenosina deaminase 77U/L. Pesquisas de células malignas, bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), DNA *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium* e bacteriológico negativas. Cultural micobacteriológico ficou em curso. Tomografia computadorizada torácica revelou derrame pleural esquerdo, espessamento pleural e nível hidroaéreo sugestivo de derrame infetado, imagens pseudonodulares pleurais. Biópsia pleural revelou processo inflamatório fibrino-exsudativo, focos de necrose. Fez pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* no suco gástrico. Pesquisas de DNA e BAAR negativas, micobacteriológico ficou em curso. Diagnóstico de tuberculose pleural provável. Iniciou terapêutica antibacilar. Boa resposta clínica, analítica e radiológica. Lavado broncoalveolar sem isolamentos microbiológicos, negativo para células malignas. Posteriormente, os resultados culturais mostraram *Mycobacterium tuberculosis* no líquido pleural e suco gástrico.

Discussão: Destaque para um caso de tuberculose em doente imunodeprimido. O isolamento micobacteriológico não deve protelar o início da terapêutica quando a suspeita clínica é elevada.

Palavras-chave: Febre. Imunossupressão. Tuberculose. Pleural.

P47. PLEURAL EFFUSION IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENT

S.X. Azevedo, M. Nogueira, J. Oliveira

Instituto Português de Oncologia do Porto.

Introduction: Pleural tuberculosis with effusion occurs in approximately 30% of patients with tuberculosis. Hematologic malignancies, immunosuppressive therapy and chronic kidney disease (CKD) are risk factors for infection and its progression.

Case report: 80 yo male. History of multiple myeloma undergoing chemotherapy, CKD on hemodialysis through a central venous catheter (CVC), heart failure, respiratory disease, atrial fibrillation. He was taking inhalers, carvedilol, digoxin, omeprazole. Recent admission with health care associated pneumonia. Transferred from another hospital with fever without source (likely CVC infection). The patient reported productive cough with mucous secretions in small quantity, dyspnea, myalgia, anorexia. On examination he was afebrile, hemodynamically stable, with no signs of respiratory distress, oxygen saturation was 92% on room air. Diminished breath sound at the lung bases, crackles in the lower third of the left hemithorax. Blood tests showed normocytic/normochromic anemia, elevated inflammatory parameters. No urinary tract infection. Chest radiograph (CXR) with left pleural effusion, medium volume. It was started empirical antibiotic therapy with ceftazidime/vancomycin. Throughout the hospitalization the patient remained febrile with persistent left pleuritic chest pain and elevated inflammatory parameters. No evidence of CVC infection. Blood cultures were negative. CXR held image of left pleural effusion. Echocardiography revealed no vegetations. It was started imipenem, without benefit. Diagnostic thoracentesis showed bloody liquid compatible with exudate, lymphocyte predominance, adenosine deaminase 77U/L. Searches of malignant cells, acid-fast bacilli (AFB), *Mycobacterium tuberculosis* DNA, *Mycobacterium avium* DNA and bacteriological cultures were negative. Mycobacteriological culture was ongoing. Chest computed tomography showed a left pleural effusion, pleural thickening and air-fluid level suggestive of infected effusion, pleural pseudonodular images. Pleural biopsy showed fibrin- exudative inflammation, foci of necrosis. Searches of *Mycobacterium tuberculosis* DNA and AFB on gastric aspirate were negative.

Mycobacteriological culture was ongoing. Probable diagnosis of pleural tuberculosis. The patient started antituberculous therapy. Good clinical, analytical and radiological response. Bronchoalveolar lavage was negative for malignant cells and no microbiological agent was isolated. Later, *Mycobacterium tuberculosis* was identified in pleural fluid and gastric aspirate cultures.

Discussion: Spotlight on a case of tuberculosis in immunocompromised patient. The mycobacteriological culture result must not delay the initiation of therapy when there is a high clinical suspicion.

P48. PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL

A. Silva¹, J.C. Duarte, J. Freitas, G. Capelão, L. Carvalho, M. Antunes

¹*Serviço de Pneumologia (Director de Serviço: Dr. Mário Chaves Loureiro);* ²*Serviço de Anatomia Patológica;* ³*Serviço de Cirurgia Cardiorácica. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-HUC.*

Introdução: A endometriose pleural define-se pela presença de tecido endometrial na pleura. O quadro clínico é variável, sendo o mais comum (cerca de 80% dos casos) o Pneumotórax Catamenial (peri-menstrual), caracterizado por episódios de pneumotórax recorrente durante o período menstrual ou ovulação. Acomete em 92% dos casos o hemitórax direito, em 5% o esquerdo e em 3% manifesta-se bilateralmente. O pneumotórax associado a endometriose representa 2,8 a 5,6% de todos os pneumotóraces espontâneos na mulher.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 50 anos de idade, não fumadora, administrativa, com antecedentes de endometriose e dislipidemia, que refere toracalgia direita, tendo sido confirmado pneumotórax à direita após realização de radiografia do tórax. Por não se verificar resolução do mesmo após colocação de dreno torácico foi proposta para pleurodese e biópsia cirúrgica. O resultado anatomo-patológico foi pulmão hemorrágico idiopático. No mês seguinte foi diagnosticado pneumotórax espontâneo à esquerda, tendo sido submetida a pleurodese e biópsia cirúrgica à esquerda. O resultado histológico foi pulmão catamenial. Passados 2 meses apresentava pneumotórax recidivante à esquerda, realizando nova pleurodese. Iniciou tratamento com contraceptivos orais com resolução total dos sintomas.

Discussão: A endometriose pleural é uma patologia rara, que nem sempre é considerada no diagnóstico diferencial. O diagnóstico geralmente baseia-se em dados clínicos, sendo possível a confirmação histológica em apenas 30% dos casos. O tratamento hormonal e a cirurgia são as duas alternativas terapêuticas para esta patologia.

Palavras-chave: *Endometriose pleural. Pneumotórax catamenial. Período menstrual.*

P48. CATAMENIAL PNEUMOTHORAX

A. Silva¹, J.C. Duarte, J. Freitas, G. Capelão, L. Carvalho, M. Antunes

¹*Department of Respiratory Medicine, (Director: Dr. Mário Chaves Loureiro);* ²*Department of Pathology;* ³*Department of Cardiothoracic Surgery, Coimbra Hospital and University Centre.*

Introduction: Pleural Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue in the pleura. The clinic patterns are variable and the most common presentation (about 80% of cases) is a Catamenial pneumothorax (peri-menstrual), characterized by recurrent episodes of pneumothorax during menstruation or ovulation period. In 92% of cases it occurs on the right hemithorax, 5% on the left and 3% bilaterally. Pneumothorax associated

with endometriosis represents 2.8 to 5.6% of all spontaneous pneumothorax in women.

Case report: The authors describe a case report of a 50 year-old female patient, non-smoker, administrative assistant, with a history of endometriosis and dyslipidaemia, with complaints of right chest pain. The chest radiograph showed a right-sided pneumothorax. However, as there was non-resolution of the pneumothorax after chest tube placement the patient underwent pleurodesis and surgical biopsy. The anathomo-pathologic result was idiopathic hemorrhagic lung. After a month, a left -sided spontaneous pneumothorax was diagnosed. Pleurodesis and left surgical biopsy were also performed and the histological result was catamenial lung. After two months a left recurrent pneumothorax occurred and therefore pleurodesis was again carried-out. Treatment with oral contraceptives was initiated with complete resolution of symptoms.

Discussion: Pleural endometriosis is a rare condition, which is not always considered in the differential diagnosis. The diagnosis is usually based on clinical data and histological confirmation is established only in 30% of cases. Hormone treatment and surgery are the two therapeutic options for this disorder.

Key words: *Pleural endometriosis. Catamenial pneumothorax. Menstruation.*

P49. UM CASO RARO DE PNEUMONIA ORGANIZATIVA SECUNDÁRIA A UM LINFOMA

C. Lacerda¹, R. Rolo¹, D. Santos Freitas², J. Cunha¹

¹*Serviço de Pneumologia;* ²*Serviço de Oncologia, Hospital de Braga.*

Introdução: A pneumonia organizativa (PO) é uma doença pulmonar difusa definida histologicamente pela existência de rolhões de tecido de granulação a nível intra-alveolar e espaços aéreos distais. Embora inespecífico, o padrão histológico juntamente com as características clínicas e imagiológicas permitem alcançar o diagnóstico de PO criptogénica, caso a etiologia seja desconhecida, ou PO secundária caso exista uma patologia capaz de induzir PO, como infeções, doenças do tecido conjuntivo, fármacos e neoplasias.

Caso clínico: Mulher de 36 anos, empregada de indústria têxtil, não fumadora e sem outros antecedentes patológicos, notou o aparecimento de tumefações cervicais direitas dolorosas associadas a otalgia direita. Realizou uma ecografia cervical que mostrou múltiplas e volumosas adenopatias cervicais direitas. Concomitantemente surgiram lesões maculares dispersas por toda a superfície corporal associadas a artrite tibiotársica bilateral que resolveram após corticoterapia (Prednisolona 40mg/dia durante 5 dias). Sem outros sintomas associados. No seguimento do estudo, efectuou uma TC cervico-toraco-abdominal que evidenciou adenopatias em várias cadeias na região cervical direita, acentuada hiperplasia do tecido linfoide no cavum faríngeo, no tórax múltiplos focos de condensação e densificação em vidro despolido de morfologia nodulariforme e hepatomegalia de contornos regulares com sinais de infiltração esteatósica difusa. As biópsias histológicas de gânglio cervical e do cavum faríngeo revelaram ambas um linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). A PET/TC confirmou doença linfoproliferativa metabolicamente activa envolvendo tecido linfoide da nasofaringe e ganglionar direito, e patologia pulmonar de etiologia incerta. Realizou broncofibroscopia com LBA que revelou linfocitose (60%) e citologia negativa. Posteriormente efetuou-se uma biópsia transtorácica por agulha de corte cuja a histologia foi compatível com pneumonia em organização. Iniciou quimioterapia dirigida a um LDGCB estadio IIA, IPI (índice de prognóstico internacional) = 1, com 4 ciclos de R-CHOP-14 (Rituximab-Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisolona/ ciclos de 14 dias) com profilaxia do sistema nervoso central. Reavaliação com PET/TC, após 3 ciclos, mostrou

ausência de doença linfoproliferativa com actividade metabólica e resolução das densificações pulmonares. Completou tratamento com radioterapia dirigida às áreas envolvidas.

Discussão: O presente caso clínico revela uma PO secundária a um LDGCB que os autores, após revisão da literatura actual, consideram de relevância clínica pela sua extrema raridade.

Palavras-chave: *Pneumonia organizativa. Linfoma.*

P50. DOENÇAS PULMONARES CÍSTICAS - APRESENTAÇÃO IMAGIOLÓGICA

M. Reis¹, H. Correia², D. Silva²

¹*Pneumologia, Hospital Sousa Martins, Guarda;* ²*Serviço de Imagiologia, Hospital de São Teotónio, Viseu.*

Introdução: Imagiologicamente os cistos pulmonares correspondem a lesões contendo ar, de parede fina, identificados em radiografia convencional e estudo tomodensitométrico, com localização focal ou difusa. São várias as patologias, do foro respiratório ou sistémicas que se podem manifestar pela presença de vários cistos pulmonares, encontrando-se neste espectro doenças congénitas e adquiridas. A TC de tórax permite a sua caracterização morfodimensional e avaliar aspectos relativos à respectiva localização, extensão, correlação com outras estruturas e diagnóstico diferencial com outras lesões pulmonares.

Objectivos: Revisão dos aspectos imagiológicos das doenças pulmonares císticas de atingimento difuso, com especial ênfase na tomografia computadorizada torácica de alta resolução (TCAR).

Métodos: Nesta revisão os autores ilustram com base em iconografia própria as diferentes patologias que cursam com lesões císticas pulmonares, descrevendo os aspectos característicos em tomografia computadorizada torácica de alta resolução, que, integrados com os dados clínicos poderão ajudar no seu diagnóstico diferencial.

Conclusões: Com este trabalho os autores pretendem demonstrar a importância dos aspectos imagiológicos, que em junção com a clínica permite muitas vezes o diagnóstico obviando à realização de métodos complementares mais invasivos.

Palavras-chave: *Cistos. Pulmão. Tomografia computadorizada.*

P51. PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA - UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM

M.D. Sousa, V.C. Melo, E. Silva, J. Vale, J.P. Silva, B. Rodrigues, A.S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A Pneumonia Intersticial Linfocítica (LIP) é um distúrbio linfoproliferativo raro, incluído no grupo das Pneumonias Intersticiais Idiopáticas, segundo a classificação da ATS/ERS 2013. O diagnóstico é estabelecido pela demonstração histopatológica de um infiltrado predominantemente linfocítico, nos espaços alveolares e interstício pulmonar.

Caso clínico: Homem de 72 anos, ex-fumador (23 Unidades Maço Ano), referenciado para a consulta de Pneumologia após internamento com o diagnóstico de pneumonia, por apresentar em TC torácica uma lesão nodular em vidro despolido de 12 mm, justacisural, no lobo inferior direito (LID). Manteve vigilância e na última reavaliação imagiológica observou-se um aumento das dimensões da lesão (14 mm), agora com aspeto mais denso e espiculado, e a presença de escassos micronódulos com distribuição ramificada (*tree-in-bud*) também no LID. Do ponto de vista clínico o doente mantinha-se assintomático. Analiticamente apresentava autoimunidade positiva para anticorpos antinucleares, e um aumento discreto da enzima conversora da angiotensina; sem aumento dos marcadores tumorais. Gasometricamente sem insuficiência respiratória e funcionalmente com uma obstrução brônquica ligeira. Foi posteriormente submetido

a videobroncofibroscopia, que revelou discretas nodularidades dispersas na parede anterior do brônquio lobar inferior direito, cuja biópsia foi inconclusiva, e oclusão de um brônquio subsegmentar do brônquio lobar inferior esquerdo, cujo escovado foi negativo para células neoplásicas. A análise microbiológica e citológica dos lavados brônquico e broncoalveolar foi negativa e o estudo imunológico do lavado broncoalveolar apresentava características normais. Dada a inacessibilidade da lesão por via transtorácica, o diagnóstico foi estabelecido por biópsia cirúrgica, que revelou um infiltrado linfocítico intersticial e na parede dos trajetos brônquicos constituído fundamentalmente por linfócitos T e B, com uma morfologia de LIP.

Discussão: A apresentação radiológica da LIP é geralmente difusa, caracterizada pela presença de infiltrados em vidro despolido dispersos, espessamento dos septos interlobulares, cistos bilaterais ou múltiplos nódulos. Em raros casos, pode apresentar-se de forma focal, como um nódulo solitário do pulmão. Neste contexto, a policlonalidade dos infiltrados permite a sua distinção de processos linfoproliferativos malignos, como o linfoma pulmonar. Além da apresentação incomum desta entidade, os autores destacam o comportamento e as características da lesão nodular, mimetizando um processo neoplásico.

Palavras-chave: *Pneumonia intersticial. Nódulo pulmonar.*

P51. LYMPHOCYTIC INTERSTITIAL PNEUMONIA - AN UNCOMMON PRESENTATION

M.D. Sousa, V.C. Melo, E. Silva, J. Vale, J.P. Silva, B. Rodrigues, A.S. Torres

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introduction: Lymphocytic interstitial pneumonia (LIP) is a rare benign lymphoproliferative disorder, included in the idiopathic interstitial pneumonias group, according to ATS/ERS consensus (2013). Its diagnosis is established histopathologically by a lymphocyte predominant infiltration of the interstitium and alveolar spaces.

Case report: 72-year-old male, past smoker (23 pack-years), referred to Pulmonology after an hospital admission with the diagnosis of Pneumonia, for imagiological findings. The chest CT revealed a ground glass nodule of 12 mm, in the right lower lobe (RLL) of the lung. During follow-up, a few months later, the nodule was larger (14 mm), denser and spiculated; centrilobular micronodules with a tree-in-bud pattern were also observed in the same lobe. Clinically the patient remained asymptomatic. The blood analysis were positive for antinuclear antibodies and also showed elevated levels of angiotensin converting enzyme; tumor marker levels were normal. The blood gas analysis was normal and the pulmonary function tests revealed a mild obstructive syndrome. The patient was submitted to a bronchoscopy, where small nodules were observed in the anterior wall of the right lower lobe bronchus, whose biopsies were inconclusive, and occlusion of a subsegmental bronchus of the left lower lobe bronchus, whose brushing was negative for neoplastic cells. The bronchial and bronchoalveolar lavages analysis were normal. As the lesion was inaccessible for transthoracic approach, the diagnosis was established by surgical biopsy, which revealed an infiltration of the interstitium and bronchial walls, composed mainly of B and T lymphocytes, features of LIP.

Discussion: The radiological findings of LIP are usually diffuse, with ground glass opacities, bilateral septal thickening, bilateral cysts or multiple nodules. In rare cases, it can have a focal presentation, as a solitary pulmonary nodule. Demonstration of the polyclonality of the B cell infiltrates distinguishes LIP from other lymphoproliferative disorders, as pulmonary lymphoma. Besides the unusual presentation, the authors emphasize the features and behaviour of the lesion, mimetizing a neoplastic process.

Key words: *Interstitial pneumonia. Pulmonary nodule.*

P52. NEOPLASIA PULMONAR EM DOENTES COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

H. Dabó, P.C. Mota, N. Melo, M.G. Fernandes, M.A. Magalhães, H. Queiroga, V. Hespagnol, A. Morais

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar São João.

Introdução: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) tem sido associada a um risco acrescido de ocorrência de neoplasia do pulmão (NP). Embora alguns fatores de risco como o tabagismo sejam comuns, a patogenia da NP neste contexto mantém-se desconhecida, sendo a intensificação da renovação celular e a agressão do seu ADN nas zonas de fibrose, uma das hipóteses mais defendidas.

Objectivos: Identificação e caracterização dos doentes com FPI e NP.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com FPI, com caracterização demográfica, clínica, imagiológica e evolução daqueles com diagnóstico concomitante de NP.

Resultados: Incluídos 122 doentes com FPI, 81 (66%) mulheres (M) e 41 (34%) homens (H), média de idades de 70 anos (44-90) e 52% com história de tabagismo. Diagnosticado NP em 9 (7%) doentes, sendo 3 (33%) M e 6 (67%) H, média de idades de 70 anos (60-81) e 78% com história de tabagismo. Mediana de 4 meses (0-84) entre o diagnóstico da FPI e da NP, tendo sido coincidente em 4 doentes. Os tipos histológicos foram carcinoma de pequenas células (CPPC) em 5 (56%) e adenocarcinomas em 4 (44%). A sua localização foi predominantemente nos lobos superiores - 7 (78%), na periferia - 5 (56%) e em áreas com fibrose - 7 (78%). O estadió distribuiu-se em 2 (22%) IA, 1 (11%) IB, 2 (22%) IIIB, 4 (45%) IV. Foi efectuada recessão cirúrgica em 3 (33%), quimioterapia (QT) em 7 (78%) e radioterapia (RT) em 2 (22%). Uma doente apresentou exacerbação aguda após a cirurgia, tendo sobrevida com deterioração funcional significativa, apresentado outra toxicidade pulmonar induzida por QT, igualmente com deterioração funcional. Faleceram 6 (67%), com uma sobrevida mediana de 19 meses (3-87) após o diagnóstico da FPI e de 5 meses (3-46) após o diagnóstico da NP. A causa da morte teve relação direta com a NP em 4 doentes (45%) e com a FPI em 2 (22%).

Conclusões: A frequência de NP encontra-se de acordo com o previamente descrito. Para além do CPPC ser o tipo histológico predominante, a sobrevida observada sugere que os doentes com NP no contexto da FPI apresentam um mau prognóstico.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática e neoplasia do pulmão.

P53. PNEUMONIA EOSINOFÍLICA ASSOCIADA A SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE INDUZIDA POR FENOFIBRATO

V. Santos¹, E. Padrão¹, P.C. Mota^{1,4}, N. Melo¹, C. Moura^{2,4}, S. Guimarães², J. Pereira³, R. Cunha³, A. Morais^{1,4}

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Anatomia Patológica;

³Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar de São João, EPE, Porto.

⁴Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: As pneumonias eosinofílicas (PE) representam um grupo heterogéneo de doenças pulmonares difusas caracterizado por eosinofilia alveolar e/ou periférica. A síndrome de hipersensibilidade induzida por fármacos com eosinofilia e sintomas sistémicos (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms - DRESS*) é uma reação rara e potencialmente fatal, que pode manifestar-se como rash cutâneo, febre e adenopatias, mas que pode envolver outros órgãos.

Caso clínico: Homem, 63 anos, fumador, antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia. Medicado com losartan/hidroclorotiazida há um ano e fenofibrato desde Setembro 2013. Por aparecimento de rash cutâneo foi suspenso o fenofibrato um mês após a sua prescrição, com reintrodução passadas duas semanas dada a melhoria clínica. Posteriormente, inicia quadro clínico de febre, mialgias, sudorese e perda ponderal, pelo que

foi instituída antibioterapia em ambulatório. Por persistência das queixas e reaparecimento de rash cutâneo é internado para realizar antibioterapia endovenosa com evolução clínica favorável. Três dias após a alta e reinício de fenofibrato, verificou-se recidiva dos sintomas descritos, pelo que é readmitido para estudo com suspensão do fármaco em causa. Objetivamente, de salientar a presença de crepitações bibasais à auscultação pulmonar e lesões cutâneas maculopapulares, pruriginosas, no tronco e membros, com dermatografismo. Do estudo realizado: leucocitose com eosinofilia (2.240); funcionalmente alteração ventilatória restritiva, sem alterações gasométricas; TC tórax alta resolução com consolidações bilaterais. Biopsia pulmonar guiada por TC revelou alterações compatíveis com pneumonia eosinofílica e a biopsia cutânea dermatite crónica epidermotrópica inespecífica, linfócitos TCD4+. Restante estudo etiológico da eosinofilia, nomeadamente auto-imune e microbiológico, foi negativo. Após suspensão definitiva do fenofibrato, verificou-se regressão progressiva do rash cutâneo e das alterações analíticas e radiológicas descritas.

Discussão: Os autores pretendem sublinhar a necessidade de manter um alto índice de suspeição da síndrome DRESS e das PE secundárias a fármacos em doentes com sintomas sistémicos e alterações radiológicas de etiologia indeterminada. Neste caso, a investigação dos hábitos farmacológicos e a sua relação temporal com as manifestações descritas foi de extrema importância, de forma a eliminar o potencial agente agressor e proporcionar melhoria clínica. Trata-se, até à data, do primeiro caso que descreve a potencial associação entre o fenofibrato e as patologias em causa.

Palavras-chave: Eosinofilia. Pneumonia eosinofílica. DRESS. Fenofibrato.

P54. GRANULOMATOSE PULMONAR BRONCOCÊNTRICA - UM CASO CLÍNICO

F. João¹, M.A. Galego¹, N.A. Rodrigues², J. Ferreira¹

¹Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano; ²Centro de Diagnóstico Pneumológico, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

Introdução: A Granulomatose Pulmonar Broncocêntrica (GPB) é uma doença rara, caracterizada pela formação de granulomas com necrose, localizada a nível dos brônquios e dos bronquíolos. Pode surgir associada a doenças imunológicas, infecciosas neoplásicas ou, então, de forma idiopática. A clínica e a imagiologia são inespecíficas e o diagnóstico é, habitualmente, histológico.

Caso clínico: Mulher de 45 anos, ex-fumadora, sem história de exposição ocupacional conhecida, com antecedentes de Tuberculose Pulmonar (TP), tratada em 2006, embora não confirmada por microbiologia, mas com prova de Mantoux positiva, cavidade no lobo superior esquerdo (LSE) e contacto estreito com doente bacilífero. Em Janeiro de 2012, é referenciada à consulta de Pneumologia, por expectoração hemoptóica, com cerca de três meses de evolução, e nódulo pulmonar, situado no local da cavidade descrita. Realizou três broncofibroscopias (BFC), cujo lavado brônquico (LB) foi negativo para células neoplásicas, e três biópsias aspirativas transtorácicas (BAT), tendo, numa delas, um granuloma epitelióide. A última BAT (Setembro de 2013) mostrou citologia com células suspeitas de malignidade. As expectorações e os lavados brônquicos foram sempre negativos para BAAR. Entretanto, o nódulo sofreu alterações em morfologia e tamanho pelo que se propôs exérese cirúrgica dessa lesão, efectuada em Outubro de 2013. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou pneumonia granulomatosa necrosante/granulomatose broncocêntrica, associada a estruturas fúngicas, com características de *Aspergillus*. O antigénio galactomanano para *Aspergillus* foi negativo, pelo que não se efectuou terapêutica antifúngica.

Discussão: A GPB é, sobretudo, um achado histológico, de etiologia, ainda, desconhecida. No caso relatado, apesar da clínica

inespecífica e discreta, a apresentação imagiológica e a histologia foram de encontro às já descritas na literatura. A abordagem cirúrgica é, frequentemente, necessária para diagnóstico, como foi verificado, e, no caso apresentado, foi, também, curativa.

Palavras-chave: *Granulomatose broncoêntrica. Aspergillus.*

P55. PNEUMONIA ORGANIZATIVA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

R.M. Carvalho, V. Gomes, M.J. Silva, C. Rodrigues

Serviço de Medicina Interna, Hospital de Braga.

Introdução: A pneumonia organizativa é um tipo de doença pulmonar intersticial difusa que afeta predominantemente os bronquíolos distais e os ductos alveolares. Pode-se apresentar na forma idiopática, denominada de criptogénica, ou secundária, quando associada a vasculites, fármacos, malignidade ou agentes infecciosos. A patogénese exacta desta identidade permanece desconhecida, ocorrendo principalmente na 5ª e 6ª décadas de vida. Manifesta-se essencialmente por quadro de tosse, febre e dispneia. Os glucocorticóides orais são a terapêutica de escolha, que pode variar consoante a gravidade dos sintomas e a rapidez de progressão da doença.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de um homem de 51 anos, caucasiano, sem antecedentes patológicos relevantes. Admitido no nosso hospital por infiltrados pulmonares bilaterais e hipoxia grave, quadro interpretado como Pneumonia da Comunidade, com admissão inicial na Unidade de Cuidados Intermédios e necessidade de ventilação não invasiva. Submetido a antibioterapia com ceftriaxone e claritromicina durante 14 dias, e ainda corticoterapia em redução progressiva, tendo alta melhorado, mantendo apenas tosse residual. Oito dias depois, por manutenção da referida tosse, episódio isolado de febre e dispneia de esforço, recorre novamente ao Serviço de Urgência. Na radiografia torácica postero-anterior mantinha infiltrados heterogêneos algodonosos, bilaterais, com agravamento da extensão à direita. Colocada a hipótese de pneumonia organizativa, iniciou esquema de corticoterapia na dose de 1 mg/Kg/dia. Do estudo efectuado: hemoculturas, microbiológico de expetoração e pesquisa de micobactérias negativas. Estudo imunológico normal. lavado broncoalveolar com predomínio de linfócitos e relação CD4/CD8 normal. Das serologias víricas a salientar positividade para citomegalovírus com IgG e IgM +, assim como positividade por biologia molecular no lavado, o que poderia corresponder a infecção ou reactivação em contexto de imunossupressão pela corticoterapia, não se podendo descartar como agente etiológico, tendo-se optado por iniciar terapêutica antivírica associada à corticoterapia. Verificou-se evolução clínica favorável, tendo alta, já assintomático, sem necessidades de oxigenoterapia suplementar.

Discussão: Este caso clínico pretende dar ênfase à pneumonia organizativa como um dos principais diagnósticos diferenciais das infecções respiratórias, devendo sempre ser considerado, principalmente em quadros clínicos arrastados e sem resposta à antibioterapia.

Palavras chave: *Pneumonia organizativa. Pneumonia Adquirida na Comunidade. Hipoxemia. Glucocorticóides.*

P56. PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

P.S. Neto, G. Teixeira, L. Andrade, A. Saraiva, M. Oliveira, L. Carvalho

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A Pneumonite de Hipersensibilidade (PH) é uma patologia imunomediada, caracterizada por sintomas de dispneia

e tosse, secundários à inalação repetida de alérgenos para os quais existe sensibilização prévia. Nas últimas décadas temos assistido à identificação de novos antígenos responsáveis por formas específicas desta patologia, o que veio renovar o interesse no estudo da PH, representando novos desafios no âmbito da saúde ocupacional. Neste contexto apresentamos dois casos de trabalhadores da indústria automóvel, com o diagnóstico PH e com exposição conhecida aos aerossóis de fluidos para trabalhar metais (FTM).

Caso clínico: O primeiro caso é o de um indivíduo do sexo masculino de 34 anos, ex-fumador, operário na indústria automóvel e exposto a aerossóis de FTM, com queixas de tosse produtiva, dispneia para esforços e febre com 2 meses de evolução. Nos períodos de ausência do trabalho apresentava remissão do quadro. Realizou tomografia computadorizada de alta resolução (TC-AR) que era sugestiva de PH, com lavado broncoalveolar (LBA) linfocítico, relação CD4/DC8 aumentada e com doseamento da enzima de conversão da angiotensina no soro normal. Nas provas de função respiratória apresentava um padrão restritivo com DLCO diminuída, que melhoraram com o absentismo. Realizou biópsia pulmonar compatível com PH. O segundo relato descreve o caso de um doente do sexo masculino de 51 anos, ex-fumador, diabético, a trabalhar na mesma empresa, com queixas de astenia, tosse produtiva e perda ponderal com cerca de 1 mês de evolução, referindo melhoria das queixas durante o fim-de-semana. A radiografia do tórax revelava um infiltrado intersticial bilateral difuso de predomínio apical, a TC-AR do tórax descrevia em “ambos os lobos superiores pequenas opacidades reticulares, (...), de aspecto fibrótico”, o LBA com padrão celular francamente linfocítico e a biópsia pulmonar era

Discussão: Nos casos apresentados, a partilha do ambiente de trabalho sugere a existência de um alérgeno comum, estando a exposição a FTM descrita na literatura como responsável por casos de PH. No entanto, o agente etiológico definitivo ainda não é conhecido, pelo que têm sido propostas numerosas entidades causais, como algumas bactérias, nomeadamente o *Mycobacterium immunogenum*.

Palavras-chave: *Pneumonite de Hipersensibilidade. Fluidos para trabalhar metais. Mycobacterium immunogenum.*

P56. HYPERSENSITIVITY PNEUMONITIS: TWO CLINICAL CASES

P.S. Neto, G. Teixeira, L. Andrade, A. Saraiva, M. Oliveira, L. Carvalho

Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introduction: Hypersensitivity Pneumonitis (HP) is an immunomediated disease, with symptoms of cough and dyspnea resulting from the inhalation of antigens to which the patient has been previously sensitized. In the last decades we have witnessed the identification of new antigens responsible for specific presentations of HP, which renewed the interest in this field, bringing new challenges in occupational health. We report two cases of automobile industry workers, with diagnosed HP and known exposure to metal working fluids (MWF) aerosols.

Case report: We report a case of a 34-year-old male, former smoker, currently working in the automotive industry and with known exposure to MWF aerosols, with complains of productive cough, dyspnea on exertion and fever for two months. There was amelioration of symptoms with avoidance of the workplace. He underwent thoracic high resolution computed tomography (HRCT) which suggested HP. The bronchoalveolar lavage (BAL) had a lymphocytic cellular pattern and elevated CD4/CD8 ratio but serum angiotensin-converting enzyme was normal. Pulmonary function testing (PFT) showed a restrictive pattern with decreased DLCO and with improvement of test results with absenteeism. Pulmonary biopsy results were compatible with HP. The second case concerns

a 51-year-old male. He was a former smoker with diabetes, working in the same automotive manufacturing plant, and with a history of productive cough, asthenia and weight loss for 1 month, describing improvement of symptoms during the weekend. Chest radiography revealed bilateral diffuse interstitial infiltrate, predominantly in the apexes, and HRCT showed “small reticular opacities in both superior lobes, (...) with fibrotic appearance”; the BAL was plainly lymphocytic and pulmonary biopsy suggested HP.

Discussion: In the cases reported, sharing a mutual work environment suggests a probable common allergen, being the exposure to MWF described in the literature as responsible for HP outbreaks. Although multiple etiologic agents have been proposed, like some bacteria as *Mycobacterium immunogenum*, the definitive cause is still missing.

Key words: *Hypersensitivity Pneumonitis. Metalworking Fluids. Mycobacterium immunogenum.*

P57. HIPERTRANSPARÊNCIA PULMONAR - NEM SEMPRE UM PNEUMOTÓRAX

S. Cunha¹, L. Rodrigues², L. Andrade², G. Teixeira², A. Saraiva², C. Valente²

¹Unidade de Saúde Familiar Terras do Antuã, Estarreja. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro.

Introdução: A síndrome Swyer-James-MacLeod é uma patologia rara, caracterizada por hipertransparência unilateral de um pulmão ou parte dele, e está associada a bronquiolite obliterante pós-infecciosa na infância. É tipicamente diagnosticada nesta idade por ocorrência de infeções respiratórias recorrentes, mas também pode ser assintomática e descoberta acidentalmente numa radiografia de tórax na idade adulta.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 27 anos, recorre ao Serviço de urgência do nosso hospital apresentando tosse produtiva com 2 semanas de evolução, febre e dor torácica de tipo pleurítico na base do hemitórax direito. A radiografia de tórax obtida á admissão mostrava hipertransparência da metade inferior do campo pulmonar direito. A suspeita inicial foi de pneumotórax loculado á direita e o doente foi posteriormente estudado através de tomografia computadorizada, que veio revelar hipertransparência e diminuição da vasculatura do lobo inferior do pulmão direito, com hiperinflação do parênquima pulmonar. A congregação dos achados clínicos e radiológico levantou a suspeita de síndrome Swyer-James-MacLeod. Concomitantemente, foi diagnosticada pneumonia no pulmão contra lateral. O doente iniciou antibioterapia, tendo-se verificado melhoria clínica e radiológica.

Discussão: O achado radiológico de hipertransparência unilateral levanta a suspeita, com frequência, de etiologias mais comuns na prática clínica, como o pneumotórax. No entanto, patologias mais raras como a que apresentamos neste caso clínico não devem passar despercebidas, considerando que a abordagem terapêutica é completamente diferente.

Palavras-chave: *Hipertransparência pulmonar. Síndrome Swyer-James. Bronquiolite obliterante.*

P57. LUNG HYPERLUCENCY - NOT ALWAYS A PNEUMOTHORAX

S. Cunha¹, L. Rodrigues², L. Andrade², G. Teixeira², A. Saraiva², C. Valente²

¹Unidade de Saúde Familiar Terras do Antuã, Estarreja. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro.

Introduction: Swyer-James-MacLeod Syndrome is a rare condition characterized by unilateral hyperlucency of a part of or the entire lung and is associated with post-Infectious bronchiolitis obliterans

occurring in infancy. Typically, this disorder is diagnosed in childhood due to recurrence of pulmonary infections, but it can also be asymptomatic and discovered incidentally by chest radiography in adulthood.

Case report: A 27-year-old male presented to our emergency department with productive cough for two weeks, fever and pleuritic chest pain located to the inferior right hemithorax. The chest-X-ray obtained on admission showed a unilateral hyperlucency on the lower half of the right lung field. Suspicion of a loculated right pneumothorax was raised and further investigation was performed which included chest CT-scan that revealed hyperlucency and diminished vascularity of the right lower lobe with hyperinflation of the pulmonary parenchyma. The combined clinical and radiological findings were suggestive of the diagnosis of Swyer-James-MacLeod Syndrome. Concurrent contralateral pneumonia was also diagnosed. The patient was started on antibiotics and both clinical and radiological improvement was observed.

Discussion: The finding of a unilateral hyperlucency usually raises the suspicion of common pathologies such as pneumothorax. Nevertheless, rarer entities shouldn't be overlooked, such as the presented diagnosis, since the therapeutic approach is completely different.

Key words: *Lung hyperlucency. Swyer-James syndrome. Bronchiolitis obliterans.*

P58. SEQUESTRO PULMONAR INTRALOBAR COMO NÓDULO SOLITÁRIO DO PULMÃO

S. Cunha¹, L. Rodrigues², L. Andrade², G. Teixeira², A. Saraiva², C. Valente², I. Costa³, A. Koshelnyk¹

¹Unidade de Saúde Familiar Terras do Antuã, Estarreja. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro. ³Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vagos 1, Vagos.

Introdução: O sequestro pulmonar é uma malformação congénita rara do trato respiratório inferior, caracterizada pela presença de tecido pulmonar não funcional, sem comunicação com a árvore traqueobrônquica, e com suprimento arterial da circulação sistémica, geralmente através de um ramo arterial anómalo proveniente da aorta. É muitas vezes assintomático, sendo diagnosticado incidentalmente na idade adulta. Quando sintomático, apresenta-se geralmente com infeções respiratórias recorrentes ou hemoptise.

Caso clínico: Neste relato apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 46 anos, fumador e sem sintomatologia relevante do foro respiratório para além de tosse escassa esporádica, não produtiva. Por apresentar rectorragias, realizou colonoscopia virtual, onde foi incidentalmente identificado nódulo no lobo inferior do pulmão esquerdo. Foi realizada TC (tomografia computadorizada) de tórax que mostrou nódulo de 20 x 15 mm com cavitação central no segmento posterior do lobo inferior esquerdo, adjacente a coluna dorsal, com discreta densificação do parênquima pulmonar envolvente. A repetição da TC de tórax após 2 meses revelou lesão de aspeto sobreponível, sem apresentar crescimento. Decidiu-se realizar broncofibroscopia, que foi negativa para lesão neoplásica ou infecciosa. Para esclarecer a etiologia do nódulo, procedeu-se com a exérese cirúrgica da lesão, que revelou tratar-se de um sequestro pulmonar intralobar localizado no lobo inferior esquerdo, de conteúdo mucoide, com suprimento de ramo arterial com origem na aorta torácica descendente.

Discussão: No caso apresentado, a avaliação imagiológica não foi completamente esclarecedora *à priori*, o que, em conjunto com a presença de sintomas arrastados de tosse e perante exposição de risco respiratório documentada (doente fumador), conduziu á opção pela abordagem cirurgia, que acabou por possibilitar a confirmação diagnóstica e o tratamento desta situação. Este caso vem lembrar

o sequestro pulmonar como hipótese de diagnóstico na investigação etiológica de massa/nódulo pulmonar isolado.

Palavras-chave: *Sequestro bronco pulmonar. Malformações congénitas. Pneumectomia.*

P58. INTRALOBAR PULMONARY SEQUESTRATION PRESENTING AS A SOLITARY LUNG NODULE

S. Cunha¹, L. Rodrigues², L. Andrade², G. Teixeira², A. Saraiva², C. Valente², I. Costa³, A. Koshelnyk¹

¹Unidade de Saúde Familiar Terras do Antuã, Estarreja. ²Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro. ³Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vagos 1, Vagos.

Introduction: Pulmonary sequestration is a rare congenital abnormality of the lower respiratory tract, characterized by the presence of nonfunctional lung tissue that lacks communication with the tracheobronchial tree and receives systemic arterial blood supply, usually from an abnormal aortic arterial branch. It's frequently asymptomatic and only diagnosed incidentally in adult age. When there are symptoms, it usually presents as recurrent pulmonary infections or hemoptysis.

Case report: In this report we present the case of a 46 years-old male, active smoker and without important respiratory symptoms besides sporadic nonproductive cough, in which was incidentally identified a pulmonary mass in the lower lobe of the left lung. He performed a virtual colonoscopy to investigate episodes of rectal hemorrhage, and during this exam was incidentally detected a mass in the lower lobe of the left lung. A thorax CT scan was performed, that showed a 20 × 15 mm mass with central cavitation, located in the posterior segment of the lower left lobe, close to the spinal vertebrae, with slight opacity of surrounding lung parenchyma. The CT scan was repeated 2 months later, and no change in aspect and size was found. The decision was made to perform a broncofibroscopy that found no evidence of infectious or neoplastic disease. To clarify the nature of the lesion, the patient underwent surgical removal of the lung mass and the diagnostic was made for intralobar pulmonary sequestration located in the lower lobe of the left lung, with mucous content, and arterial blood supply from the descendant thoracic aorta.

Discussion: In the case presented the imaging studies weren't enough to make the diagnosis, and so, due to the presence of cough for some time and the history of exposure to cigarette smoke, the surgical resection of the mass was decided, which allowed the diagnostic confirmation and treatment. This case reminds the pulmonary sequestration as one of the differential diagnosis in the investigation of a solitary lung nodule.

Key words: *Bronco pulmonary sequestration. Congenital malformation. Pneumonectomy.*

P59. HEMOPTISES - QUANDO AS SEQUELAS NÃO SÃO A VERDADEIRA CAUSA

E. Padrão, M. Sucena, N. Melo

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar de São João.

Introdução: A vasculite associada a anticorpos anti-citoplasma do neutrófilo (ANCA) caracteriza-se por ser uma vasculite necrotizante que afeta predominantemente vasos de pequeno calibre. Trata-se de uma doença rara, que pode atingir diversos órgãos, nomeadamente o pulmão.

Caso clínico: Mulher, de 64 anos, não fumadora. Com antecedentes de tuberculose pulmonar na infância e re-infeção aos 15 anos, submetida a pneumectomia esquerda por sequelas de tuberculose, e com bronquiectasias à direita. Apresentava ainda doença renal crónica (DRC) de etiologia não determinada, em programa

regular de hemodiálise desde 2009, hipertensão, dislipidemia e hipotireoidismo. Encaminhada para a consulta de Pneumologia do Centro Hospitalar de São João em 2009 para estudo pré-transplante renal, tendo mantido seguimento por apresentar síndrome ventilatório misto com obstrução grave e insuficiência respiratória tipo 1. No final de 2012 apresentou o primeiro episódio de hemoptises, que foi enquadrado no contexto de bronquiectasias. No entanto, por recorrência de hemoptises, foi efetuado estudo etiológico complementar. Objetivamente, apresentava crepitações dispersas no campo pulmonar direito, com predomínio na metade inferior, sem outras alterações de relevo. A radiografia torácica não apresentava alterações de novo. A tomografia computadorizada torácica evidenciava áreas com perfusão em mosaico e áreas de densificação do parênquima em vidro despolido. Realizada broncofibroscopia com lavado bronco-alveolar (LBA), que se apresentava hemático. A análise do LBA revelou um processo de alveolite neutrofílica e eosinofílica, com pesquisa de hemossiderina por coloração de Pearls positiva, observando-se um score de Golde de 336,5. Estudo imunológico com ANCA específicos para mieloperoxidase (MPO) positivos (188 U/mL). Ecocardiograma com hipertensão pulmonar moderada. Foi efetuada ainda biópsia da mucosa nasal que não revelou alterações. Portanto, foi estabelecido o diagnóstico de vasculite ANCA-MPO positiva, tendo a doente efetuado 6 ciclos de ciclofosfamida, mantendo posteriormente corticoterapia.

Discussão: Com este caso clínico, as autoras pretendem destacar a importância do estudo etiológico das hemoptises. Apesar de, inicialmente, a hipótese mais provável ser a patologia de base já diagnosticada (bronquiectasias por sequelas de tuberculose), a recorrência do quadro motivou a complementação do estudo, que revelou tratar-se de uma vasculite ANCA-MPO positiva com atingimento pulmonar. No que concerne à etiologia da DRC, apesar de persistir a dúvida, poderá também ser decorrente da vasculite.

Palavras-chave: *Vasculite. ANCA-MPO. Hemoptises.*

P59. HEMOPTYSIS - WHEN SEQUELS ARE NOT THE TRUE CAUSE

E. Padrão, M. Sucena, N. Melo

Pneumology Department, Centro Hospitalar de São João.

Introduction: Antineutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) associated vasculitis is characterized by a necrotizing vasculitis predominantly affecting small vessels. It is a rare disease that can affect several organs, including the lung.

Case report: Woman, 64 years, non-smoker. History of pulmonary tuberculosis in childhood and re-infection at age 15, underwent left pneumonectomy for tuberculosis sequelae, and with bronchiectasis at right. Had still chronic kidney disease (CKD) of undetermined aetiology in regular hemodialysis program since 2009, hypertension, dyslipidemia and hypothyroidism. Referred to Pulmonology evaluation in 2009 for renal pre-transplant study, was maintained in follow-up since she had mixed ventilatory defect with severe obstruction and type 1 respiratory failure. At the end of 2012 had the first episode of hemoptysis, which was interpreted in the context of bronchiectasis. However, a recurrence of hemoptysis led additional etiologic study. Objectively, the patient had sparse crackles in the right lung, predominantly in the lower half, with no other significant alterations. A chest radiograph showed no recent change. Chest computed tomography showed areas with mosaic perfusion and areas of parenchymal ground glass densification. A bronchoscopy was performed with bronchoalveolar lavage (BAL), which had a hematic appearance. BAL analysis revealed a neutrophilic and eosinophilic alveolitis process, with positive hemosiderin research by Pearls staining, noticing a Golde score of 336.5. Immunologic study positive (188 U/mL) for ANCA specific for myeloperoxidase (MPO-ANCA). Echocardiogram with moderate

pulmonary hypertension. Biopsy of the nasal mucosa revealed no changes. Therefore, the diagnosis of MPO-ANCA associated vasculitis was established and the patient made 6 cyclophosphamide cycles, maintaining later corticosteroid.

Discussion: With this case report, the authors intend to highlight the importance of the etiologic study of hemoptysis. Although, initially, the most likely hypothesis was the underlying pathology (bronchiectasis by sequelae of tuberculosis), a recurrence of the episode led to completion of the study, which revealed a MPO-ANCA vasculitis with pulmonary involvement. Regarding the etiology of CKD, although the doubt persists, it may also be due to the vasculitis process.

Key words: Vasculites. MPO-ANCA. Hemoptysis.

P60. SEQUESTRO PULMONAR: SÉRIE DE 5 CASOS DE UMA MALFORMAÇÃO RARA

A.T. Castro¹, S. Freitas¹, J. Bernardo², M. Antunes²

¹Serviço de Pneumologia; ²Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospitais da Universidade de Coimbra-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: O sequestro pulmonar é uma malformação congénita rara, geralmente diagnosticada em crianças e por vezes em adultos jovens, caracterizada pela presença de uma área pulmonar não funcionante, que se pode classificar como intralobar ou extralobar dependendo da sua relação com o parênquima pulmonar circundante. Pode ser assintomático e nas formas sintomáticas tem indicação para tratamento cirúrgico.

Casos clínicos: Os autores descrevem todos os casos de sequestro pulmonar submetidos a ressecção pulmonar durante um período de 5 anos, compreendido entre janeiro de 2007 e dezembro de 2011. Num total de 1.208 cirurgias, foram registados cinco casos de sequestro pulmonar relativos a cinco doentes, três do género feminino e dois do género masculino, com uma média de idades de $50,8 \pm 23,5$ anos. Todos os doentes eram não-fumadores, à exceção de um doente ex-fumador, e não apresentavam comorbilidades relevantes. As queixas mais frequentes foram hemoptises, tosse seca, toracalgia e pneumonia recorrente. A presença destas queixas motivaram a realização de tomografia computadorizada do tórax, onde se identificaram opacidades nodulares localizadas nos lobos inferiores do pulmão direito em três doentes e do pulmão esquerdo nos restantes. Foi feita excisão cirúrgica dos nódulos através de ressecção em cunha em dois doentes e através de lobectomia em três doentes, cujo estudo anatomopatológico revelou tratamentos de sequestros pulmonares, do tipo extralobar num doente e do tipo intralobar nos restantes. Não se verificaram complicações imediatas. Um ano após a intervenção cirúrgica os doentes mantêm-se assintomáticos.

Discussão: O sequestro pulmonar é uma malformação que, embora rara, deve fazer parte do diagnóstico diferencial do nódulo pulmonar, particularmente em doentes jovens. O tratamento cirúrgico oferece excelentes resultados associados a uma baixa morbilidade.

Palavras-chave: Sequestro pulmonar. Malformação congénita. Nódulo pulmonar. Ressecção pulmonar.

P61. BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA: UM CASO RARO

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

Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Introdução: A bronquiolite constrictiva constitui um subtipo de doença bronquiolar primária caracterizada por fibrose concêntrica irreversível que ocorre na camada submucosa dos bronquíolos,

com consequente obliteração do seu lúmen. Está geralmente associada a doenças do tecido conjuntivo, pós doenças infecciosas, a pneumonite de hipersensibilidade crónica, a vários fármacos, pós-transplantação de órgãos, entre outras.

Caso clínico: Homem de 42 anos, escriturário, não fumador, com várias comorbilidades (dislipidemia, doença bipolar, hiperuricemia e hipoventilação noturna iatrogénica), seguido em consulta externa de Pneumologia por dispneia de esforço de grau 3 (mMRC) e pieira associada ao esforço com cerca de 1 ano de evolução. Sem história de asma na infância, sem referência a engasgamento recente, sem hemoptises, sem exposição a fumos tóxicos, hipersudorese ou sintomatologia constitucional associada. Ao exame objetivo de realçar crepitações finas e discretas, bilateralmente. O Rx Tórax mostrou ingurgitamento vascular hilar direito, sem outras alterações. Realizou provas de função respiratória seriadas que apenas demonstraram diminuição progressiva da capacidade de difusão. A TC-Tórax revelou múltiplas pequenas bolhas, a maior com 16,4 mm na língula, algumas bronquiectasias de tração visíveis no LIE e áreas em mosaico no parênquima pulmonar, sem adenopatias mediastínicas. Na prova de marcha de 6 minutos apresentou dispneia, hipertensão arterial e dessaturação significativa. A videobroncofibroscopia não mostrou lesões endobrônquicas e a análise do lavado broncoalveolar foi negativo para células neoplásicas bem como células CD1a. Analiticamente de destacar IgE total de 207,3 UI/L, factor reumatoide negativo e positividade para anticorpos antinucleares - ANA 1/320 (padrão homogéneo) e anticorpos anti dsDNA de 115 U/mL. Perante a incerteza diagnóstica foi realizada biópsia transtorácica a retalho pulmonar de língula que mostrou achados característicos de bronquiolite crónica-constrictiva e linfocítica.

Discussão: A bronquiolite constrictiva é uma doença das pequenas vias aéreas limitada aos bronquíolos, invulgar em doentes não transplantados, que raramente surge de forma idiopática ou como primeira manifestação de doença sistémica.

Palavras-chave: Bronquiolite. Constrictiva.

P62. BRONQUIOLITE RESPIRATÓRIA ASSOCIADA A DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL - UM CASO CLÍNICO

R.M. Cruz, T. Rodrigues, F. Sousa, M. Cruz, G. Jesus, A. Pinto

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Introdução: A Bronquiolite Respiratória Associada a Doença Pulmonar Intersticial (RBILD) é uma doença pulmonar intersticial, associada ao tabagismo. Caracteriza-se por reação exagerada ao fumo do tabaco, resultando em dispneia e tosse. Histologicamente encontram-se macrófagos pigmentados e alterações inflamatórias leves principalmente nos bronquíolos e alvéolos circundantes. Afeta indivíduos na 4ª e 5ª décadas de vida, com discreto predomínio nos homens. A RBILD tem melhor prognóstico que outras formas de doença pulmonar intersticial e o seu tratamento assenta na cessação tabágica, com ou sem associação de corticoterapia.

Caso clínico: Os autores apresentam um homem de 49 anos, com carga tabágica de 60 UMA, com miocardiopatia e enfisema pulmonar. Apresentava queixas de tosse, expetoração hemoptoica, dispneia, cansaço para pequenos esforços e hipersudorese noturna com dois meses de evolução. Internado para estudo, apresentava-se febril e à auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído nas bases. Analiticamente com anemia, sem leucocitose, VS 54 mm, PCR 7,95 mg/dL, ANAs, ENAs, ANCAs, SACE, Baciloscopias e serologia VIH negativos. Radiografia torácica: Infiltrado micronodular e ingurgitamento hilar bilateral, com aumento do índice cárdio-torácico. TAC torácica: múltiplas adenopatias mediastínicas, áreas de enfisema centrolobular e densificação organizada, irregular, na base direita; micronodulação

bilateral; moderado derrame pleural a direita. Broncofibroscopia: pontos hemorrágicos bilateralmente. Lavado bronco-alveolar: negativo para células malignas, com predomínio de macrófagos. Provas Funcionais Respiratórias: síndrome restritivo moderada, com diminuição dos volumes estáticos, e da difusão de monóxido de carbono. Biópsia pulmonar: parênquima pulmonar com lesão de RBILD; pleura visceral com depósitos de antracose. Suspendeu tabagismo e por persistência de sintomas associou-se Prednisolona com boa resposta clínica e analítica.

Discussão: O caso clínico ilustra um caso de RBILD, em que a associação com miocardiopatia dilatada e a coexistência de anemia levou a que se equacionassem outros diagnósticos, protelando o diagnóstico definitivo. Constata também a boa evolução da doença, tal como é descrita na literatura, tendo havido a necessidade de associar corticoterapia. Atualmente este doente encontra-se assintomático e mantém-se em abstinência tabágica sustentada, tendo já suspenso a corticoterapia.

Palavras chave: RBILD. Tabagismo. Corticoterapia.

P63. RELEMBRAR A AMIODARONA COMO FONTE DE TOXICIDADE PULMONAR

J. Cravo, J. Duarte, A. Catarino

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

Introdução: A amiodarona é um fármaco bastante utilizado em doentes com arritmias, e apesar da dose diária geralmente ser baixa, tem vários efeitos adversos. Entre estes, embora raro, destaca-se a toxicidade pulmonar, motivando suspensão desse fármaco, podendo ter consequências fatais.

Caso clínico: Os autores apresentam dois casos: No primeiro caso, um doente do sexo masculino, 61 anos, com antecedentes de fibrilhação auricular, cumprindo Amiodarona, foi internado por quadro, com 3 meses, de dispneia com agravamento progressivo, associado a ortopneia e tosse seca, apresentando ferveres na metade inferior de ambos os campos pulmonares e analiticamente destacava-se eosinofilia periférica. Na radiografia de tórax visualizavam-se infiltrados bilaterais intersticiais nos andares médios e superiores. No internamento, manteve eosinofilia e elevação das IgE, sem elevação de PCR ou leucocitose. Realizou TAC-Tórax demonstrando zonas de vidro despolido, padrão de “crazy-paving”, nos lobos superiores, e posteriormente realizou Broncofibroscopia com biópsias transbrônquicas no BLID, cujo resultado apresentou padrão sugestivo de pneumonite. Após suspensão da amiodarona, o doente obteve melhoria clínica. Apresenta-se igualmente doente de 68 anos, género masculino, ex-fumador com grande carga tabágica, antecedentes de DPOC e taquiarritmia, medicado com amiodarona, que referia quadro de dispneia, tosse produtiva, febre e toracalgia. Apresentava-se com taquipneia, ferveres à direita e sibilos bilaterais; na radiografia do tórax visualizava-se reforço hilar bilateral. Foi internado, cumprindo antibioterapia, tendo alta orientado para consulta externa, efectuando TC-Torácica demonstrando colapso parcial do brônquio lobar médio, apresentando-se um dos brônquios segmentares preenchido, motivando realização de broncoscopia com biópsia transbrônquica evidenciando inflamação brônquica inespecífica, que repetiu 6 meses depois, demonstrando morfologia compatível com toxicidade pulmonar por amiodarona, que foi suspensa, e introduzido corticóide, observando-se melhoria clínica.

Discussão: O objectivo deste trabalho é realçar que a toxicidade pulmonar por Amiodarona deve ser sempre considerada na abordagem de dispneia em doentes que efectuem tratamento crónico com este fármaco. Apesar de, por vezes, resolver com a sua suspensão, em casos mais graves é necessário recorrer à corticoterapia.

Palavras-chave: Amiodarona. Toxicidade pulmonar.

P64. SÍNDROME DE FIBROSE PULMONAR COMBINADA COM ENFISEMA E CANCRO DO PULMÃO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A.T. Castro, S. Freitas

Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A combinação de fibrose e enfiseма pulmonar (CPFE) é uma síndrome cada vez mais reconhecida que abarca duas entidades separadas com características clínicas, funcionais, imagiológicas e prognósticas distintas. No entanto, ambas as doenças estão relacionadas com o cancro de pulmão, independentemente da exposição ao fumo do tabaco.

Caso clínico: Um homem de 75 anos, grande fumador e bebedor moderado, foi encaminhado para uma consulta de pneumologia após admissão hospitalar por pneumonia bilateral. Apresentava queixas crónicas de dispneia e tosse produtiva e encontrava-se medicado com aminofilina oral, corticosteróides inalados, beta-2 agonistas de longa ação, antagonistas muscarínicos de longa ação e oxigénio suplementar. O histórico profissional compreendia seis anos na construção civil, 5 anos em fornos de cal e 12 anos na construção de estradas. Tinha contato com galinhas, pombos e rolas. O exame físico revelou diminuição do murmúrio vesicular, crepitações finas bibasais e baqueteamento digital. A tomografia computadorizada alta resolução (TCAR) do tórax mostrou enfiseма bolhoso, e favo-de-mel e bronquiectasias de tração com predomínio basal subpleural. O doseamento sérico de alpha1-antitripsina era normal. O estudo da autoimunidade e precipitinas específicas foram negativos. O estudo de função pulmonar mostrou obstrução leve e difusão diminuída enquanto que a gasometria arterial confirmou hipoxémia. O eletrocardiograma e ecocardiograma foram normais. O lavado broncoalveolar apresentava linfocitose leve e baixa relação CD4/CD8. Foi assumido o diagnóstico de CPFE e após tratamento com N-acetilcisteína mostrou ligeira melhoria clínica e estabilização funcional, embora tenha mantido os hábitos tabágicos. Dois anos mais tarde a TCAR torácica de rotina mostrou uma massa tumoral diagnosticado como carcinoma de células escamosas por biópsia transtorácica. Obteve-se remissão parcial após quimioterapia de primeira linha com platina e gemcitabina e está vivo 3 anos após o diagnóstico de CPFE.

Discussão: CPFE é um síndrome recentemente individualizado que tem uma prevalência elevada no cancro de pulmão, principalmente em grandes fumadores. Contudo, as opções terapêuticas para este subgrupo de doentes ainda não estão estabelecidas, apesar de estar associado a um pior prognóstico. Embora mais estudos sejam necessários para elucidar todos os aspectos relacionados a essa tríade, os autores contribuem com um relato de caso.

Palavras-chave: Enfiseма pulmonar. Fibrose pulmonar idiopática. Cancro do pulmão.

P64. SYNDROME OF COMBINED PULMONARY FIBROSIS AND EMPHYSEMA AND LUNG CANCER: A CASE REPORT

A.T. Castro, S. Freitas

Serviço de Pneumologia, Hospitais da Universidade de Coimbra-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introduction: Combined pulmonary fibrosis and lung cancer (CPFE) is an increasingly recognized syndrome that embraces two separate entities with distinct clinical, functional, imaging and outcome features. However, both diseases are related to lung cancer, independently of exposure to tobacco smoke.

Case report: A 75-year-old male, heavy-smoker and moderate drinker, was referred to a pulmonology follow-up appointment after in-hospital admission for bilateral pneumonia. He had chronic complaints of shortness of breath and productive cough and was

medicated with oral aminophylline, inhaled corticosteroids, long-acting beta-2 agonists, long-acting muscarinic antagonists, and supplementary oxygen. His professional background included 6 years as a civil constructor, 5 years at limekilns and 12 years in road construction. He had close contact with chickens, pigeons and turtledoves. Physical examination revealed diminished breath-sounds, bibasilar fine crackles and digital clubbing. Thoracic high-resolution computed tomography (HRCT) showed bullous emphysema, honeycombing and traction bronchiectasis with subpleural basal predominance. Alpha1-antitrypsin was normal. Autoantibody profile and specific precipitins were negative. Pulmonary function tests showed mild obstruction and diminished lung diffusion while arterial blood gases confirmed hypoxemia. Electrocardiogram and echocardiogram were unremarkable. Bronchoalveolar lavage had mild lymphocytosis and low CD4/CD8 ratio. A diagnosis of CPFE was acknowledged and he began treatment with N-acetylcysteine with mild clinical improvement and functional stabilization, but continued to smoke. Two-years later a routine thoracic HRCT showed a tumour mass diagnosed as squamous cell carcinoma by transthoracic biopsy. He achieved partial remission after first-line chemotherapy with platin and gemcitabine and is alive 3 years after the diagnosis of CPFE.

Discussion: CPFE is a recently individualized syndrome that is highly prevalent in lung cancer, mostly in heavy-smokers. However, therapeutic options for this subset of patients have not been established despite the recognition that it is associated with a poor prognosis. Further studies are needed to elucidate all aspects related to this triad, for which the authors contribute with a case report.

Key words: *Emphysema. Idiopathic lung fibrosis. Lung cancer.*

P65. SÍNDROME RENO-PULMONAR: CASO CLÍNICO

P. Matos, T.M. Alfaro, P.G. Ferreira, C. Robalo-Cordeiro

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

Introdução: O síndrome reno-pulmonar é um desafio diagnóstico, de manifestações clínicas inespecíficas e múltiplas etiologias, incluindo as vasculites sistémicas, síndrome de Goodpasture, lúpus eritematoso sistémico e reacção a fármacos.

Caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma mulher de 49 anos com antecedentes de obesidade e sinusite crónica. Apresentava astenia, dispneia de esforço e tosse seca com 2 semanas de evolução e artralguas difusas no último mês, para o qual se automedicou com AINE em doses elevadas. Negava hemoptises. Encontrava-se hipertensa, hipoxémica (SpO₂: 93%) e com diminuição bilateral do murmúrio vesicular. Analiticamente observava-se anemia N/N (7,1 g/dL), insuficiência renal de novo (clearance de 23,9 mL/min), leucocitose e elevação da PCR. Na radiografia de tórax eram visíveis opacidades acinares bilaterais caracterizadas por TC como consolidações em todos os lobos, associadas a extenso padrão de vidro despolido. A ecografia renal mostrava sinais de lesão renal aguda e o sedimento urinário era activo. O estudo da auto-imunidade revelou p-ANCAs positivos (+++) com selectividade anti-MPO. O lavado bronco-alveolar apresentou predomínio de hemossiderócitos. Por alta suspeição diagnóstica de vasculite foi então iniciada corticoterapia. A biópsia renal posterior evidenciou glomerulonefrite necrotizante com crescentes e escassos depósitos imunes, permitindo o diagnóstico de poliangeíte microscópica. Foi iniciada ciclofosfamida EV, observando-se melhoria clínica e analítica. A doente manteve apenas insuficiência renal moderada (clearance 54 mL/min), após um mês de terapêutica.

Discussão: Os autores apresentam este caso pela sua raridade e pela dificuldade diagnóstica face à ausência de hemoptises. A poliangeíte microscópica é uma vasculite sistémica de pequenos vasos com envolvimento pulmonar em 25-55% dos casos. Nos doentes com elevada suspeita, a positividade para ANCA tem valor preditivo positivo de 90%, não prescindindo todavia a avaliação

histopatológica. A introdução precoce da terapêutica induz remissão em até 90% dos casos, sendo a recidiva possível.

Palavras-chave: *Poliangeíte microscópica. Hemorragia alveolar. Síndrome reno-pulmonar.*

P66. REPERCUSSÕES CLÍNICAS E POLISSONOGRÁFICAS EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER

D.A. Arcos Cabrera, A.R. Sánchez Serrano, J.L. Fernández Sánchez, S. Cadenas Menéndez, I. Alaejos, P. Gudiel Arriaza, A.T. Sequeira Eiras

Hospital Universitário de Salamanca.

Introdução: O estudo do sono interessa em pacientes com demências como a doença de Alzheimer (DA), tanto nos efeitos deletéreos que produz na doença como para conhecer como a doença afeta o sono. Dada a elevada prevalência de Síndrome de Apneia do Sono (SAS) na DA este poderia agravar o seu curso, dado as perturbações associadas do sono.

Objectivos: Determinar a ocorrência de síndrome da apnéia do sono em pacientes com doença de Alzheimer.

Métodos: Efetuou-se polisonografia com Embla® 45 EA em pacientes durante 5 anos de uma consulta de demências (Neurologia). Registou-se dados antropométricos, gravidade de demência de acordo com Mini Mental State Examination Score (MEEM) e variáveis polisonografias, efectuando um estudo descritivo e uma análise comparativa tomando SAS como variável de associação. Dada a idade média dos pacientes, considerou-se significativo um índice de alteração respiratória (IAR) $\geq 15/h$.

Resultados: 2 grupos: G1 e G2. G1: 29 pacientes com SAS (14V et 15M) e G2: 16 sem SAS (15V et 1M). Sem diferenças antropométricas intergrupos: idade $72 \pm 7G1$ e $71 \pm 4G2$ ($p = 0,85$); IMC $27 \pm 2G1$ e $26 \pm 1G2$ ($p = 0,18$). A eficiência média do sono (%) foi $59 \pm 19G1$ e $72 \pm 3G2$ ($p = 0,01$); TTS (min) $272 \pm 9G1$ et $319 \pm 8G2$ ($p = 0,05$); com uma latência média ao REM (min) $210 \pm 120G1$ e de $72 \pm 3G2$ ($p = 0,97$); %REM $10 \pm 2G1$ et $18 \pm 0G2$ ($p = 0,0001$); %N3 $8 \pm 3G1$ et $25 \pm 6G2$ ($p = 0,0001$); IAR $45 \pm 15G1$ et $2 \pm 1G2$ ($p = 0,0001$); índice de arousals/h $36 \pm 13G1$ e $8 \pm 1G2$ ($p = 0,0001$); CT90 (%) $19 \pm 15G1$ et $3 \pm 3G2$ ($p = 0,0001$); e SpO₂ médio (%) $92 \pm 2G1$ e $93 \pm 1G2$ ($p = 0,05$). Apresentaram uma pontuação ≤ 19 em MEEM (demência moderado-grave) 19 (65%) G1 e 3 (19%) G2 ($p = 0,005$). A análise multivariante determinou que o SpO₂ médio ($p = 0,001$; Ora 0,2; IC95% os 0,055-0,471) e índices de arousals ($p = 0,001$; Ora 1,1; IC95% 1,044-1,179) eram as variáveis polisonográficas que explicavam melhor a presença das piores pontuações no MEEM.

Conclusões: A ocorrência de SAS na DA determina maior presença de insónia, ou mais destruturação do sono, com menor percentagem de fases REM e profundas, assim como menor saturação média de oxigénio nocturno. Os níveis descobertos mais baixos de oxigenação nocturna e o maior número de arousals durante o sono, sinais mais significativos em pacientes com SAS, podem contribuir para uma maior deterioração cognitiva na DA.

Palavras-chave: *Doença de Alzheimer. Síndrome de Apneia do Sono.*

P67. SÍNDROME DE APNEIA-HIPOPNEIA DURANTE O SONO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO PULMONAR DO GRUPO 2

D.A. Arcos Cabrera, S. Cadenas Menéndez, A.R. Sánchez Serrano, J.L. Fernández Sánchez, I. Alaejos, J. Martín Moreiras, A.M. Sánchez, A.T. Sequeira Eiras

Hospital Universitário de Salamanca.

Introdução: A hipertensão pulmonar (HP) do grupo 2 (HPG2) e, especialmente, a insuficiência cardíaca com fração de ejeção do

ventrículo esquerdo (VI) preservada (ICFep) é forma mais habitual de HP. Normalmente têm um perfil ecocardiográfico com valores elevados PsP e/ou dilatação de cavidades direitas, semelhante à HP de grupo 1. Entre os fatores que contribuem para esta desproporção está a síndrome de apneia e hipopneia do sono (SAHS) não tratada.

Objectivos: Determinar a predominância do SAHS em doentes com HPG2.

Métodos: Recrutou-se doentes com HPG2, da consulta de HP, diagnosticados por dados clínico-ecocardiográficos, sendo cateterismo cardíaco necessário em 1 caso por dúvidas diagnósticas. Efetuou-se ensaios funcionais respiratórios para detectar patologia respiratória, gamagrafia pulmonar ventilação/perfusão para despiste de TEP e poligrafia cardiorrespiratória noturna. Efetuaram-se estudo descritivo e análise comparativa de variáveis antropométricas, das comorbilidades associadas à HPG2 e estudos complementares.

Resultados: 31 pacientes, 9 (29%) homens e 22 (71%) mulheres, idade média 76 ± 8 anos, IMC de $30,6 \pm 5,2$. A etiologia do HPG2 foi: disfunção sistólica VI em 2 casos (6,5%), valvulopatia 22 (71%) e ICFep 19 (61%), alguns casos partilhavam mais de um factor etiopatogénico. Entre as comorbilidades registaram-se 17 casos (54,8%) com pneumopatia, 2 (6,5%) TEP e 19 (61,3%) SAHS, 11 (35,5%) com IAH $\geq 30/h$, apresentando clínica compatível com SAHS 17 (54,8%). Dados ecocardiográficos: PsP $56,2 \pm 16$ mmHg, com crescimento/dilatação de cavidades direitas 9 (29%) e disfunção de VD 4 (13%). Apresentaram um PSP desproporcionada 19 (61%) dos quais 12 (63%) padeciam SAHS. Os dados poligráficos dos pacientes com SAHS foram: IAH $36,4 \pm 22/h$, CT90 $54 \pm 44\%$, ODI $33 \pm 23/h$, SpO2 média $89 \pm 5\%$ e SpO2 mínima $75 \pm 11\%$. Agrupando por presença (G1) ou não (G2) de HPG2 fora de proporção, o ODI foi a variável poligráfica que diferiu significativamente entre grupos (G1 $26 \pm 24/h$ e G2 $18 \pm 15/h$, $p = 0,032$).

Conclusões: Elevada predominância do SAHS em doentes com HPG2. Em pacientes com HPG2 o índice de desaturações noturnas de oxigénio (ODI) é significativamente superior nos casos de HP desproporcionada. Na HPG2 com dados ecocardiográficos de HP fora de proporção, além de controlar de fatores de risco cardiovascular e adaptar o tratamento depletivo, prova-se indispensável efetuar uma despistagem do SAHS.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar do grupo 2. Síndrome de apneia e hipopneia do sono não tratado.

P68. CATATRENIA: REVISÃO DE 10 ANOS

C. Dias, L. Sousa, L. Batata, F. Teixeira, J. Moutinho dos Santos

Centro de Medicina do Sono, Hospital Geral-Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Introdução: A catatrenia é um distúrbio raro do sono caracterizado por uma inspiração profunda seguida de uma expiração prolongada e ruidosa. Predomina no sexo masculino, ocorrendo habitualmente em sono REM. A patogenia permanece por esclarecer, sendo actualmente considerada um distúrbio respiratório do sono.

Objectivos: Caracterização de 11 doentes seguidos em consulta externa com o diagnóstico de catatrenia.

Métodos: Análise retrospectiva de 11 doentes com o diagnóstico de catatrenia, seguidos em consulta externa num período de 10 anos. Os doentes foram submetidos a avaliação clínica, exame objectivo, questionário de escala de sonolência de Epworth (ESE) e polissonografia nocturna nível 1.

Resultados: Os doentes apresentaram uma idade média de 33,2 anos, sendo a maioria ($n = 8$) do sexo feminino, com um índice de massa corporal médio $27,7 \text{ Kg/m}^2$. Os principais sintomas referidos para além do ruído expiratório durante o sono, foram sono não reparador e cefaleias. A maioria dos doentes apresentava manifestações compatíveis com distúrbio de ansiedade. Verificou-

se um índice médio da ESE de 11/24. O RDI médio foi de 3,42 eventos/hora de sono. Dois doentes tinham Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), num dos casos associada a *periodic limb movement in sleep* (PLMS) e noutro doente registaram-se apenas PLMS. Identificaram-se episódios de catatrenia nos estádios REM, N1 e N2. Alguns doentes foram tratados com prótese de avanço mandibular e clonazepan, não se tendo verificado melhoria clínica em nenhum dos casos. Dois doentes apresentavam história familiar da doença.

Conclusões: Ao contrário do que é habitualmente descrito, a maioria dos nossos doentes era do sexo feminino. A catatrenia verificou-se noutros estádios do sono para além do REM. Vários doentes referiram sono pouco reparador e sonolência diurna excessiva, apesar de só se ter identificado patologia concomitante do sono em três doentes. De salientar a prevalência de manifestações compatíveis com distúrbio de ansiedade no grupo estudado.

Palavras-chave: Catatrenia.

P69. SÍNDROME DE MELAS EM RISCO DE DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Vaz¹, T. Pinto¹, J.C. Winck², M. Gonçalves^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar S. João E.P.E.

²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: O síndrome MELAS é uma doença mitocondrial neurodegenerativa, de transmissão materna, de desenvolvimento progressivo esta patologia é caracterizada pela ocorrência de miopatia mitocondrial, encefalomiopatia, acidose láctica e episódios semelhantes a acidentes vasculares e raramente está associada envolvimento respiratório.

Objectivos: Descrição de um caso de disfunção respiratória tratada e revertida num doente com Síndrome de Melas (MS).

Métodos: Trata-se de uma doente de 29 anos com o diagnóstico de MS (confirmado por biópsia muscular e estudo genético) que deu entrada no Serviço de Cuidados Intensivos por insuficiência respiratória aguda devido deterioração neurológica e hiperlactacidemia. A doente esteve sob ventilação mecânica invasiva por 18 dias, tendo indicação de traqueostomia por desmame difícil, tendo depois sido submetida a um protocolo de descanulação (duração de 5 dias) com base em ventilação não invasiva contínua (VNI) com parâmetros que permitiram inicialmente um total suporte ventilatório, sendo depois progressivamente reduzidos até a doente atingir o desmame ventilatório e consequente autonomia ventilatória.

Resultados: Após a descanulação e devido a acidose persistente e hipoventilação noturna foi iniciada VNI na enfermaria. A reavaliação da função respiratória revelou uma melhoria na CVF, MIP, MEP, snip, IAH e a média SpO2 nocturna nos 3 momentos de avaliação: na admissão (T1), após 3 meses (T2) e após 10 meses (T3) (tabela). A doente teve alta para o domicílio sob VNI nocturno posteriormente após reavaliação acabou por suspender a VNI.

Conclusões: Este caso demonstra que doentes com síndrome de melas poderão estar em risco de disfunção respiratória e que essa disfunção pode ser reversível com a aplicação de um protocolo de suporte aos músculos respiratórios com VNI.

Tabela P69

	T1	T2	T3
FVC (L) ;%predicted	1,51; 48	2,29; 76	3,1; 100
MIP (cmH2O)	26	55	*
MEP (cmH2O)	37	71	*
SNIP (cmH2O)	*	59	104
AHI (eventos/hora)	19	8	1
Média SpO2 nocturna (%)	97	96	95

P69. RESPIRATORY DYSFUNCTION MAY BE A RISK IN A MELAS SYNDROME: LESSONS FROM A CASE REPORT

M. Vaz¹, T. Pinto¹, J.C. Winck², M. Gonçalves^{1,2}

¹Pulmonology Department, Hospital São João, Porto. ²Faculty of Medicine, University of Porto.

Introduction: The syndrome of mitochondrial encephalopathy with lactic acidosis and stroke-like episodes (MELAS) is rarely associated with respiratory involvement.

Objectives: describe a case of reversible respiratory dysfunction in a MELAS Syndrome (MS) patient.

Methods: We describe a 29 year old woman diagnosed with MS (confirmed by muscle biopsy and genetic study) after ICU admission for acute respiratory failure due to neurological deterioration and hyperlactacidemia. The patient was under invasive mechanical ventilation for 18 days and then submitted to a decannulation protocol (5 days) based on continuous noninvasive ventilation (NIV) at full ventilatory support settings progressively reduced until suspension after decannulation.

Results: Due to persistent acidosis and nocturnal hypoventilation NIV was initiated in the ward. Respiratory function follow-up revealed improvement in FVC, MIP, MEP, SNIP, AHI, and mean nocturnal SpO₂ measured at hospital admission (T1), after 3 months (T2) and after 10 months (T3) (table). The patient was discharged to the community under nocturnal NIV and finally was able to withdraw nocturnal NIV.

Conclusions: This rare case report suggest that MS patients may be at risk for respiratory dysfunction, however it can be reversible if correct respiratory muscles aids are provided.

Table P69

	T1	T2	T3
FVC (L) ;%predicted	1,51; 48	2,29; 76	3,1; 100
MIP (cmH ₂ O)	26	55	*
MEP (cmH ₂ O)	37	71	*
SNIP (cmH ₂ O)	*	59	104
AHI (events/hour)	19	8	1
Mean Nocturnal SpO ₂ (%)	97	96	95

P70. IMPACTO DE UM PROTOCOLO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA E TÉCNICAS DE TOSSE ASSISTIDA NA DÍSTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

M. Vaz¹, F. Soares Pires¹, M.R. Gonçalves^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar S. João E.P.E.

²Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução: A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é uma doença neuromuscular hereditária cursando com hipotonia muscular e fraqueza muscular precoces. Na DMD, detectam-se precocemente alterações da função pulmonar, que se tornam mais evidentes com a evolução da doença.

Caso clínico: Os autores descrevem um caso de jovem de 19 anos, com DMD diagnosticado aos 3 anos, com indicação para uma cadeira de rodas e com dependência para a maioria das AVDs aos 8 anos. Aos 13 teve a sua primeira agudização por infecção respiratória e atelectasia que resultou num internamento hospitalar prolongado. Após a alta dessa agudização, teve indicação clínica para o uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) noturna e técnicas de tosse assistida manual com insuflação pulmonar no domicílio. O suporte ventilatório no domicílio foi iniciado com VMNI noturna em modo bi-nível com interface nasal normalizando a SpO₂ noturna e o CO₂ diurno. Após 3 anos de VMNI apenas durante o sono e de

técnicas manuais de tosse assistida, devido à deterioração da função pulmonar e da eficácia da tosse, o doente iniciou VMNI em modo volumétrico com peça bucal durante o dia, mantendo a interface nasal durante a noite. Nessa altura iniciou também o uso de tosse mecanicamente assistida (Cough Assist, Philips, Inc) no domicílio. Aos 16 anos, foi submetido a uma cirurgia de correção de escoliose bem sucedida onde, apesar da sua grave dependência ventilatória e previsível extubação difícil, foi extubado com sucesso com uso de VMNI e técnicas manuais e mecânicas de tosse assistida. Desde que iniciou o uso das referidas técnicas este doente nunca mais foi hospitalizado e tem resolvido todas as respiratórias no domicílio com os seus cuidadores que estão bem treinados com todos os procedimentos do protocolo. Presentemente é um jovem activo a frequentar 1º ano da Faculdade de Letras e a usufruir normalmente da vida académica. Estável e controlado do ponto de vista ventilatório.

Discussão: Apesar de ser uma doença com um mau prognóstico respiratório, a avaliação precoce da função pulmonar permite uma instituição progressiva de um protocolo baseado em procedimentos não invasivos que melhoram e prolongam a vida, sem a necessidade de traqueostomia.

P71. O SUPORTE VENTILATÓRIO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Serviço de Pneumologia, Hospital de Braga.

Introdução: Na abordagem hospitalar da insuficiência respiratória, a ventilação não invasiva (VNI) tem crescente importância. Os recursos ventilatórios e humanos são variáveis de acordo com o local da abordagem, serviço de urgência (SU), enfermaria ou Unidade de Cuidados Intermédios (UCI).

Caso clínico: Senhor de 57 anos, insuficiente respiratório crónico sob oxigenoterapia e VNI, bi-nível (biPAP), modo espontâneo (S). Recorreu ao SU por dispneia e tosse produtiva e constatou-se acidemia respiratória com hipercapnia. Iniciou ventilador domiciliário, com elevação dos parâmetros ventilatórios. Após melhoria gasimétrica foi transferido para a enfermaria. Durante a noite, foi encontrado em coma narcótico, novamente em acidemia respiratória. Iniciou imediatamente biPAP modo espontâneo/temporizado (ST), com nova elevação dos parâmetros ventilatórios, com melhoria do estado de consciência e ligeira melhoria gasimétrica. Foi transferido para a UCI para suporte ventilatório e monitorização clínica contínuos. Após melhoria clínica e gasimétrica, foi retransferido para a enfermaria, a destacar o desenvolvimento de úlcera nasal, com necessidade de troca de máscara facial para máscara bucal com almofadas nasais para cicatrização. Teve alta com VNI biPAP modo ST. Senhora de 55 anos, sem história de insuficiência respiratória, veio ao SU por dispneia e febre, constatando-se insuficiência respiratória hipoxémica hipercápnica com acidemia respiratória, pelo que iniciou VNI biPAP modo ST, com necessidade de parâmetros ventilatórios crescentes. Após melhoria clínica e gasimétrica, foi transferida. Na enfermaria cumpriu VNI biPAP modo S. Aquando da observação médica, senhora prostrada, novamente em acidemia respiratória, e alterou-se modo ventilatório para ST. Sem melhoria clínica, optou-se por iniciar VNI biPAP modo ST com ventilador Vision®, otimizado para ambiente hospitalar, e transferir para a UCI. Ao 3º dia, após estabilização, alterou-se ventilador para biPAP ST e foi retransferida para a enfermaria, já a tolerar períodos progressivamente menores de biPAP. Teve alta com VNI noturna.

Discussão: A insuficiência respiratória aguda é uma emergência clínica e é parte integrante da abordagem à pessoa em situação crítica. Exige uma equipa multidisciplinar, alertada para os recursos humanos e ventilatórios disponíveis em cada um dos locais de

assistência clínica hospitalar e capaz de os adequar a cada situação clínica.

Palavras chave: *Insuficiência respiratória. Ventilação. Emergência. Hospital.*

P71. THE VENTILATORY SUPPORT ON THE CRITICAL PATIENT

A.L. Vieira, J. Lages, C. Lacerda, C. Pacheco, B. Fernandes, J. Cunha

Pulmonology Department, Hospital de Braga.

Introduction: Regarding intra-hospitalar approach to respiratory failure, non-invasive ventilation (NIV) has an increasing importance. Ventilatory and human resources are variable, according to the place in which it is instituted, whether emergency department (ED), medical ward or intermediate-care unit (ICU).

Case report: Male, 57 years-old, chronic respiratory failure, under oxygen therapy and NIV, bi-level, spontaneous (S) mode. Admitted to the ED for dyspnea and productive cough and respiratory acidemia with hypercapnea was found. He initiated his home NIV, with elevated ventilatory pressures. After arterial blood gas (ABG) improvement, he was transferred to the medical ward. During the night, he was found in narcotic coma, again in respiratory acidemia. He immediately initiated NIV, with spontaneous-timed (ST) mode, with elevated

ventilatory pressures, and his conscious state improved, with ABG improvement. He was transferred for the ICU for continuous ventilatory support and clinical monitoring. After clinical and ABG improvement, he was retransferred to the medical ward, however, with a nasal ulcer, which prompted a mouth and nasal pillows mask for better healing. He was discharged with NIV, ST mode. Female, 55 years-old, no history of respiratory failure, admitted to the ED for dyspnea and fever. In the ED, an acute respiratory failure, with hypoxemia, hypercapnea and respiratory acidemia was found and she initiated NIV bi-level ST mode, needing increasing ventilatory pressures. After clinical and ABG improvement, she was transferred to the medical ward, where she was subjected to NIV, S mode. She was found lying prostate, again in respiratory acidemia, and the ventilatory mode was changed to ST mode. Without clinical improvement, Vision®, a hospital-adapted NIV, on bi-level, ST mode, was instituted, and the patient was transferred to the ICU. On the 3rd day, after stabilization, an ambulatory NIV, bi-level, ST mode, was adapted and the patient was transferred to the medical ward, tolerating increasing periods without NIV. She was discharged with nocturnal NIV.

Discussion: Acute respiratory failure is an emergency condition and features an integrated part in the critical patient approach. It requires a multidisciplinary team, aware of human and ventilatory resources available in each intra-hospitalar department and capable of adequately providing it in each clinical situation.

Key words: *Respiratory failure. Ventilation. Emergency. Hospital.*